ŚMIERĆ Z WINY MEDYCYNY

Analiza dostępnych danych statystycznych ujawnia przerażający obraz, z którego wynika, że kontrolowany przez koncerny farmaceutyczne system medyczny jest przyczyną największej liczby przypadków śmierci i okaleczeń w USA.

Część 1

Dr Carolyn Dean
Dr Martin Feldman
Dr Gary Null
Dr Debora Rosio

Copyright © 2003-2004

Nutrition Institute of America, Inc.

www.nutritioninstituteofamerica.org

Tytuł oryginalny: „Death by Medicine", (*Nexus*, vol. 11, nr 5)

STRESZCZENIE

Autorytatywny przegląd i dokładne przestudiowanie medycznych magazynów recenzujących oraz rządowych statystyk dotyczących zagadnienia opieki zdrowotnej dowodzi, że amerykańska medycyna często powoduje więcej szkód niż pomaga. Liczba ludzi ze szpitalnymi szkodliwymi reakcjami ubocznymi na aplikowane im leki (adverse drug reactions; w skrócie ADR) wynosi 2,2 miliona [Lazarou, *JAMA* (*Journal of the American Medical Association – Magazyn Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego*), 279, 1998].[1]

Dr Richard Besser z Ośrodków Kontroli i Zapobiegania Chorobom Stanów Zjednoczonych (US Centers for Disease Control and Prevention; w potocznym skrócie CDC) oświadczył w roku 1995, że rocznie niepotrzebnie przepisuje się jako leki na zakażenia wirusowe około 20 milionów antybiotyków. W roku 2003 podał, że są to już dziesiątki milionów niepotrzebnie stosowanych antybiotyków.[2,2a] Liczba niepotrzebnych medycznych i chirurgicznych zabiegów wykonywanych co roku wynosi około 7,5 miliona.[3] Z kolei liczba ludzi niepotrzebnie co roku hospitalizowanych wynosi około 8,9 miliona.[4] Ogólna liczba zgonów jatrogennych (to znaczy będących następstwem leczenia) podanych w przedstawionej poniżej tabeli wynosi 783 936. Jest oczywiste, że amerykański system ochrony zdrowia stanowi główną przyczynę zgonów i uszkodzeń organizmu w Stanach Zjednoczonych. W roku 2001 roczna liczba zgonów z powodu zawału serca wyniosła 699 697, a z powodu raka 553 251.[5]

TABELE I LICZBY

ROCZNY FIZYCZNY I EKONOMICZNY KOSZT INTERWENCJI MEDYCZNYCH			
PRZYCZYNA	**ZGONY**	**KOSZT**	**AUTOR**
Poszpitalne ADR	106 000	12 mld dolarów	Lazarou[1], Suh[49]
Błędy sztuki medycznej	98 000	2 mld dolarów	IOM[6]
Odleżyny	115 000	55 mld dolarów	Xakellis[7], Barczak[8]
Infekcje	88 000	5 mld dolarów	Weinstein[9], MMWR[10]
Niedożywienie	108 800		Nurses Coalition[11]
ADR u pacjentów ambulatoryjnych	199 000	77 mld dolarów	Starfield[12], Weingart[112]
Niepotrzebne zabiegi	37 136	122 mld dolarów	HCUP[3, 13]
Pochodne zabiegów chirurgicznych	32 000	9 mld dolarów	AHRQ[85]
RAZEM	**783 936**	**282 mld dolarów**	

Ogólna liczba zgonów mogłaby być jeszcze wyższa, gdybyśmy zastosowali podaną w roku 1997 przez dra Luciena Leape'a liczbę zgonów spowodowanych błędami lekarskimi i zatruciami lekami w wysokości 3 milionów.[14] Po pomnożeniu przez współczynnik śmiertelności wynoszący 14 procent, który dr Leape zastosował w roku 1994,[16] dochodzimy do 420 000 zgonów rocznie spowodowanych przez błędy sztuki medycznej i niewłaściwe lekarstwa. Jeśli podstawimy tę liczbę w miejsce podanych przez Lazarou 106 000 zgonów z powodu niewłaściwych leków oraz podanych przez Instytut Medycyny (IOM) 98 000 zgonów z powodu błędów sztuki medycznej (ta liczba może pokrywać się częściowo z badaniami Lazarou), otrzymamy dodatkowych 216 000 zgonów, co daje ogólną ich roczną liczbę w wysokości 999 936.

PRZYCZYNA	ZGONY	KOSZT	AUTOR
ADR/błędy sztuki medycznej	420 000	200 mld dolarów	Leape[14]
RAZEM	**999 936**		

Zliczenie niepotrzebnych zabiegów medycznych jest bardzo ważne w naszych analizach. Każdy niepotrzebny zabieg medyczny o charakterze inwazyjnym musi być traktowany jako część szerszego obrazu jatrogenii.

STATYSTYKA NIEPOTRZEBNYCH INTERWENCJI MEDYCZNYCH PRZEPROWADZANYCH W CIĄGU ROKU

NIEPOTRZEBNA INTERWENCJA	LICZBA POSZKODOWANYCH	JATROGENNA PRZYCZYNA
Hospitalizacja	8,9 miliona	1,78 miliona[16]
Zabieg	7,5 miliona	1,30 miliona[40]
RAZEM	**16,4 miliona**	**3,08 miliona**

Niestety przyczyny i efekty nie są monitorowane. Pod liczbą niepotrzebnych zabiegów kryją się ludzie (pacjenci), którzy zostali wepchnięci w niebezpieczny system opieki zdrowotnej. To bezradne ofiary. Na każde z tych 16,4 miliona istnień wywierany jest wpływ w taki sposób, że może on mieć fatalne skutki.

Mówiąc wprost, jeśli ktoś idzie do szpitala, wówczas może to mieć następujący skutek:

1. Istnieje możliwość, że spośród 16,4 miliona ludzi 2,1 procenta będzie cierpiała na poważne ujemne skutki uboczne z powodu przepisywanych im leków[1] (186 000);
2. Istnieje możliwość, że spośród 16,4 miliona ludzi od 5 do 6 procent zarazi się infekcją szpitalną[9] (489 500);
3. Istnieje możliwość, że spośród 16,4 miliona ludzi od 4 do 36 procent będzie cierpiało z powodu jatrogennych błędów popełnionych w czasie hospitalizacji (błędy sztuki medycznej oraz niekorzystne reakcje uboczne na leki)[16] (1,78 miliona);
4. Istnieje możliwość, że spośród 16,4 miliona ludzi u 17 procent zostanie popełniony błąd w postaci zaleconej terapii[40] (1,3 miliona).

Wszystkie powyższe statystyki reprezentują okres jednego roku. Proszę wyobrazić sobie liczby odpowiadające dziesięcioleciu. Nawet przy najostrożniejszym szacunku będą one wyglądały następująco:

ZGONY W WYNIKU INTERWENCJI MEDYCZNEJ W OKRESIE 10 LAT

PRZYCZYNA	LICZBA ZGONÓW	AUTOR
Reakcja uboczna na lek	1 060 000	[1]
Błąd sztuki medycznej	980 000	[6]
Oleżyny	1 150 000	[7, 8]
Szpitalna infekcja	880 000	[9, 10]
Niedożywienie	1 090 000	[11]
Pacjenci ambulatoryjni	1 990 000	[12, 112]
Niepotrzebne terapie	371 360	[3, 13]
Pochodne interwencji chirurgicznej	320 000	[85]
RAZEM	**7 841 360 (7,8 mln)**	

Liczba przewidywanych na podstawie danych statystycznych 7,8 miliona zgonów z powodu błędów lekarzy przewyższa liczbę wszystkich strat w ludziach poniesionych przez Amerykę we wszystkich wojnach prowadzonych w całej historii tego kraju.

Liczba przewidywanych na podstawie danych statystycznych niepotrzebnych zabiegów, które zostaną przeprowadzone w ciągu 10 lat, ma również niezwykle dramatyczny charakter.

STATYSTYKA NIEPOTRZEBNYCH INTERWENCJI MEDYCZNYCH W CIĄGU 10 LAT

NIEPOTRZEBNA INTERWENCJA	LICZBA POSZKODOWANYCH	JATROGENNA PRZYCZYNA
Hospitalizacja	89 milionów	17,8 miliona[16]
Terapia	75 milionów	13,0 milionów[40]
RAZEM	**164 miliony**	**30,8 miliona**

Powyższe liczby pokazują, że w wymienionym okresie niepotrzebnej terapii poddawane są ogółem 164 miliony ludzi, w przybliżeniu 56 procent populacji Stanów Zjednoczonych, czyli 45 000 osób dziennie.

WPROWADZENIE

Nigdy dotąd nie przedstawiono w ramach jednego opracowania pełnych danych statystycznych dotyczących wielorakich przyczyn jatrogenii. Nauka medyczna gromadzi co roku dziesiątki tysięcy prac, z których każda stanowi malutki fragment obrazu całości. Patrzenie tylko na jeden fragment i staranie się zrozumieć na jego podstawie korzyści i zagrożeń jest niczym próba opisania słonia oglądanego z odległości jednego centymetra. Aby ujrzeć cały obraz, należy cofnąć się, tak jak postąpiliśmy w tym opracowaniu. Każda specjalność, każdy dział medycyny prowadzi własne zapisy i gromadzi dane dotyczące liczby przypadków chorób i śmiertelności, które są jak kawałki układanki. To sprawia, że całościowe liczby i dane statystyczne zawsze pozostawały w ukryciu.

Wykonaliśmy mozolną i wymagającą skrupulatności pracę, która polegała na przeglądzie tysięcy prac. I kiedy w końcu złożyliśmy razem kawałki tej układanki, doszliśmy do niepokojących wniosków.

Czy amerykańska medycyna w ogóle działa?

Stanowiące 14 procent PKB (Produkt Krajowy Brutto) Stanów Zjednoczonych wydatki sektora opieki zdrowotnej osiągnęły w roku 2003 kwotę 1,6 biliona dolarów.[15] Biorąc pod uwagę te ogromne środki, powinniśmy mieć najlepszą na świecie opiekę lekarską. Powinniśmy cofać skutki chorób oraz skutecznie zapobiegać chorobom, czyniąc przy tym minimalne szkody, jednak uważna i obiektywna analiza dowodzi, że jest wręcz przeciwnie. Ze względu na zawężony kontekst medycznej techniki, przy pomocy której współczesna medycyna określa stan zdrowia człowieka, zupełnie gubimy ogólny obraz.

Medycyna nie bierze pod uwagę następujących ogromnie ważnych dla zdrowia organizmu człowieka aspektów: (a) stresu i jego niekorzystnego wpływu na układ immunologiczny i procesy życiowe; (b) niewystarczającej ilości ćwiczeń; (c) nadmiaru spożywanych kalorii; (d) wysoko przetworzonego i zdenaturowanego pożywienia wyhodowanego na zdenaturowanej i chemicznie skażonej glebie oraz (e) wystawienia na dziesiątki tysięcy toksyn znajdujących się w otaczającym nas środowisku.

Zamiast starać się zminimalizować te chorobotwórcze czynniki w rzeczywistości powodujemy jeszcze więcej chorób i to właśnie poprzez stosowanie techniki medycznej, testów diagnostycznych, nadużywanie medycznych i chirurgicznych zabiegów oraz nadużywanie leków farmaceutycznych. Ogrom krzywd spowodowanych tą strategią terapeutyczną jest rezultatem niewielkiej ilości pieniędzy przeznaczanych na zapobieganie chorobom.

Niedoinformowywanie o wydarzeniach jatrogennych

W sprawozdawczości zgłaszanych jest zaledwie od 5 do 20 procent jatrogennych przypadków.[16,24,25,33,34] To oznacza, że gdyby błędy sztuki medycznej były w pełni i dokładnie zgłaszane, mielibyśmy do czynienia ze znacznie większą liczbą zgonów jatrogennych niż 783 936. W roku 1994 dr Leape podał swój własny szacunek błędów medycznych w liczbie 180 000 rocznie, co można przyrównać do trzech katastrof jumbo jetów (wielkich odrzutowców pasażerskich) co dwa dni przez cały rok.[16] Nasz raport dowodzi, że to 6 jumbo jetów spada z nieba każdego dnia.

Korygowanie skompromitowanego systemu

Tym, co powinniśmy wydedukować z niniejszego raportu, to konieczność totalnej i dogłębnej reformy medycyny – od

programu nauczania w akademiach medycznych począwszy, a na systemie ochrony pacjentów przed nadmierną interwencją lekarzy skończywszy. Jest oczywiste, że nie jesteśmy w stanie zmienić czegokolwiek, jeśli nie podejdziemy uczciwie do określenia tego, co należy zmienić. Niniejszy raport wskazuje jedynie stopień koniecznych zmian. Zdajemy sobie w pełni sprawę, że na przeszkodzie stoją potężne firmy farmaceutyczne, firmy opracowujące techniki medyczne oraz grupy interesu związane z medycyną. To oni fundują badania medyczne, wspierają akademie medyczne i szpitale i reklamują się w pismach medycznych. Przy pomocy swoich pękatych portfeli zachęcają naukowców i wykładowców akademickich do popierania swoich programów.

Tego rodzaju subsydia mogą spowodować zachwianie równowagi opinii, która z profesjonalnej rozwagi zamieni się w bezkrytyczną akceptację nowych rodzajów terapii i leków. Aby zorientować się w konflikcie interesów, wystarczy przyjrzeć się liczbie inwestorów w szpitalnych, medycznych i rządowych radach doradczych. Społeczeństwo nie jest poinformowane o tych wzajemnie zazębiających się interesach.

Przeprowadzone w roku 2003 badania ujawniły na przykład, że kadra prawie połowy akademii medycznych, która zasiada w Instytucjonalnych Radach Doradczych (Institutional Review Board; w skrócie IRB), aby doradzać w sprawie kierunków badań klinicznych, pełni również rolę konsultantów przemysłu farmaceutycznego.[17] Autorzy artykułu uważają, że tego rodzaju praktyki mogą spowodować konflikt interesów. W komunikacie prasowym czołowej autorki, dr Eriki Campbell, czytamy: „Nasze poprzednie badania wykazały, że związki z przemysłem mogą mieć wpływ na zachowania naukowców, prowadząc do takich rzeczy, jak tajemnica handlowa i opóźnienia w publikowaniu wyników badań. Jest możliwe, że podobne związki z firmami mogą wpływać na działalność i nastawienie członków rad IRB".[18]

„Droga do piekła usłana jest kobiercem z dolarów pochodzących z korporacji, które gorliwie wypełniły szczeliny powstałe w wyniku okrojenia rządowych subsydiów przeznaczonych na badania".

Etyka medyczna i konflikty interesów w medycynie naukowej

Jonathan Quick, dyrektor Wydziału Podstawowych Leków i Polityki Medycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), napisał w jednym z ostatnich biuletynów tej organizacji: „Jeśli próby kliniczne staną się przedsięwzięciem handlowym, w którym partykularne interesy przeważą nad interesem publicznym, a chciwość przeważy nad nauką, będzie to oznaczało, że umowa społeczna, która pozwala na prowadzenie badań na ludziach w zamian za postęp w medycynie, została zerwana".[19]

Była redaktorka magazynu medycznego *New England Journal of Medicine*, dr Marcia Angell, w serii opatrzonych wspólnym tytułem artykułów redakcyjnych „Czy medycyna akademicka jest na sprzedaż?" starała się zwrócić uwagę świata na problem komercjalizacji badań naukowych.[20] Wzywała do wprowadzenia ostrzejszych restrykcji w sprawie posiadania udziałów w spółkach farmaceutycznych i innych wynagrodzeń dla badaczy. Oświadczyła, że narastające konflikty interesów kładą się cieniem na nauce, i ostrzegła, że „odkąd granice między przemysłem i medycyną akademicką stały się tak rozmyte, jak to ma miejsce obecnie, komercyjne cele przemysłu wpływają na oblicze akademii medycznych w wielu aspektach". Nie podważając korzyści płynących z badań, stwierdziła, że między akademiami medycznymi i przemysłem farmaceutycznym doszło do targu o faustowskim charakterze.

Dr Angell odeszła z *NEJM* w czerwcu 2000 roku. Dwa lata później, w czerwcu roku 2002 roku, *NEJM* oświadczył, że obecnie akceptuje tendencyjnych dziennikarzy (tych, którzy są opłacani przez firmy farmaceutyczne), ponieważ jest wręcz niemożliwe znalezienie takich, którzy nie uprawiają tego procederu.

Inny były redaktor tego pisma, dr Jerome Kassirer, oświadczył, że sytuacja nie wygląda tak tragicznie i że jest wielu naukowców, którzy nie pracują na rzecz firm farmaceutycznych.[21]

Raport autorstwa agencji ABC również podkreśla, że przegląd klinicznych prób ujawnił, iż w przypadku subsydiowania badań przez firmę farmaceutyczną istnieje 90-procentowe prawdopodobieństwo, że lek zostanie oceniony jako efektywny, podczas gdy badania subsydiowane przez sponsorów spoza branży farmaceutycznej oceniają, że tylko 50 procent leków jest efektywnych. Wygląda na to, że za pieniądze nie da się kupić miłości, ale można za nie kupić dowolny, jaki się tylko zamarzy, „naukowy" wynik. Jedynym zabezpieczeniem w ocenie tych badań jest niezależność autorów publikujących swoje oceny w pismach medycznych. Niestety, to już przeszłość.

Cynthia Crossen, recenzentka pisząca w roku 1996 dla *Wall Street Journalu*, wydała książkę *Tainted Truth: The Manipulation of Fact in America* (*Skażona prawda – manipulacja faktami w Ameryce*), która omawia szeroko rozpowszechnioną praktykę podawania fałszywych danych statystycznych.[22] Komentując w niej stan badań naukowych, pisze: „Droga do piekła usłana jest kobiercem z dolarów pochodzących z korporacji, które gorliwie wypełniły szczeliny powstałe w wyniku okrojenia rządowych subsydiów przeznaczonych na badania". Podane przez nią dane dotyczące zaangażowania finansowego dowodzą, że w roku 1981 przemysł farmaceutyczny „dał" 292 miliony dolarów na badania college'om i uniwersytetom, zaś w roku 1991 instytucje te „dostały" z tego samego źródła już 2,1 miliarda dolarów.

PIERWSZE BADANIA JATROGENII

Dr Lucien L. Leape otworzył swoją pracą opublikowaną w *JAMA* w roku 1994 zatytułowaną „Błąd sztuki medycznej" medyczną puszkę Pandory.[16] Rozpoczął ją od reminiscencji na temat maksymy Florence Nightingale: „po pierwsze nie szkodzić" – po czym przytacza liczne dowody na wręcz przeciwne działania. Okazuje się, że w roku 1964 Schimmel podał, iż 20 procent hospitalizowanych pacjentów ucierpiało z powodu błędów sztuki medycznej, co dało śmiertelność w tej samej wysokości.

W roku 1981 Steel podał, że 36 procent pacjentów szpitalnych ucierpiało wskutek błędów lekarskich, co w rezultacie doprowadziło do 25 procent przypadków śmierci, zaś niekorzystne reakcje uboczne ze strony zastosowanych leków miały swój udział w 50 procentach doznanych przez chorych szkód.

Bedell podał w roku 1991, że w jednym ze szpitali można było zapobiec 61 procentom ostrych ataków serca i że w większości przypadków ich przyczyną były niekorzystne uboczne działania zastosowanych leków.

Z kolei Leape bazował na swojej i Brennana pracy „Badania praktyki lekarskiej w Harvardzie" opublikowanej w roku 1991.[16a] W roku 1984 odkryli oni, że w stanie Nowy Jork odnotowano 4 procenty uszkodzeń jatrogennych z 14 procentami zgonów. Na podstawie 98 609 pacjentów z urazami i 14-procentowej śmiertelności oszacował, że w całych Sta-

nach Zjednoczonych umiera rocznie, częściowo z powodu urazów powstałych z winy lekarza, 180 000 pacjentów. Leape porównał liczbę tych zgonów do liczby zgonów, jakie miałyby miejsce, gdyby co dwa dni rozbijały się trzy jumbo jety.

Dlaczego Leape przyjął do swoich analiz znacznie niższy wskaźnik urazowości w wysokości 4 procent pozostaje nie wyjaśnione. Być może nie chciał wywoływać skandalu. Gdyby Leape obliczył średni wskaźnik śmiertelności z trzech badań, które cytuje (36%, 20% i 4%), uzyskałby średni wskaźnik śmiertelności w wysokości 20%. Liczba zgonów, którą mógłby podać przy zastosowaniu średniego wskaźnika śmiertelności i swojego wskaźnika w wysokości 14 procent, wynosi rocznie 1 189 576 jatrogennych zgonów, co jest równoważne ponad dziesięciu jumbo jetom rozbijającym się codziennie.

Leape przyznał, że literatura dotycząca błędów sztuki medycznej jest skąpa i że to, co widzimy, to jedynie czubek góry lodowej. Twierdził, że gdyby błędy były skrupulatnie odnotowywane, wynikowe cyfry okazałyby się „przygnębiająco wysokie". Cytuje szereg badań pochodzących z autopsji mówiących o współczynnikach śmiertelności z powodu błędu sztuki medycznej dochodzących do 35-40 procent. Podaje również, że oddział intensywnej opieki lekarskiej (OIOM) podawał 1,7 błędu dziennie na pacjenta i że 29 procent tych błędów okazało się przypadkami bardzo poważnymi bądź śmiertelnymi. Zastanawiamy się, jakie jest oddziaływanie na kogoś, kto codziennie dostaje niewłaściwe lekarstwa, niewłaściwą ich dawkę, zostaje poddany niewłaściwemu zabiegowi. Jak zmierzyć zsumowany ciężar urazów i co zostaje podane w świadectwie zgonu jako przyczyna śmierci, kiedy pacjent ostatecznie umiera po dziesiątym błędzie popełnionym w ciągu tygodnia?

...współczynnik jatrogennej śmiertelności przyćmiewa roczny współczynnik śmiertelności w wyniku wypadków samochodowych (45 000) i znacznie przewyższa śmiertelność we wszystkich pozostałych wypadkach razem wziętych".

Leape wyliczył współczynnik błędów popełnianych w OIOM-ie. Po pierwsze, ustalił, że każdy pacjent poddawany był średnio 178 „czynnościom" (personel/zabiegi/interwencje medyczne) dziennie, z których 1,7 było błędnych, co oznacza 1-procentowy współczynnik niepowodzeń. Dla niektórych może się to wydać niewiele, jednak Leape powołał się na standardy przemysłowe, zgodnie z którymi w lotnictwie współczynnik niepowodzeń wynoszący 0,1 procenta oznacza 2 nieudane lądowania w porcie lotniczym O'Hara; w przypadku poczty amerykańskiej oznacza on gubienie 16 000 przesyłek co godzinę, zaś w bankowości 32 000 czeków odliczanych co godzinę z niewłaściwych kont bankowych.

Analizując przyczyny tak wielu błędów lekarskich, Leape przyznaje, że daje się zauważyć wyraźny brak raportów. W przeciwieństwie do katastrofy jumbo jeta, w przypadku której z miejsca następuje reakcja mediów, błędy szpitalne są rozrzucone po całym kraju w tysiącach różnych miejsc. Postrzega się je również jako wydarzenia odizolowane i niezwykłe. Jednak najważniejszym powodem błędów lekarskich było i jest nie rozpoznanie i narastanie według Leape'a tego, że z powodu odbywanego szkolenia i praktyki lekarze i pielęgniarki nie są przygotowani do radzenia sobie z ludzkimi błędami.

Lekarzy uczy się, że błędy są nie do zaakceptowania i stąd medyczne pomyłki są traktowane jako błąd sztuki, zaś każdy błąd jest uważany za karalne zaniedbanie. To uzmysławia, do jak szerokiego stosowania techniki zamiatania pod dywan dochodzi, albowiem nikogo nie uczy się, jak zachować się, gdy dojdzie do błędu sztuki medycznej. Leape cytuje McIntyre'a i Poppera, którzy twierdzą, że „model nieomylności" w medycynie prowadzi do intelektualnej nieuczciwości i potrzeby tuszowania pomyłek, zamiast przyznawania się do nich. Nie ma formalnych szpitalnych zebrań, na których eksperci omawialiby sposób zachowania się w przypadku błędu, nie ma też między lekarzami zwyczaju dzielenia się odpowiedzialnością za błąd i nikt ich nie wspiera emocjonalnie, kiedy ich błąd wyrządzi pacjentowi krzywdę.

Leape miał nadzieję, że jego praca zachęci medycynę do „fundamentalnej zmiany sposobu myślenia o błędach i przyczynach ich powstawania". Choć minęło już niemal dziesięć lat od momentu opublikowania tej przełomowej pracy, liczba pomyłek wciąż rośnie.

Opublikowany rok później (1995) w *JAMA* raport głosił, że „rocznie ponad milion pacjentów doznaje urazów w szpitalach USA, a w przybliżeniu 280 000 umiera w ich następstwie. Tak więc współczynnik jatrogennej śmiertelności przyćmiewa roczny współczynnik śmiertelności w wyniku wypadków samochodowych (45 000) i znacznie przewyższa śmiertelność we wszystkich pozostałych wypadkach razem wziętych".[23]

Na konferencji prasowej w roku 1997 dr Leape ogłosił wyniki ogólnonarodowej ankiety w sprawie błędów lekarskich popełnionych na pacjentach przeprowadzonej przez Narodową Fundację Ochrony Pacjentów (National Patient Safety Foundation; w skrócie NPSF), która była sponsorowana przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (American Medical Association). Okazało się, że ponad 10 milionów Amerykanów doznało bezpośrednio lub pośrednio szkód w wyniku błędów lekarskich. 42 procenty doznały bezpośrednich szkód, a 84 procenty osobiście znały kogoś, kto ucierpiał w wyniku pomyłki medycznej.[14] Dr Leape jest członkiem założycielem NPSF.

Na tej samej konferencji prasowej dr Leape zaktualizował swoje statystyki z roku 1994, oświadczając, że liczba błędów medycznych w przypadku pacjentów hospitalizowanych w całym kraju w roku 1997 może dochodzić do trzech milionów, zaś ich koszt do 200 miliardów dolarów. W roku 1994 Leape zastosował wskaźnik śmiertelności wynoszący 14 procent, co dało łączną liczbę zgonów w następstwie błędu medycznego w wysokości 180 000.[14] Stosując jako podstawę określone przez Leape'a 3 miliony błędów, roczna liczba zgonów w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych wynosi dla 1997 roku 420 000. Liczba ta nie obejmuje zgonów w domach opieki ani pacjentów leczonych ambulatoryjnie i umierających z powodu niekorzystnych skutków ubocznych przepisanych im leków lub w wyniku zastosowanych zabiegów medycznych.

TYLKO CZĘŚĆ BŁĘDÓW MEDYCZNYCH ZNAJDUJE ODZWIERCIEDLENIE W SPRAWOZDANIACH

W roku 1994 Leape oświadczył, że zdaje sobie doskonale sprawę z tego, że błędy medyczne nie są podawane w sprawozdaniach.[16]

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w dwóch jednostkach położniczych w Wielkiej Brytanii w raportach ujmowana jest jedynie 1/4 niekorzystnych przypadków, głównie po to, aby chronić personel, zachować dobrą reputację i uniknąć represji, w tym procesów sądowych.[24]

Przeprowadzona przez Walda i Shojanię analiza dowodzi, że w raportach wykazywane jest tylko 1,5 procenta niekorzystnych przypadków i że właściwie zidentyfikowanych jest zaledwie 6 procent wszystkich szkodliwych efektów ubocznych leków. Autorzy dowiedzieli się, że Amerykańskie Kolegium

Chirurgów (American College of Surgeons) stosuje bardzo przybliżony szacunek głoszący, że raporty o wypadkach chirurgicznych obejmują zaledwie od 5 do 30 procent niekorzystnych przypadków. W jednym z badań okazało się, że jedynie 20 procent chirurgicznych komplikacji było omawianych na zebraniach szkoleniowych.[25] Z badań tych wynika, że wszystkie zbierane dane statystyczne mogą być mocno zaniżone, jeśli chodzi o liczbę niekorzystnych incydentów wywołanych lekami i medyczną terapią. Niedoceniany jest również fakt, że nasze współczynniki śmiertelności są w rzeczywistości bardzo ostrożne.

Zamieszczony w *Psychiatric Timesie* artykuł omawia, w jaki sposób dochodzi do raportowania o błędach medycznych.[26] Okazało się, że społeczeństwo obawia się powodujących śmierć błędów medycznych, a lekarze tego, że zostaną oskarżeni, jeśli podadzą w raporcie dane o błędzie. Rodzi to oczywiste pytanie: kto sporządza raporty o błędach medycznych? Zazwyczaj jest to pacjent lub jego rodzina. Jeśli nikt z nich nie zauważy błędu, nigdy nie będzie on odnotowany.

Janet Heinrich, jedna z dyrektorów US General Accounting Office (amerykańska agencja państwowa odpowiadająca naszemu NIK-owi – przyp. tłum.) odpowiedzialna za sprawy związane z finansowaniem służby zdrowia, zeznając w sprawie błędów medycznych przed podkomitetem izby reprezentantów, oświadczyła, że „pełny zakres wynikającego z nich zagrożenia dla społeczeństwa nie jest znany" i że „zbieranie wartościowych i użytecznych danych o niepożądanych efektach jest szczególnie trudne". Przyznała, że strach przed obwinieniem i potencjalna możliwość odpowiedzialności sądowej odgrywają główną rolę w zaniżaniu liczby błędów w sprawozdaniach. *The Psychiatric Times* podaje, że Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie jest zaciekłym przeciwnikiem obowiązkowej sprawozdawczości w zakresie błędów medycznych.[26] Skoro lekarze nie donoszą o swoich błędach, to co można powiedzieć o pielęgniarkach? Z badań dotyczących pielęgniarek wynika, że ze strachu przed ewentualnymi reperkusjami również one nie donoszą o błędach medycznych.[27]

Standardowe medyczne teksty farmakologiczne przyznają, że stosunkowo niewielu lekarzy sporządza doniesienia dla FDA o niekorzystnych reakcjach ubocznych na leki.[28] Powody tego są wielorakiego rodzaju, od nieznajomości istnienia takiego systemu sprawozdawczości począwszy, a na strachu przed oskarżeniem o przepisanie leku, który zaszkodził, skończywszy.[29] System dobrowolnej sprawozdawczości lekarzy, na którym polegamy w sprawie tego, czy lek lub lekarski zabieg okazał się szkodliwy, jest bardzo zawodny.

Co więcej, teksty farmakologiczne mówią także lekarzowi, jak trudno jest odróżnić efekty uboczne leku od faktycznych objawów choroby. Zawodność zabiegu jest przypisywana zwykle samej chorobie, a nie lekowi lub lekarzowi. Lekarze są ostrzegani: „Prawdopodobnie w żadnej z dziedzin zawodowego życia błędy nie są tak łatwo skrywane, nawet przed nami samymi".[30] Być może trudno jest się z tym pogodzić, ale łatwo jest zrozumieć, dlaczego zaledwie jeden spośród dwudziestu efektów ubocznych trafia do sprawozdań kierowanych do administracji szpitala lub FDA.[31,31a]

Gdyby szpitale przyznawały się do obecnej liczby błędów i pomyłek, która jest dwadzieścia razy większa od tego, co się podaje, przyjrzano by się im bardzo dokładnie.[32] Te liczby potwierdza Jerry Phillips, wicedyrektor Biura Oceny Ryzyka Leków Wprowadzonych na Rynek Urzędu ds. Żywności i Leków. „W szerszym kontekście dane w sprawie niekorzystnych reakcji ubocznych na leki zawarte w 250 000 raportach, jakie docierają do nas co roku, reprezentują prawdopodobnie zaledwie 5 procent występujących reakcji".[33] Dr Jay Cohen, który bardzo dogłębnie badał zagadnienie niekorzystnych reakcji ubocznych na leki, podaje w komentarzu, że ponieważ tylko 5 procent reakcji znajduje odzwierciedlenie w sprawozdaniach, należy sądzić, że w rzeczywistości rocznie dochodzi do pięciu milionów niekorzystnych reakcji na leki.[34]

Tak więc jakąkolwiek przyjmiemy liczbę określającą ilość efektów ubocznych wywoływanych przez leki, wszyscy eksperci zgadzają się, że należy pomnożyć ją przez dwadzieścia, aby uzyskać bardziej dokładny szacunek oddający to, co rzeczywiście dzieje się na kwitnącym „polu" jatrogennej medycyny.

Badania z roku 2003 są jeszcze bardziej niepokojące, ponieważ wygląda na to, że sytuacja w zakresie doniesień o błędach mimo uwagi, jaką poświęca się temu tematowi, wcale się nie poprawiła. Dr Dorothea Wild przeprowadziła badania lekarzy stażystów w publicznych szpitalach w Connecticut. Okazało się, że tylko połowa z nich zdawała sobie sprawę z tego, że szpital ma system informowania o błędach medycznych i że większość z nich w ogóle z niego nie korzysta. Dr Wild powiada, że to nie rokuje dobrze na przyszłość. Jeśli lekarze nie nauczą się zgłaszania błędów medycznych w czasie stażu, nigdy nie będą tego robili, i dodaje, że zgłaszanie błędów stanowi pierwszy krok do znalezienia dziur w systemie medycznym i naprawienia ich. Jednak to „dziecko nie wykonało jeszcze nawet pierwszego kroku".[35]

SUGESTIE SPOŁECZEŃSTWA W SPRAWIE JATROGENII

W ramach ankiety telefonicznej zapytano 1207 dorosłych osób, na ile efektywne byłyby według nich następujące działania mające na celu zmniejszenie błędów medycznych charakteryzujących się poważnymi ujemnymi następstwami:[36]

- danie lekarzom więcej czasu na przebywanie z pacjentami – 78 procent respondentów uważa, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zobowiązanie szpitali do wdrożenia systemu unikania błędów medycznych – 74 procenty respondentów uważają, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- lepsze szkolenie personelu medycznego – 73 procenty respondentów uważają, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zatrudnianie na oddziałach intensywnej terapii wyłącznie lekarzy przeszkolonych w tym kierunku – 73 procenty respondentów uważają, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zmuszenie szpitali do zgłaszania wszystkich poważnych błędów medycznych do agencji rządowej – 71 procent respondentów uważa, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zwiększenie liczby pielęgniarek w szpitalach – 69 procent respondentów uważa, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zmniejszenie liczby godzin pracy lekarzy stażystów, aby uniknąć ich przemęczenia – 66 procent respondentów uważa, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt;
- zachęcanie szpitali do dobrowolnego zgłaszania poważnych błędów medycznych do agencji rządowej – 62 procenty respondentów uważają, że to posunięcie przyniosłoby bardzo duży pozytywny efekt.

Leki chemiczne od początku budziły znacznie większe nadzieje, niż rzeczywiście przynosiły korzyści.

JATROGENIA LEKOWA

Leki składają się na główną modalność terapii w naukowej medycynie. Wraz z odkryciem „Teorii Zarazków" naukowcy z zakresu medycyny przekonali społeczeństwo, że infekcyjne

organizmy chorobotwórcze są przyczyną chorób. Znalezienie „leku" na te infekcje okazało się w praktyce znacznie trudniejsze, niż sobie wyobrażano. Leki chemiczne od początku budziły znacznie większe nadzieje, niż rzeczywiście przynosiły korzyści. Ponadto, poza niezbyt efektywnym działaniem powodują one również niemożliwe do przewidzenia efekty uboczne. Co więcej, nawet kiedy właściwie ordynowane, wywołują efekty uboczne, które mogą mieć zabójczy skutek, jak tego dowodzą badania Lazarou, przy czym ludzkie błędy mogą jeszcze bardziej pogarszać sytuację.

Błędy leczenia

Badanie z roku 1992 bazy danych narodowej farmacji ustaliło ogólną liczbę 429 827 błędów leczenia w 1081 szpitalach. Błędy leczenia wystąpiły w przypadku 5,22 procenta pacjentów przyjmowanych do tych szpitali każdego roku. Autorzy wysunęli wniosek, że rocznie minimum 90 895 pacjentów doznawało szkód w wyniku błędów leczenia w cały kraju.[37]

Badania z roku 2002 wykazują, że w 20 procentach szpitalnych terapii miały miejsce błędy dawkowania. Blisko 40 procent tych błędów było błędami potencjalnie szkodliwymi dla pacjenta. W typowym 300-łóżkowym szpitalu liczba błędów popełnianych w ciągu dnia wynosiła 40.[38]

Problemy z leczeniem pacjentów były jeszcze większe w następnym roku. Współczynnik błędów wychwyconych w ramach tych badań przez farmaceutów wyniósł 24 procenty, co daje minimalną liczbę pacjentów, którzy doznali uszczerbku w wyniku przepisania leków, w wysokości 417 908.[39]

Ostatnio odkryte niekorzystne reakcje na leki

Najnowsze badania w sprawie niekorzystnych reakcji na leki dowodzą, że liczby z roku 1994 (opublikowane w artykule Lazarou w *JAMA* w roku 1998) mogą rosnąć. W badaniach z roku 2003 śledzono stan zdrowia 400 pacjentów po ich wypisaniu ze szpitala z opieką trzeciego stopnia (szpital z opieką wymagającą wysoko wyspecjalizowanych umiejętności, technologii i usług wspierających). U siedemdziesięciu sześciu pacjentów (19 %) wystąpiły niekorzystne reakcje. Z tego u 66 procent były to niekorzystne skutki uboczne wywołane przez leki. Następnymi, najczęściej występującymi niekorzystnymi skutkami były uszkodzenia pochodne od zastosowanych zabiegów, które stanowiły 17 procent.[40]

W badaniach *NEJM* obejmujących 3,34 miliarda leków przepisanych w roku 2002 występuje alarmujący stosunek 1 na 4 pacjentów cierpiących z powodu zauważalnych efektów ubocznych.[41] W czasie wywiadu udzielonego agencji Reutera jeden z lekarzy, autorów badań, skomentował to następująco: „Przy tych 10-minutowych wizytach trudno jest lekarzowi ustalić, czy te objawy niepokoją pacjentów".[42] William Tierney, który skrytykował badania *NEJM*, oświadczył: „...biorąc pod uwagę rosnącą liczbę potężnych leków dostępnych w lecznictwie i opiece zdrowotnej starzejącej się części społeczeństwa, problem tylko się pogłębi". Najgorszą opinią, jeśli chodzi o efekty uboczne, cieszą się leki typu SSRI (jedna z klas leków przeciwdepresyjnych: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – inhibitory wtórnego wychwytywania serotoniny), NSAID (grupa leków często ordynowanych w przypadkach reumatoidalnego zapalenia stawów) oraz blokery kanałów wapniowych. Agencja Reutera doniosła również, że poprzednie badania sugerowały, iż blisko 5 procent hospitalizacji – ponad 1 milion rocznie – jest rezultatem efektów ubocznych leków. Niestety, większość przypadków tego typu nie jest dokumentowana. W badaniach ustalono jeden z powodów takich niepowodzeń – było nim to, że lekarze w blisko 2/3 przypadków nie potrafili zdiagnozować efektów ubocznych leków lub efekty uboczne utrzymywały się, ponieważ lekarze nie zwracali uwagi na ostrzegające symptomy. □

ciąg dalszy w następnym numerze

O autorach:

- Dr n. med. Carolyn Dean od roku 1979 pracuje jako lekarka, naturopatka, akupunkturzystka, zielarka, homeopatka, konsultantka, wynalazczyni, analityczka mieszanek ziołowych, badaczka, aktywistka i autorka. Napisała szereg książek i setki artykułów, występowała w niezliczonych audycjach radiowych i programach telewizyjnych, w tym w *The View* stacji ABC promującym naturalne uzdrawianie oraz prawo jednostki do odpowiedzialności za swoje życie. Jest doradcą ds. zdrowia i pisze dla www.yeastconnection.com, www.curesnaturally.com i www.friendsoffreedom.com. Mieszka w Nowym Jorku i można się z nią skontaktować poprzez jej stronę internetową www.carolyndean.com. Jest główną autorką tego artykułu.
- Dr n. med. Martin Feldman jest specjalistą w dziedzinie neurologii i wykładowcą neurologii w Ośrodku Medycznym Mount Sinai w Nowym Jorku. Jest autorem 63 artykułów opublikowanych w pismach naukowych i jednym z czołowych znawców współczesnych osiągnięć medycyny.
- Dr Gary Null jest specjalistą w zakresie żywienia i gospodarzem jednego z najdłużej nadawanych w USA programów radiowych poświęconych zdrowiu i żywieniu. Opublikował ponad 71 książek w tym takie bestsellery, jak *Get Health Now!* (*Zyskaj zdrowie teraz!*) i *Power Aging* (*Moc starzenia*). Jest również producentem szeregu nagrodzonych filmów dokumentalnych mówiących o zdrowiu i stylu życia. Jest założycielem Klubu Naturalnego Biegania i byłym światowej klasy lekkoatletą. W roku 1975 założył nie nastawioną na zysk korporację Nutrition Institute of America, Inc. (Instytut Żywienia Ameryki). Skontaktować się z nim można poprzez jego stronę internetową www.garynull.com.
- Dr n. med. Debora Rasio jest lekarzem praktykującym medycynę alternatywną w Rzymie. Jest również onkologiem i autorką wielu prac na temat raka, która dostarczyła część materiałów wyjściowych koniecznych do tego artykułu.

Przełożył ***Jerzy Florczykowski***

Przypisy:

1. J. Lazarou, B. Pomeranz, P. Corey, „Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients", *JAMA*, 1998, 279:1200-1205.
2. R. Rabin, „Caution About Overuse of Antibiotics", *Newsday*, 18 września 2003.

2a. http://www.cdc.gov/drugresistance/community/.

3. Obliczenia wyszczególnione w dziale „Niepotrzebne zabiegi" w dwóch źródłach: (13) http://hcup.ahrq.gov/HCUPnet.asp; (71) „Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery", US Congressional House Subcommittee Oversight Investigation, Waszyngton, Government Printing Office, 1976.
4. Obliczenia zaczerpnięte z czterech źródeł z działu „Niepotrzebne hospitalizacje": (13) http://hcup.ahrq.gov/HCUPnet.asp; (93) A.L. Siu, F.A. Sonnenberg, W.G. Manning, G.A. Goldberg, E.S. Bloomfield, J.P. Newhouse, R.H. Brook, „Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans", *NEJM*, listopad 1986, 315(20):1259-66; (94) A.L. Siu, W.G. Manning, B. Benjamin, „Patient, provider and hospital characteristics associated with inappropriate hospitalization", *Am. J. Public Health*, październik 1990, 80(10):1253-6; (95) B.O. Eriksen, I.S. Kristiansen, E. Nord, J.F. Pape, S.M. Almdahl, A. Hensrud, S. Jaeger, „The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine", *J. Intern. Med.*, październik 1999, 246(4):379-87.
5. National Vital Statistics Reports, vol. 51, nr 5, 14 marca 2003.
6. Thomas i inni, 2000; Thomas i inni, 1999. Institute of Medicine.
7. G.C. Xakellis, R. Frantz, A. Lewis, „Cost of Pressure Ulcer Prevention in Long Term Care", *JAGS*, 5 maja 1995.
8. C.A. Barczak, R.I. Barnett, E.J. Childs, L.M. Bosley, „Fourth National Pressure Ulcer Prevalence Survey", *Advances in Wound Care*, lipiec-sierpień 1997.
9. R.A. Weinstein, „Nosocomial Infection Update", *Emerging Infectious Diseases*, wydanie specjalne, vol. 4, nr 3, lipiec-wrzesień 1998.
10. „Forth Decennial International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections", *Morbidity and Mortality Weekly Report* (*MMWR*), 25 lutego 2000, vol. 49, nr 7, str. 138.
11. S. Greene Burger, J. Kayser-Jones, J. Prince Bell, „Malnutrition and Dehydration in Nursing Homes: Key Issues in Prevention and Treatment", National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform, czerwiec 2000; http://www.cmwf.org/programs/elders/burger_mal_386.asp.
12. B. Starfield, „Is US health really the best in the world?", *JAMA*, 26 lipca 2000, 284(4):483-5; B. Starfield, „Deficiencies in US medical care", *JAMA*, 1 listopada 2000, 284(17):2184-5.
13. HCUPnet, Healthcare Cost and Utilization Project for the Agency for Healthcare Research and Quality, http://www.ahrq.gov/data/hcup/hcupnet.htm, http://hcup.ahrq.gov/HCUPnet.asp, http://hcup.ahrq.gov/HCUPnet.asp.

14. L.L. Leape, „Nationwide Poll on Patient Safety", National Patient Safety Foundation, oświadczenie dla prasy, 9 października 1997, Nowy Jork; http://www.npsf.org/html/pressrel/finalgen.html.

15. „The Troubled Healthcare System in the U.S. The Society of Actuaries: Health Benefit Systems Practice Advancement Committee", 13 września 2003; http://www.soa.org/.

16. L.L. Leape, „Error in medicine", *JAMA*, 21 grudnia 1994, 272(23):1851-7.

16a. T.A. Brennan, L.L. Leape, M.N. Laird, L. Hebert, A.R. Localio, A.G. Lawthers i inni, „Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients", *N. Engl. J. Med.*, 1991, 324:370-376.

17. E.G. Campbell, J.S. Weissman, B. Clarridge, R. Yucel, N. Causino, D. Blumenthal, „Characteristics of medical school faculty members serving on institutional review boards: results of a national survey", *Acad. Med.*, sierpień 2003, 78(8):831-6.

18. „Possible Conflict of Interest Within Medical Profession", *HealthDay-News*, 15 sierpnia 2003.

19. World Health Organization, Biuletin Prasowy nr 9, 17 grudnia 2001.

20. M. Angell, „Is academic medicine for sale?", *N. Engl. J. Med.*, 18 maja 2000, 342(20):1516-8.

21. J. McKenzie, „Conflict of Interest? Medical Journal Changes Policy of Finding Independent Doctors", *ABC News*, 12 czerwca 2002.

22. C. Crossen, *Tainted Truth: The Manipulation of Fact in America*, Touchstone Books, 1996.

23. D.W. Bates, D.J. Cullen, N. Laird, L.A. Petersen, S.D. Small, D. Servi, G. Laffel, B.J. Sweitzer, B.F. Shea, R. Hallisey i inni, „Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group", *JAMA*, 5 lipca 1995, 274(1):29-34.

24. C. Vincent, N. Stanhope, M. Crowley-Murphy, „Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study", *J. Eval. Clin. Pract.*, luty 1999, 5(1):13-21.

25. H. Wald, K. Shojania, „Incident Reporting in Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices", Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.

26. M.J. Grinfeld, „The Debate Over Medical Error Reporting", *Psychiatric Times*, vol. XVII, nr 5, kwiecień 2000.

27. G. King III, A. Hermodson, „Peer reporting of coworker wrongdoing: A qualitative analysis of observer attitudes in the decision to report versus not report unethical behavior", *Journal of Applied Communication Research*, 2000, 309-329.

28. A.G. Gilman, T.W. Rall, A.S. Nies, P. Taylor, *Goodman and Gilman's: The pharmacological Basis of Therapeutics*, Pergamon Press, Nowy Jork, 1996.

29. G. Kolata, „Who cares when our drugs fail?", New York Times News Service, (*San Diego Union-Tribune*, 15 października 1997, E-1,5).

30. K.L. Melmon, H.F. Morrelli, B.B. Hoffman, D.W. Nierenberg, *Melmon and Morrelli's Clinical Pharmacology: Basic Principles in Therapeutics*, III wydanie, McGraw-Hill, Inc., Nowy Jork, 1993.

31. T.J. Moore, B.M. Psaty, C.D. Furberg, „Time to act on drug safety", *JAMA*, 20 maja 1998, 279(19):1571-3.

31a. D.J. Cullen, D.W. Bates, S.D. Small, J.B. Cooper, A.R. Nemeskal, L.L. Leape, „The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement", *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, październik 1995, 21(10):541-8.

32. D.W. Bates, „Drugs and adverse drug reactions: how worried should we be?", *JAMA*, 15 kwietnia 1998, 279(15):1216-7.

33. J.G. Dickinson, *Dickinson's FDA Review*, marzec 2000; 7(3):13-14.

34. J.S. Cohen, *Overdose: The Case Against the Drug Companies*, Tarcher-Putnum, Nowy Jork, 2001.

35. J. Stenson, „Few Residents Report Medical Errors, Survey Finds", Reuters Health, 21 lutego 2003.

36. J. Henry, „Methodology: Fieldwork conducted by ICR (International Communications Research)", Kaiser Family Foundation, Harvard School of Public Health, 11 kwietnia-11 czerwca 2002.

37. C.A. Bond, C.L. Raehl, T. Franke, „Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing, and medication errors in United States hospitals", *Pharmacotherapy*, luty 2002, 22(2):134-47.

38. K.N. Barker, E.A. Flynn, G.A. Pepper, D.W. Bates, R.L. Mikeal, „Medication errors observed in 36 health care facilities", *Arch. Intern. Med.*, 9 września 2002, 162(16):1897-903.

39. N.M. LaPointe, J.G. Jollis, „Medication errors in hospitalized cardiovascular patients", *Arch. Intern. Med.*, 23 czerwca 2003, 163(12):1461-6.

40. A.J. Forster, H.J. Murff, J.F. Peterson, T.K. Gandhi, D.W. Bates, „The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital", *Ann. Intern. Med.*, 4 lutego 2003, 138(3):161-7.

41. T.K. Gandhi, S.N. Weingart, J. Borus, A.C. Seger, J. Peterson, E. Burdick, D.L. Seger, K. Shu, F. Federico, L.L. Leape, D.W. Bates, „Adverse drug events in ambulatory care", *N. Engl. J. Med.*, 17 kwietnia 2003, 348(16):1556-64.

42. „Medication side effects strike 1-in-4", 17 kwietnia 2003, Agencja Reutera.

Od wydawcy:

Zainteresowani oryginalnym tekstem artykułu mogą uzyskać go odwiedzając stronę internetową http://www.nutritioninstituteofamerica.org. Inne artykuły dotyczące alternatywnych metod utrzymania zdrowia i żywienia można uzyskać odwiedzając bibliotekę na stronie internetowej Gary Nulla http://www.garynull.com.

ŚMIERĆ Z WINY MEDYCYNY

Alarmujące statystyki dotyczące przepisywania zbędnych leków, dokonywania niepotrzebnych operacji chirurgicznych, prześwietleń i hospitalizacji potwierdzają, że obecny system opieki zdrowotnej przeżywa poważny kryzys.

Część 2

Dr Carolyn Dean
Dr Martin Feldman
Dr Gary Null
Dr Debora Rosio

Copyright © 2003-2004

Nutrition Institute of America, Inc.

www.nutritioninstituteofamerica.org

Tytuł oryginalny: „Death by Medicine", (*Nexus*, vol. 11, nr 6)

Leczenie naszych uczuć

Spójrzmy tylko na efekty uboczne leków antydepresyjnych mających pomagać ludziom, którzy wpadli w depresję. Pacjenci oczekujący bardziej radosnego życia i szukający ulgi od obaw, stresu i lęków stają się ofiarami reklam bezczelnie pokazywanych w telewizji i na bilboardach. W rezultacie często padają ofiarą niezliczonych efektów ubocznych kuracji antydepresyjnych.

Głównymi użytkownikami antydepresantów są ludzie młodzi hodowani na Ritalinie (polska nazwa handlowa Concerta). Leczenie młodzieży i modyfikowanie jej emocji ma pewien wpływ na to, jak daje sobie ona radę ze swoimi uczuciami. Uczy się ona stawiania znaku równości między radzeniem sobie i lekami, zamiast polegania na swoich wewnętrznych siłach. W wieku dorosłym młodzież ta sięga po alkohol, leki, a nawet narkotyki. Jak podaje *Journal of the American Medical Association*, „Ritalin działa bardzo podobnie do kokainy".[43]

Obecna reklama modyfikujących nastroje leków, takich jak Prozac lub Zoloft, czyni je nie tylko społecznie akceptowalnymi, ale niemal koniecznością w obecnym pełnym stresów świecie.

Telewizyjne diagnozy

Aby zdobyć możliwie najszersze audytorium, firmy farmaceutyczne już nie ukierunkowują swojej reklamy leków antydepresyjnych wyłącznie na lekarzy. Do roku 1995 firmy farmaceutyczne potroiły ilość pieniędzy przeznaczonych na bezpośrednie reklamowanie leków wydawanych na receptę. Większość tych pieniędzy przeznacza się na uwodzicielskie reklamówki w telewizji. Od roku 1996 do 2000 wydatki na ten cel wzrosły z 791 milionów dolarów do blisko 2,5 miliarda dolarów.[44] Chociaż 2,5 miliarda może wydawać się dużą sumą pieniędzy, autorzy twierdzą, że jest to zaledwie 15 procent ogólnego budżetu reklamowego przemysłu farmaceutycznego. Według ekspertów medycznych „brak jest solidnych dowodów na trafność przepisywania leków – tych, które są przepisywane na wyraźne życzenie pacjentów pragnących reklamowanego leku". Mimo tych zastrzeżeń firmy farmaceutyczne utrzymują, że skierowana bezpośrednio do konsumenta reklama ma charakter edukacyjny.

Dr Sidney M. Wolfe z Obywatelskiej Grupy Badań Zdrowia (Public Citizen Health Research Group) w Waszyngtonie przekonuje, że społeczeństwo jest często dezinformowane przez te reklamy.[45] Ludzie chcą tego, co widzą w telewizji – mówi się im, aby poszli do swojego lekarza i zażądali recepty. Lekarze prowadzący prywatną praktykę bez protestów podporządkowują się życzeniom swoich pacjentów albo tracą swój cenny czas przeznaczony na badanie na odwodzenie ich od niepotrzebnych leków. Dr Wolfe dodaje, że w ramach poważnych badań ustalono, iż ludzie błędnie sądzą, że „FDA sprawdza wszystkie reklamy przed ich emisją i zezwala na bezpośrednie reklamowanie tylko bezpiecznych i najefektywniejszych leków".[46]

Skąd wiadomo, że leki są bezpieczne?

Kolejnym aspektem medycyny naukowej, który społeczeństwo przyjmuje za oczywisty, jest testowanie nowych leków. W przeciwieństwie do przyjmujących leki chorych ludzi, leki są w zasadzie testowane na osobnikach stosunkowo zdrowych i nie przyjmujących innych leków, które mogłyby zniekształcić wynik testów. Kiedy leki zostaną już uznane za „bezpieczne" i trafią do spisu leków dopuszczonych do użytku, są oczywiście używane przez ludzi przyjmujących całą gamę innych leków i mających dodatkowo cały szereg innych schorzeń. Wtedy zaczyna się nowa faza testowania leku zwana fazą „po zatwierdzeniu", na którą składa się dokumentowanie efektów ubocznych ujawnionych po trafieniu leku na rynek. W pewnym wiele mówiącym raporcie US General Accounting Office mówi się, że „ustalono, iż spośród 198 leków zaaprobowanych przez FDA w latach 1976-1985, 102 (51,5 %) ujawniły w fazie «po zatwierdzeniu» bardzo poważne czynniki ryzyka... te bardzo

poważne czynniki ryzyka to niewydolność i zawał serca, anafilaksja, depresja, zatrzymanie oddechu, napady padaczkowe, zapaść nerek i wątroby, ostre niedomogi krwi, wady wrodzone oraz toksyczność płodu i ślepota".[47]

W programie dochodzeniowym NBC zatytułowanym *Dateline* zastanawiano się, czy lekarze domowi dorabiają dodatkowo jako przedstawiciele firm farmaceutycznych. Po trwającym rok śledztwie podano, że ponieważ lekarze mogą legalnie przepisywać dowolny lek każdemu pacjentowi cierpiącemu na dowolne schorzenie, firmy farmaceutyczne ostro promują „pozaetykietowe" i często niewłaściwe, nie sprawdzone, stosowanie tych leków mimo faktu, że te leki są dopuszczone do stosowania tylko w określonych okolicznościach, w których zostały sprawdzone.[48]

Czołowymi sprawcami niekorzystnych reakcji ubocznych są antybiotyki (17 %), leki sercowo-naczyniowe (17 %), chemioterapia (15 %) i środki przeciwzapalne (15 %).[49]

Jatrogenia spowodowana określonymi lekami – antybiotyki

W niedawnym artykule redakcyjnym dr Egger napisał, że po pięćdziesięciu latach rosnącego stosowania antybiotyków rocznie w Stanach Zjednoczonych zużywa się 13 607 800 kg antybiotyków[50], z czego 11 339 800 kg zużywa się w hodowli zwierząt. Większość, 10 432 600 kg, jest stosowana w celu zapobieżenia chorobom, stresowi w transporcie oraz jako promotor wzrostu. Jedynie 907 200 kg jest podawanych w przypadkach określonych infekcji zwierząt. Dr Egger przypomina, że niskie stężenia antybiotyków można wykryć w wielu naszych posiłkach, w rzekach i strumieniach całego świata. Większość przecieka do wód z farm zwierzęcych.

Dr Egger twierdzi, że nadużywanie antybiotyków prowadzi do infekcji pokarmowych odpornych na antybiotyki. Salmonella jest w 20 procentach mielonego mięsa, zaś stałe wystawianie bydła na antybiotyki spowodowało, że 84 procenty szczepów salmonelli są odporne na przynajmniej jeden z antysalmonellowych antybiotyków. Zakażone pokarmy pochodzenia zwierzęcego są przyczyną 80 procent salmonellozy u człowieka, czyli 1,4 miliona przypadków rocznie. Konwencjonalne podejście do tej epidemii polega na naświetlaniu żywności w celu zabicia wszystkich organizmów, lecz stałe stosowanie antybiotyków sprawia, że wracamy do punktu wyjścia. W przybliżeniu 20 procent kurczaków jest zakażonych bakterią *Campylobacter jejuni*, która jest odpowiedzialna za 2,4 miliona przypadków chorób człowieka rocznie. Pięćdziesiąt pięć procent tych organizmów jest odpornych na przynajmniej jeden z antycampylobacteriowych środków antybakteryjnych.

W roku 1999 w Danii wydano zakaz stosowania w rolnictwie promujących wzrost antybiotyków, co doprowadziło do ograniczenia ich stosowania z 205 570 kg do 88 800 kg rocznie. Kolejny raport ze Skandynawii mówi, że wycofanie antybiotycznych promotorów wzrostu nie ma lub ma minimalny wpływ na koszty produkcji żywności. Dr Egger ostrzega ponadto, że panujące w Ameryce antysanitarne metody hodowli zwierząt są przyczyną ich ciągłego stresu i infekcji, co zmusza hodowców do ciągłego stosowania antybiotyków. Twierdzi, że te warunki muszą ulec zmianie i jednocześnie musi nastąpić ograniczenie stosowania antybiotyków.

W Ameryce ludzie spożywają rocznie ponad 1 360 800 kg antybiotyków, co przy populacji liczącej 284 miliony ludzi oznacza, że na każdego mężczyznę, kobietę i dziecko przypada rocznie 10 łyżeczek od herbaty czystych antybiotyków. Dr Egger twierdzi, że wystawienie organizmów na działanie stałego strumienia antybiotyków zmodyfikowało między innymi takie patogeny, jak *Streptococcus pneumoniae*, *Staplococcus aureus* i *entercocci*.

W USA prawie połowa pacjentów z infekcjami górnych dróg oddechowych wciąż otrzymuje od lekarzy antybiotyki.[51] Według CDC (Centers for Disease Control – Ośrodki Kontroli Chorób) 90 procent infekcji górnych dróg oddechowych to infekcje wirusowe, których nie należy leczyć przy pomocy antybiotyków. W Niemczech przewaga stosowania antybiotyków dla dzieci w wieku od 0 do 6 lat wynosiła 42,9 procenta.[52]

Dane pochodzące z dziewięciu planów zdrowotnego stosowania antybiotyków w Stanach Zjednoczonych w latach 1996-2000 w grupie 25 000 dzieci dowodzą, że współczynnik ich podawania spadł. Stosowanie antybiotyków w przypadku dzieci w wieku od 3 miesięcy do 3 lat spadło o 24 procenty z 2,46 do 1,89 recepty na antybiotyki na pacjenta rocznie. W przypadku dzieci w wieku od 3 do 6 lat nastąpił spadek o 25 procent z 1,47 do 1,09 recepty na antybiotyki na pacjenta rocznie, a w przypadku dzieci w wieku od 6 do 18 lat nastąpiło zmniejszenie o 16 procent z 0,85 na 0,69 recepty na antybiotyki na pacjenta rocznie.[53] Chociaż nastąpiło zmniejszenie stosowania antybiotyków, dane dowodzą, że każde dziecko w Stanach Zjednoczonych otrzymuje średnio 1,22 recepty na antybiotyki rocznie.

Czołowymi sprawcami niekorzystnych reakcji ubocznych są antybiotyki (17 %), leki sercowo-naczyniowe (17 %), chemioterapia (15 %) i środki przeciwzapalne (15 %).

Grupa A beta-hemolitycznych paciorkowców jest jedyną przyczyną bólu gardła, który wymaga leczenia antybiotykami. W tym przypadku zaleca się stosowanie penicyliny lub erytromycyny, przy czym 90 procent wszystkich bólów gardła jest pochodzenia wirusowego. Autorzy przeprowadzonych w tym zakresie badań szacują, że w latach 1989-1999 w USA było rocznie 6,7 miliona wizyt dorosłych pacjentów cierpiących na ból gardła i w 73 procentach tych przypadków przepisano antybiotyki. Co więcej, pacjentom leczonym antybiotykami aplikowano w 68 procentach przypadków nie polecane antybiotyki o szerokim zakresie działania. Autorzy odnotowali, że w okresie od 1989 do 1999 roku nastąpił znaczny wzrost stosowania nowszych i droższych antybiotyków o szerokim zakresie działania i spadek stosowania zalecanych w takich przypadkach penicyliny i erytromycyny.[54] Jeśli antybiotyki podano w 73 procentach wizyt, choć powinno jedynie w 10 procentach, oznacza to, że w 63 procentach, czyli w przypadku 4,2 miliona wizyt z powodu bólu gardła w latach 1989-1999, przepisano zupełnie niepotrzebnie antybiotyki. Dr Besser w roku 1995 i CDC w roku 2003 podali znacznie wyższą liczbę niepotrzebnych recept na antybiotyki przepisywanych rocznie w przypadkach infekcji wirusowych, która wynosi 20 milionów. Żadna z tych liczb nie obejmuje niepotrzebnych antybiotyków stosowanych w takich niegroźnych stanach, jak trądzik, infekcje jelit, infekcje skóry, infekcje ucha itp.

Problem z antybiotykami – one są przeciwko życiu

17 września 2003 roku CDC wznowiły program zainicjowany w roku 1995 opatrzony hasłem „Zmądrzej – dowiedz się, kiedy działają antybiotyki".[55] Jest to kampania kosztująca 1,6 miliona dolarów, która ma na celu pouczenie pacjentów o nadużywaniu i niewłaściwym stosowaniu antybiotyków. Większość ludzi związanych z medycyną alternatywną zna zagrożenia wynikające z nadużywania antybiotyków od wielu lat. W końcu rząd zdecydował się na zajęcie się tym prob-

lemem, tym niemniej przeznacza jedynie minimalną sumę pieniędzy na przeciwdziałanie jatrogennej epidemii, która kosztuje miliardy dolarów i tysiące istnień ludzkich. CDC ostrzegają, że 90 procent infekcji górnych dróg oddechowych oraz infekcje uszu u dzieci są infekcjami wirusowymi, których antybiotyki nie leczą. Ponad 40 procent z około 50 milionów recept na antybiotyki wypisywanych rocznie w gabinetach lekarzy jest nieuzasadnionych[2], zaś stosowanie antybiotyków, kiedy nie ma takiej potrzeby, może prowadzić do wytworzenia zabójczych szczepów bakterii, które stają się odporne na leki i powodują ponad 88 000 zgonów w wyniku zakażeń szpitalnych.[9] CDC wydają się jednak winić pacjentów o błędne stosowanie antybiotyków, mimo iż są one dostępne wyłącznie na receptę wypisywaną przez lekarza, który powinien wiedzieć, kiedy i co należy przepisywać. Dr Richard Besser, szef programu „Zmądrzej – dowiedz się, kiedy działają antybiotyki", powiada, że „programy, które były ukierunkowane na lekarzy nie odniosły skutku. Winę za część przypadków ponosi reklama adresowana bezpośrednio do konsumentów leków". Dr Besser twierdzi, że program „uczy pacjentów i społeczeństwo, że antybiotyki są cennym zasobem, który należy wykorzystywać rozsądnie, jeśli chcemy mieć go pod ręką, kiedy będziemy go potrzebować. Miejmy nadzieję, że w wyniku tej kampanii, pacjenci będą czuli się bardziej pewnie, prosząc swoich lekarzy o najlepszą metodę leczenia ich choroby, a nie prosząc o antybiotyki".[56]

Co składa się na „najlepszą metodę leczenia"? Tego CDC nie mówią i wyraźnie unikają podawania wyników ostatnich badań dziesiątków odżywek, które – co udowodniono naukowo – leczą wirusowe infekcje i wzmacniają układ immunologiczny. Czy lekarze zalecają w takich przypadkach witaminę C, jeżówkę, czarny bez, witaminę A, cynk lub homeopatyczne oscylococcinum? Nie, w żadnym przypadku. Archaiczne rozwiązania proponowane przez CDC to, między innymi, reklamowane w radiu hasło: „Powiedz, po prostu, nie, kiedy na prychanie, pociąganie nosem i kichanie zaproponują ci antybiotyki". Ich wypływające ze zdrowego rozsądku zalecenia, które większość ludzi i tak stosuje bez ich rad, to odpoczynek, picie dużej ilości płynów i używanie nawilżacza powietrza.

Przemysł farmaceutyczny utrzymuje, że jest za ograniczeniem stosowania antybiotyków. Aby zapewnić warunki do realizacji tego postulatu, firma Bayer sponsoruje poprzez organizacje o nazwie LIBRA kampanię o nazwie „Operacja Czyste Ręce".[57] CDC są również zaangażowane w minimalizowanie odporności na antybiotyki, ale w ich publikacjach nie ma żadnych wzmianek o roli odżywek we wspomaganiu układu immunologicznego ani o niezliczonych artykułach zamieszczanych w różnych periodykach popierających takie podejście. Ten ograniczony sposób patrzenia i unikanie zalecania dostępnych, nie będących lekami, środków alternatywnych jest absolutnie niestosowny w sytuacji, gdy CDC starają się desperacko zahamować koszmar nadużywania antybiotyków. CDC powinny podjąć to zadanie, a nie ogniskować się jedynie na nadużywaniu antybiotyków. Podobna sytuacja panuje w przypadku każdej z klas przepisywanych dziś leków.

Leki skażają nasze ujęcia wody pitnej

W kwestii przepisywania leków doszliśmy do stanu nasycenia. Znaleźliśmy się w sytuacji, w której każdy badany zbiornik wody posiada mierzalne ilości resztek leków. Jesteśmy zalewani lekami. Tony antybiotyków stosowanych na fermach hodowlanych, które przedostają się do wód powierzchniowych i pobliskich zbiorników wodnych, nadają drobnoustrojom zawartym w ściekach odporność na antybiotyki i takie właśnie drobnoustroje są znajdowane w naszej wodzie pitnej. Do naszych wodociągów trafiają również spłukiwane w naszych toaletach tony leków i ich metabolików. Nie mamy pojęcia o długoterminowych konsekwencjach dla naszego zdrowia przyswajania mieszaniny leków i produktów rozpadu leków. To kolejny poziom jatrogennej zarazy, którego nie jesteśmy w stanie określić i zmierzyć.[57-67]

Jatrogenia spowodowana określonymi lekami – NSAID-y

Nie tylko Amerykę nawiedziła plaga jatrogenii. Badania przeprowadzone na grupie 1072 francuskich lekarzy ogólnych miały za zadanie określenie ich podstawowej wiedzy farmaceutycznej i praktyki w przepisywaniu NSAID-ów (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs – klasa leków przeciwzapalnych, do której należy np. ibuprofen – przyp. tłum.), które zajmują poczesne miejsce wśród powszechnie przepisywanych leków w przypadku poważnych reakcji ubocznych. Wyniki badań wskazują, że lekarze ogólni nie posiadają adekwatnej wiedzy dotyczącej tych leków i nie są w stanie we właściwy sposób radzić sobie z niekorzystnymi reakcjami ubocznymi.[68]

W następstwie tego wyczerpującego przeglądu dr Abel wnioskuje, że nie ma bezpośrednich dowodów na to, że chemioterapia przedłuża okres przeżycia pacjentów z zaawansowaną formą raka.

Przekrojowe badania 125 pacjentów odwiedzających specjalistyczne kliniki w Południowym Londynie zajmujące się zwalczaniem bólu wskazują na możliwość występowania pospolitych czynników jatrogennych, takich jak „nadmiar badań, nadmiar leczenia i niewłaściwe przepisywanie leków".[69]

Jatrogenia spowodowana określonymi lekami – chemioterapia w przypadkach raka

W roku 1989 niemiecki biostatystyk dr Ulrich Abel napisał po opublikowaniu dziesiątków prac dotyczących chemioterapii antyrakowej monografię zatytułowaną „Chemioterapia w zaawansowanej formie raka nabłonka", którą opublikowano później w skróconej formie w jednym z pism medycznych.[70] Dr Abel zaprezentował w niej wyczerpującą analizę klinicznych prób i publikacji reprezentującą ponad 3 000 artykułów sprawdzających wartość cytotoksycznej chemioterapii w przypadkach zaawansowanej formy raka nabłonka, który jest najczęściej spotykanym typem raka. Wyrasta on z nabłonka obecnego w wyściółce organów wewnętrznych takich jak piersi, prostata, płuca, żołądek lub jelita. Rak ten przemieszcza się zazwyczaj z tych lokalizacji do sąsiadującej tkanki i następują przerzuty do kości, wątroby, płuc lub mózgu. W następstwie tego wyczerpującego przeglądu dr Abel wnioskuje, że nie ma bezpośrednich dowodów na to, że chemioterapia przedłuża okres przeżycia pacjentów z zaawansowaną formą raka. Mówi wprost, że w przypadkach małokomórkowego raka płuc i prawdopodobnie jajników terapeutyczna korzyść jest nieznaczna, i stwierdza, że „wielu onkologów przyjmuje za oczywiste, że w reakcji na chemioterapię następuje wydłużenie okresu przeżywalności, co jest opinią bazującą na błędnym przekonaniu, którego wcale nie potwierdzają badania kliniczne".

Ponad dziesięć lat po tym wyczerpującym przeglądzie chemioterapii dokonanym przez dra Abla nie wygląda na to, aby nastąpił spadek stosowania tej terapii w przypadkach zaawansowanego raka. Na przykład w przypadkach, gdy

konwencjonalna chemioterapia i naświetlania zawodzą w zapobieganiu przerzutom raka piersi, do wyboru pozostaje chemioterapia wysokich dawek (HDC) z transplantacją komórek macierzystych (STC). Jednak wyniki największej wieloośrodkowej losowej kontrolowanej próby przeprowadzonej w marcu 2000 roku wykazały, że w porównaniu z przedłużonym okresem miesięcznej chemioterapii o konwencjonalnej dawce HDC i STC nie dają żadnych korzyści.[71] W grupie HDC/STC wystąpił nawet trochę niższy współczynnik przeżywalności, zaś autorzy podają, że poważne skutki uboczne występowały częściej w grupie HDC niż w grupie z dawką standardową. Doszło nawet do jednego zgonu pochodnego terapii (w ciągu 100 dni od chwili rozpoczęcia terapii) w grupie HDC, natomiast w grupie konwencjonalnej chemioterapii nie było takich przypadków. Do badań tych dobrano kobiety, które miały największe szanse na reakcję.

Jest również niepełnozakresowe kolejne badanie, podobne do przeprowadzonego przez dra Abla, które określa, czy po roku 1989 doszło do wydłużenia okresu przeżywalności w przypadkach raka. W rzeczywistości istnieje potrzeba zbadania, czy za wtórne postacie raka odpowiedzialna jest chemioterapia, czy naturalny postęp choroby. Ponawiamy pytanie, dlaczego nie stosuje się dobrze zbadanych alternatywnych metod leczenia raka.

Ukaranie firm farmaceutycznych

Od czasu do czasu firmy farmaceutyczne są karane przez FDA, gdy nadużycia są zbyt rażące i nie ma możliwości ich ukrycia. W maju 2002 roku *Washington Post* doniósł, że firma Schering-Plough Corp. produkująca Claritin miała zapłacić FDA 500 milionów dolarów kary z racji niedociągnięć w zakresie kontroli jakości w czterech należących do niej fabrykach.[72] FDA stwierdził naruszenia zasad kontroli jakości, które dotyczyły 90 procent spośród 125 leków, jakie wytwarzały one od roku 1998. Oprócz kary pieniężnej firma musiała wstrzymać produkcję 73 leków lub zapłacić kolejną karę w wysokości 175 milionów dolarów. Rzecznik firmy głosił coś zupełnie innego. Firma zapewniała klientów, że jej produkty nadal zasługują na zaufanie.

Takie rozwiązanie służy jako ostrzeżenie dla przemysłu farmaceutycznego mające wymóc na nim przestrzeganie ścisłego reżimu produkcyjnego i daje FDA większą siłę perswazji w jego dążeniu do wymuszenia na firmach farmaceutycznych przestrzegania tych wymogów. Jak czytamy w artykule *Washington Postu*, federalny sąd apelacyjny wydał w roku 1999 orzeczenie mówiące, że FDA ma prawo przejąć zyski firm, które nie przestrzegają „właściwych metod produkcji". Od tego momentu firma Abbott Laboratories Inc. zapłaciła 100 milionów dolarów kary za niedotrzymanie wymogów jakościowych w produkcji zestawów do testów medycznych, zaś firma Wyeth Laboratories Inc. zapłaciła w roku 2000 30 milionów dolarów kary za niewłaściwe reżimy produkcyjne.

Oskarżenia przeciwko firmie Schering-Plough pojawiły się po tym, jak kierowana przez dra Sidneya Wolfe'a Obywatelska Grupa Badań Zdrowotności wezwała do przeprowadzenia śledztwa przeciwko tej firmie, oskarżając ją o wypuszczenie na rynek albuterolowych inhalatorów dla astmatyków, mimo iż wiedziała, że brak w nich aktywnego składnika.

NIEPOTRZEBNE ZABIEGI CHIRURGICZNE

Bardzo trudno jest uzyskać dokładne dane statystyczne dotyczące niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych. W roku 1989 dr Leape napisał, że przypuszczalnie 30 procent kontrowersyjnych zabiegów chirurgicznych to zabiegi niepotrzebne. Kontrowersyjne zabiegi to cięcie cesarskie, tonsylektomia (wycięcie migdałków), wycięcie wyrostka robaczkowego, wycięcie macicy, (histerektomia), gastrektomia (wycięcie żołądka ze względu na otyłość), implanty piersi i wybiórcze implanty piersi.[74]

Niemal 30 lat temu, w roku 1974, Komitet Kongresu ds. Handlu Międzystanowgo i Zagranicznego prowadził przesłuchania w sprawie niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych. Okazało się, że 17,6 procenta skierowań na zabieg chirurgiczny nie było potwierdzonych drugą opinią. Podkomitet Kongresu ds. Nadzoru i Dochodzeń dokonał ekstrapolacji tych liczb i oszacował, że w całym kraju wykonano w ciągu roku 2,4 miliona niepotrzebnych operacji chirurgicznych, skutkiem czego było 11 900 zgonów, których koszt wyniósł 3,9 miliarda dolarów.[73]

W roku 2001 wykonano 41,8 miliona z grupy dziesięciu głównych operacji chirurgicznych. Ta liczba pochodzi z programu HCUP (Healthcare Cost and Utilization Project – Projekt Kosztów Opieki Zdrowotnej i Użytkowania) przeprowadzonego przez Agency for Healthcare Research and Quality (Agencja Badania Jakości Opieki Zdrowotnej).[13] Przy zastosowaniu wskaźnika w wysokości 17,6 procenta niepotrzebnych operacji chirurgicznych pochodzącego z dochodzenia przeprowadzonego w roku 1974 przez Podkomitet Kongresu ds. Nadzoru i Dochodzeń oraz ekstrapolacji liczby zgonów w roku 1974 otrzymaliśmy liczbę 7,5 miliona (7 489 716) niepotrzebnych operacji oraz liczbę zgonów wynoszącą 37 136 przy koszcie 122 miliardów dolarów (w dolarach z roku 1974).

Liczba niepotrzebnych operacji chirurgicznych rośnie, podobnie jak liczba recept na leki reklamowane w telewizji.

Badacze przeprowadzili bardzo podobną analizę w zakresie chirurgii kręgosłupa przy zastosowaniu wskaźnika 17,6 procenta „niepotrzebnych operacji chirurgicznych" z roku 1974. W roku 1995 badacze zeznający przed Departamentem ds. Spraw Weteranów (Department of Veterans Affairs) oszacowali, że spośród 250 000 operacji kręgosłupa wykonanych w USA kosztem 11 000 dolarów na pacjenta ogólna liczba niepotrzebnych operacji kręgosłupa wykonywanych co roku w Stanach Zjednoczonych może sięgać liczby 44 000 oraz kwoty 484 milionów dolarów.[75]

Liczba niepotrzebnych operacji chirurgicznych rośnie, podobnie jak liczba recept na leki reklamowane w telewizji. Medialnie napędzane operacje, takie jak przepływ omijający (bypass) żołądka z powodu otyłości, „wykreowany" przez osobistości z Hollywood, kusi otyłych, którzy sądzą, że ta droga jest bezpieczna i seksowna. Pojawił się nawet problem z reklamowaniem zabiegów chirurgicznych w Internecie.[76] Przeprowadzone w Hiszpanii badania wykazały, że od 20 do 25 procent wszystkich zabiegów chirurgicznych to zabiegi niepotrzebne.[77]

Według danych Narodowego Ośrodka Statystyki Zdrowia (National Center for Health Statistics) pochodzących z lat 1979-1984 nastąpił 9-procentowy przyrost wszystkich zabiegów chirurgicznych, zaś liczba chirurgów wzrosła o 20 procent. Autor podkreśla, że nie towarzyszył temu przyrost interwencji chirurgicznych mimo dużego ostatnio przyrostu liczby chirurgów. Były nawet obawy, że na stosunkowo niewielką liczbę pacjentów będzie przypadało za dużo chirurgów.[78]

Cytowany autor wyciągnął jednak pochopny wniosek, ponieważ obawy o zbyt małą liczbę pacjentów okazały się nieuzasadnione. W przypadku głównych dziesięciu najczęściej przeprowadzanych interwencji chirurgicznych do roku

1994 nastąpił ich 38-procentowy przyrost, osiągając ogólną liczbę 7 929 000 zabiegów. W roku 1983 liczba interwencji chirurgicznych wyniosła 5 731 000. W roku 1994 liczba operacji chirurgicznego usuwania zaćmy przekroczyła milion, drugie co do liczebności było cesarskie cięcie (858 000). Trzecie miejsce zajęły operacje przepukliny pachwinowej (689 000), zaś liczba artroskopii stawu kolanowego, która znalazła się na siódmym miejscu, wzrosła o 153 procenty (632 000 przypadków), podczas gdy liczba operacji prostaty zmalała o 29 procent (229 000 interwencji).[79]

Lista jatrogennych przypadków chirurgicznych jest równie długa, jak sama lista interwencji. W pewnych badaniach wprowadzano cewniki, aby do przestrzeni nadtwardówkowej wokół nerwów rdzeniowych dostarczyć środek znieczulający w celu odizolowania ich podczas cięcia cesarskiego, zabiegów chirurgicznych na brzuchu oraz operacji prostaty. W niektórych przypadkach niesterylna technika zastosowana w czasie wprowadzania cewnika spowodowała poważne infekcje prowadzące nawet do paraliżu kończyn.[80]

W pewnym przeglądzie literatury jego autorzy wykazali „znaczny współczynnik nadużywania wieńcowej angiografii, chirurgii arterii wieńcowej, rozrusznika serca, endoskopii górnej części traktu żołądkowo-jelitowego, endarterektomii szyjnej (wycięcie błony wewnętrznej tętnicy szyjnej), chirurgii pleców oraz procedur usuwających ból".[81]

Przypuszczalnie słowa „ochrona zdrowia" wywołują iluzję, że w medycynie chodzi o nasze zdrowie. Medycyna alopatyczna nie jest dostarczycielem opieki zdrowotnej, ale opieki w chorobie.

Badania *JAMA* (*Journal of American Medical Association – Magazyn Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego*) z roku 1987 ujawniły następujące znaczące poziomy niewłaściwych interwencji chirurgicznych: 17 procent przypadków chirurgii arterii wieńcowej, 32 procenty przypadków endarterektomii szyjnej i 17 procent przypadków endoskopii górnej części traktu żołądkowo-jelitowego.[82] Przy wykorzystaniu rządowych danych statystycznych z roku 2001 zawartych w programie HCUP ustalono, że liczba pacjentów poddanych endoskopii górnej części traktu żołądkowo-jelitowego, która wiąże się zwykle z biopsją, wynosiła 697 675; liczba pacjentów z endarterektomią – 142 401, zaś liczba przypadków angiografii wieńcowej – 719 949.[13] Tak więc zgodnie z badaniami opublikowanymi przez *JAMA* 17 procent, czyli 118 604, pacjentów doświadczyło niepotrzebnej endoskopii, 32 procenty, czyli 45 568, pacjentów poddano niepotrzebnie endarterektomii, zaś 17 procent, czyli 122 391, pacjentów przeszło zbędną, wysoce inwazyjną procedurę wieńcowej angiografii. Wszystkie te przypadki są formą medycznej jatrogenii.

MEDYCZNE I CHIRURGICZNE PROCEDURY

Poznanie współczynnika śmiertelności związanego z różnymi medycznymi i chirurgicznymi procedurami jest bardzo pouczające. Chociaż musimy podpisywać zgodę na interwencję przed poddaniem się jej, wielu z nas jest nieświadomych związanego z tym ryzyka. Panuje powszechne przekonanie, że skoro medyczne i chirurgiczne interwencje są tak powszechne, to są zarówno potrzebne, jak i bezpieczne. Niestety, poddanie się medycynie alopatycznej stanowi jedną z najpoważniejszych przyczyn zgonów i jest najdroższym sposobem umierania.

Czy dzienna liczba zgonów z powodu jatrogenii w szpitalach, domach opieki i szpitalach psychiatrycznych nie powinna być podawana do publicznej wiadomości, tak jak podawana jest ilość pyłków w powietrzu lub współczynnik smogu? Przestańmy kryć prawdę przed sobą. Dopiero kiedy skupimy uwagę na problemie i zadamy właściwe pytania, będziemy mogli mieć nadzieję na znalezienie rozwiązania.

Przypuszczalnie słowa „ochrona zdrowia" wywołują iluzję, że w medycynie chodzi o nasze zdrowie. Medycyna alopatyczna nie jest dostarczycielem opieki zdrowotnej, ale opieki w chorobie. Studiując wskaźniki śmiertelności wynikające z programu HCUP amerykańskiej Agencji Badania Jakości Opieki Zdrowotnej, znajdujemy wiele interesujących informacji.[13] Pogram komputerowy stosowany w HCUP, który oblicza roczne współczynniki śmiertelności we wszystkich amerykańskich szpitalach, jest na tyle dobry, na ile dobre są wprowadzone do niego kody. W czasie prowadzonej z HCUP za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji oświadczono nam, że wskaźniki śmiertelności uwidocznione w tabelach i na wykresach niekoniecznie wiążą się z zastosowaną interwencją – wskazują jedynie, że ktoś, kto został poddany zabiegowi, zmarł z powodu samej choroby lub zastosowanego zabiegu.

Nie ma tam również procedur wyłapujących niekorzystne skutki uboczne oraz błędy medyczne. Dopóki nie zostaną wprowadzone kody błędów medycznych w wynikach statystycznych, ludzie, którzy giną z powodu różnych błędów medycznych, zostaną pogrzebani w ogólnych wynikach statystycznych. Istnieje w tym programie kod „otrucie i toksyczne efekty leków" oraz kod „komplikacje kuracji", jednak śmiertelne przypadki przyporządkowane tym kategoriom są bardzo niskie i dadzą się porównać z tym, co wiemy z badań takich jak te, które w roku 1998 opublikował *JAMA*[1], gdzie mówi się, że średnio rocznie było 106 000 recept na śmierć.

DLACZEGO MEDYCZNE I CHIRURGICZNE INTERWENCJE NIE PODLEGAJĄ BADANIOM?

W roku 1978 OTA (U.S. Office of Technology Assessment – Biuro Oceny Technologii Stanów Zjednoczonych) podało, że „tylko od 10 do 20 procent wszystkich obecnie stosowanych w praktyce medycznej zabiegów okazuje się po sprawdzeniu w kontrolowanych próbach skutecznych".[83] W roku 1995 OTA porównało medyczne techniki stosowane w ośmiu krajach (Australii, Kanadzie, Francji, Niemczech, Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych) i ponownie podkreśliło, że niewiele zabiegów stosowanych w Stanach Zjednoczonych poddano klinicznym próbom. Podało również, że śmiertelność niemowląt jest wysoka, zaś średnia długość życia jest niska w porównaniu z innymi rozwiniętymi krajami.[84] Chociaż te dane liczą sobie prawie dziesięć lat, większość z nich jest wciąż aktualna. Raport obwinia system wolnorynkowych przedsiębiorstw medycznych o wysokie koszta opieki medycznej oraz podkreśla brak narodowej polityki ochrony zdrowia. Opisuje niepowodzenie rządowych prób kontrolowania kosztów opieki medycznej i jako powód podaje system rynkowy oraz czynnik w postaci zysku w finansowaniu i organizowaniu służby zdrowia, w tym prywatnych ubezpieczeń, prywatnego systemu szpitalnictwa, prywatnych usług lekarskich oraz prywatnego przemysłu wytwarzającego leki i sprzęt medyczny. Podczas gdy my chcemy poszerzyć opiekę nad zdrowiem, wolna przedsiębiorczość dąży do poszerzenia opieki nad chorobą. Raport „Technologia opieki zdrowotnej i jej ocena w ośmiu krajach" był ostatnim raportem biura OTA, które zlikwidowano w roku 1995. Było to również prawdopodobnie ostatnie uczciwe

i głębokie spojrzenie na współczesną medycynę. Ze względu na doniosłość tego 60-stronicowego raportu, jego podsumowanie załączamy w aneksie.

BŁĘDY CHIRURGICZNE OSTATECZNIE UMIESZCZONE W SPRAWOZDANIACH

Zaledwie kilka godzin przed zakończeniem tego opracowania udostępniono dane statystyczne dotyczące zgonów związanych z zabiegami chirurgicznymi. Opublikowane 8 października 2003 roku w *JAMA* przeprowadzone przez amerykańską agencję rządową AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality – Agencja Badania Jakości Opieki Zdrowotnej) badania dokumentują 32 000 zgonów związanych w większości z zabiegami chirurgicznymi, których koszt wyniósł 9 miliardów dolarów i pochłonął dodatkowo 2,4 miliona dni szpitalnych w roku 2000.[85] W komunikacie prasowym towarzyszącym badaniom opublikowanym przez *JAMA* dyrektor AHRQ, dr med. Carolyn M. Clancy, przyznała: „Te badania dostarczają nam pierwszych bezpośrednich danych mówiących, że urazy będące dziełem medycyny stanowią prawdziwe niebezpieczeństwo dla społeczeństwa amerykańskiego i powodują wzrost kosztów leczenia".[86] Administracyjne dane z 20 procent szpitali krajowych zostały przeanalizowane pod kątem osiemnastu różnych chirurgicznych komplikacji, w tym infekcji pooperacyjnych, obcych przedmiotów pozostawionych w ranach pooperacyjnych, otwierania chirurgicznych ran i pooperacyjnego krwawienia. W komunikacie prasowym autorzy badań oświadczyli, że „ustalone fakty w znacznej mierze pomniejszają problem, jako że ma miejsce wiele innych komplikacji, które nie są wymienione w danych administracyjnych". Autorzy odnieśli również wrażenie, że „zawarte tu przesłanie mówi, że uszkodzenia z winy medycyny mają niszczący wpływ na system ochrony zdrowia. Potrzeba dalszych badań ujawniających przyczyny tych uszkodzeń i znalezienia sposobów zapobiegania im". Jeden z autorów, dr Zhan, oświadczył, że poprawienie praktyk lekarskich, w tym silny nacisk na lepsze mycie rąk, może przyczynić się do zmniejszenia liczby zachorowań i śmiertelności. W zamieszczonym w *JAMA* artykule redakcyjnym jego autor, badacz ryzyka dla zdrowia z harvardzkiego ośrodka medycznego Beth Israel Deaconess Medical Center, dr Saul Weingart, oświadczył: „Wiedząc o ich oszałamiającym zakresie, te szacunki są wyraźnie otrzeźwiające".[87]

NIEPOTRZEBNE PRZEŚWIETLENIA

Kiedy odkryto promienie X (promienie Roentgena), nikt nie znał dalekosiężnych efektów promieniowania jonizującego. W latach pięćdziesiątych comiesięczne prześwietlenia w gabinecie lekarskim były na porządku dziennym. Można było nawet wejść do większości sklepów z obuwiem i obejrzeć kości swoich stóp (oglądanie kości własnych stóp stanowiło zabawną nowinkę). Wciąż jeszcze nie znamy ostatecznego rezultatu naszej początkowej fascynacji promieniami Roentgena.

Powszechną praktyką było poddawanie kobiet w ciąży prześwietleniom w celu pomiaru rozmiaru miednicy i diagnozowania ciąż wielorakich. W końcu w 37 głównych szpitalach położniczych przeprowadzono badania 700 000 dzieci urodzonych w latach 1947-1964. Dzieci matek, których miednica była poddana prześwietleniu w czasie ciąży, porównano z dziećmi matek, których nie poddawano prześwietleniom. Wśród dzieci prześwietlanych matek śmiertelność spowodowana rakiem była o 40 procent większa.[88]

W obecnej medycynie angiografia wieńcowa obejmuje inwazyjny zabieg chirurgiczny przesuwania rurki przez naczynia krwionośne z pachwiny do serca. Aby uzyskać jakiekolwiek użyteczne informacje w czasie trwania angiografii, niemal przez cały czas używane są promienie Roentgena w minimalnej dawce zawierającej się w zakresie od 460 do 1580 miliremów. Minimalna dawka promieniowania przy prześwietlaniu klatki piersiowej wynosi 2 miliremy. Promieniowanie Roentgena odkłada się w organizmie i doskonale wiadomo, że jonizujące promieniowanie stosowane przy prześwietlaniu powoduje mutacje genów. Możemy tylko szacować wielkość i rodzaj wpływu na zdrowie tego wysokiego poziomu radiacji. Faktyczny wpływ eksperci starają się kamuflować, posługując się statystycznym żagronem w rodzaju: „Ryzyko zapadnięcia na śmiertelną postać raka w ciągu życia w wyniku wystawienia na działanie promieniowania jonizującego szacuje się jak 4 do miliona na 1000 miliremów".[89]

Mammogramy mogą powodować raka, ponieważ tkanka piersi jest bardzo czuła na promieniowanie.

Dr John Gofman, który od 45 lat bada wpływ promieniowania na ludzki organizm, może powiedzieć nam dokładnie, jak wpływają na nasze zdrowie wykorzystywane do diagnostyki promienie Roentgena. Gofman ma stopień doktora z chemii nuklearnej i fizycznej i jest lekarzem, który pracował w projekcie Manhattan, odkrył uran-233, był pierwszą osobą, która wyizolowała pluton, a od roku 1960 bada wpływ promieniowania na ludzki organizm. W pięciu naukowo udokumentowanych książkach o łącznej liczbie 2800 stron dostarcza solidnych dowodów na to, że medyczna technologia, a konkretnie promienie Roentgena, skanowanie CT (tomografia komputerowa), mammografia i fluoroskopia są czynnikami przyczyniającymi się do 75 procent nowych przypadków raka. Jego liczący 699 stron i zaktualizowany w roku 2000 raport zatytułowany *Promieniowanie pochodzące z medycznych zabiegów w patogenezie raka i chorobie niedokrwiennej serca – badania reakcji na dawki z uwzględnieniem liczby lekarzy na 100 000 mieszkańców*[90] wykazuje, że wraz ze wzrostem w danym rejonie liczby lekarzy wzrasta liczby diagnostycznych testów wykorzystujących promienie Roentgena, a co za tym idzie, wzrosta liczba przypadków raka i choroby niedokrwiennej serca. Dr Gofman wyjaśnia, że przyczyną zniszczeń jest kombinacja promieni Roentgena z czynnikami stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia, takimi jak dieta, palenie, aborcje i stosowanie pastylek antykoncepcyjnych. Dr Gofman przewiduje, że z powodu promieniowania jonizującego w następnym dziesięcioleciu dojdzie do ponad 100 milionów przedwczesnych zgonów.

W swojej książce *Preventing Breast Cancer* (*Zapobieganie rakowi piersi*) dr Gofman twierdzi, że rak piersi jest główną przyczyną zgonu Amerykanek w wieku od 44 do 54 lat.

Profesjonalne Świece Hopi Zapper

Studio

Studio 7, Słubica Dobra 2
96-321 Żabia Wola, tel. **0602 623301**

Mammogramy mogą powodować raka, ponieważ tkanka piersi jest bardzo czuła na promieniowanie. Niebezpieczeństwo mogą zwiększać ponadto takie czynniki, jak genetyczne predyspozycje, poprzednia łagodna forma choroby, sztuczna menopauza, otyłość i brak równowagi hormonalnej.[91]

Nawet prześwietlenia z powodu bólu pleców (kręgosłupa) mogą w niektórych przypadkach prowadzić do grożącego inwalidztwem zabiegu chirurgicznego. Dobrze znany nowojorski chirurg ortopeda, dr Sarno, odkrył, że prześwietlenie nie zawsze mówi prawdę. W swoich książkach cytuje przypadki normalnych ludzi bez śladu bólów kręgosłupa, których prześwietlenie wykazuje zniekształcenia kręgosłupa. W innych przypadkach okazało się, że ludzie uskarżający się na silne bóle w plecach mają na zdjęciach rentgenowskich normalny obraz kręgosłupa. Tak więc zdaniem dra Sarno niekoniecznie musi istnieć związek między bólami w plecach a nienormalnym wyglądem kręgosłupa na obrazie uzyskanym w następstwie prześwietlenia.[92] Jeśli jednak ktoś ma bóle kręgosłupa i drobne zniekształcenia w obrazie rentgenowskim, może zostać poddany operacji chirurgicznej, czasami beż żadnego skutku, a czasami ze skutkiem w postaci zwiększenia bólu lub stałego kalectwa.

Ponadto lekarze często ordynują prześwietlenie w celu zabezpieczenia się przed ewentualnymi zarzutami, że nie zbadali wszystkiego dokładnie. Wygląda na to, że lekarze przedkładają własne obawy nad interes pacjenta.

Zastępcza terapia hormonalna (HRT) przy użyciu syntetycznych hormonów nie zapobiega zawałom serca i demencji, za to zwiększa ryzyko raka piersi, zawału serca, udaru i ataku pęcherzyka żółciowego.

NIEPOTRZEBNA HOSPITALIZACJA

W badaniach niewłaściwej hospitalizacji dwóch niezależnych lekarzy przejrzało 1132 historie chorób. Okazało się, że 23 procenty wszystkich przyjęć do szpitala były niewłaściwe, a dodatkowych 17 procent można było załatwić ambulatoryjnie. Trzydzieści cztery procenty wszystkich dni szpitalnych były również nieuzasadnione i można było ich uniknąć.[93] Współczynnik niepotrzebnego pobytu w szpitalu w roku 1990 wynosił 23,5 procenta. Przeprowadzone w roku 1999 inne badanie potwierdziło wskaźnik 24 procent niewłaściwych hospitalizacji, dowodząc istnienia stałego wzorca w latach 1986-1995,[95] który wykazał stały poziom 24 procent niewłaściwych hospitalizacji w każdym roku z tego okresu. Odnosząc te liczby do danych pochodzących z bazy HCUP dotyczących obecnego okresu, zgodnie z którymi ogólna liczba wypisów ze szpitali w Stanach Zjednoczonych w roku 2001 wyniosła 37 187 641[13], otrzymamy 8 925 033 hospitalizacji, do których nigdy nie powinno dojść.[4]

DOŚWIADCZENIA KOBIET Z MEDYCYNĄ

Przyjrzymy się teraz medycznej jatrogenii dotyczącej kobiet. Dr Martin Charchot (1825-1893) był światowej sławy najbardziej szanowanym lekarzem swoich czasów. Praktykował w paryskim szpitalu La Salpetriere. Zdobył sławę jako ekspert w diagnozowaniu histerii, średnio dziesięciu histeryczek dziennie, przekształcając je w ...„jatrogenne monstra" poprzez zamianę „neurozy" w „histerię".[96] Liczba kobiet ze stwierdzoną histerią i hospitalizowanych wzrosła z 1 procenta w roku 1841 do 17 procent w roku 1883. Słowo „histeria" pochodzi od greckiego „hystera", które znaczy „macica". Dr Adriane Fough-Berman bardzo wyraźnie mówi w swojej pracy, że w amerykańskiej medycynie jest tradycja nadmiernych interwencji medycznych i chirurgicznych w przypadku kobiet. Zaledwie sto lat temu lekarze mężczyźni decydowali, że niezrównoważenie psychiczne kobiet ma swoje źródło w macicy. Kiedy udoskonalono technikę usuwania macicy stała się ona metodą „leczenia" umysłowej niestabilności kobiet, co powodowało psychiczną i fizyczną kastrację. Dr Fough-Berman podkreśla, że amerykańscy lekarze ostatecznie odrzucili ten pogląd, lecz mimo to nadal traktują kobiety zupełnie inaczej niż mężczyzn.[97] Na poparcie tego poglądu podaje następujące fakty:

1. Każdego roku dokonuje się profilaktycznie tysięcy amputacji sutka (mastektomii).
2. 1/3 Amerykanek jest poddawana wycięciu macicy (histerektomii) przed menopauzą.
3. Kobietom przepisuje się lekarstwa znacznie częściej niż mężczyznom.
4. Kobietom podaje się silne leki jako środek zapobiegawczy przeciwko chorobie, czego rezultatem jest substytut choroby w postaci skutków ubocznych.
5. Monitorowanie płodu nie jest poparte badaniami i nie jest zalecane przez CDC.[98] Przykuwa to kobiety do łóżka szpitalnego i jest przypuszczalnie przyczyną wzrostu liczby cesarskich cięć.[99]
6. Medycyna w zbyt szerokim zakresie wkroczyła w normalne procesy fizjologiczne, takie jak menopauza i poród.
7. Zastępcza terapia hormonalna (HRT) przy użyciu syntetycznych hormonów nie zapobiega zawałom serca i demencji, za to zwiększa ryzyko raka piersi, zawału serca, udaru i ataku pęcherzyka żółciowego.[100]

Do tego można jeszcze dodać, że aż 1/3 kobiet po menopauzie wciąż stosuje HRT.[101,102] Liczby te są istotne w świetle mocno reklamowanej kampanii Women's Health Initiative Study (Inicjatywa w sprawie Zdrowa Kobiet), z której wycofano się ze względu na wyższą śmiertelność w grupie stosującej syntetyczne hormony.[103]

Cesarskie cięcie

W roku 1983 wykonano 809 000 cesarskich cięć (21 procent wszystkich żywych porodów), czyniąc ten zabieg najpospolitszą położniczo-ginekologiczną interwencją chirurgiczną. Drugą w kolejności wśród najpopularniejszych operacji położniczo-ginekologicznych jest wycięcie macicy (histerektomia – 673 000), zaś trzecią diagnostyczne rozszerzanie i łyżeczkowanie macicy (632 000). W roku 1983 operacje położniczo-ginekologiczne stanowiły 23 procenty wszystkich operacji wykonywanych w Stanach Zjednoczonych.[104]

W roku 2001 cięcie cesarskie było wciąż najpospolitszą położniczo-ginekologiczną interwencją chirurgiczną. Rocznie rodzi się około 4 milionów dzieci, z których 24 procenty poprzez cesarskie cięcie, co daje 960 000 operacji. W Holandii jedynie 8 procent porodów odbywa się poprzez cesarskie cięcie. Zakładając, że ludzkie dzieci są identyczne w Stanach

KSYLITOL!
Naturalny słodzik zdrowotny
(opisany w 28 (2/2003) numerze „Nexusa")
Kraj pochodzenia: Finlandia.
Dopuszczony do obrotu przez Sanepid
oferuje:
GAJA Produkty Naturalne
ul. Francuska 3a/2
03-906 Warszawa
Tel.: **022-617 84 91**
E-mail: **el-kos@wp.pl**

Zjednoczonych i Holandii, wykonujemy w Stanach 640 000 niepotrzebnych cesarskich cięć przy ich trzy albo i cztery razy większej śmiertelności i znacznie większej zachorowalności niż w przypadku porodu drogami naturalnymi.[105]

Współczynnik cięć cesarskich w Stanach Zjednoczonych w roku 1965 wynosił tylko 4,5 procenta. W roku 1986 wzrósł do 24,1 procenta. Autor stwierdza, że oczywiście „doszło do nie kontrolowanej pandemii medycznie nieuzasadnionych cięć cesarskich".[106] VanHam donosi, że w 7 procentach przypadków cięć cesarskich dochodzi do krwotoków poporodowych, w 3,5 procenta do tworzenia się krwiaków oraz w 3,5 procenta do infekcji, zaś współczynnik łącznej pooperacyjnej zachorowalności wynosi 35,7 procenta.[107] □

ciąg dalszy w następnym numerze

O autorach:

• Dr n. med. Carolyn Dean od roku 1979 pracuje jako lekarka, naturopatka, akupunkturzystka, zielarka, homeopatka, konsultantka, wynalazczyni, analityczka mieszanek ziołowych, badaczka, aktywistka i autorka. Napisała szereg książek i setki artykułów, występowała w niezliczonych audycjach radiowych i programach telewizyjnych, w tym w *The View* stacji ABC promującym naturalne uzdrawianie oraz prawo jednostki do odpowiedzialności za swoje życie. Jest doradcą ds. zdrowia i pisze dla www.yeastconnection.com, www.curesnaturally.com i www.friendsoffreedom.com. Mieszka w Nowym Jorku i można się z nią skontaktować poprzez jej stronę internetową http://www.carolyndean.com. Jest główną autorką tego artykułu.

• Dr n. med. Martin Feldman jest specjalistą w dziedzinie neurologii i wykładowcą neurologii w Ośrodku Medycznym Mount Sinai w Nowym Jorku. Jest autorem 63 artykułów opublikowanych w pismach naukowych i jednym z czołowych znawców współczesnych osiągnięć medycyny.

• Dr Gary Null jest specjalistą w zakresie żywienia i gospodarzem jednego z najdłużej nadawanych w USA programów radiowych poświęconych zdrowiu i żywieniu. Opublikował ponad 71 książek, w tym takie bestsellery, jak *Get Health Now!* (*Zyskaj zdrowie teraz!*) i *Power Aging* (*Moc starzenia*). Jest również producentem szeregu nagrodzonych filmów dokumentalnych mówiących o zdrowiu i stylu życia. Jest założycielem Klubu Naturalnego Biegania i byłym światowej klasy lekkoatletą. W roku 1975 założył nie nastawioną na zysk korporację Nutrition Institute of America, Inc. (Instytut Żywienia Ameryki). Skontaktować się z nim można poprzez jego stronę internetową http://www.garynull.com.

• Dr n. med. Debora Rasio jest lekarzem praktykującym medycynę alternatywną w Rzymie. Jest również onkologiem i autorką wielu prac na temat raka, która dostarczyła część materiałów wyjściowych koniecznych do tego artykułu.

Przełożył ***Jerzy Florczykowski***

Przypisy:

50. W.A. Egger, „Antibiotic Resistance: Unnatural Selection in the Office and on the Farm", *Wisconson Medical Journal*, sierpień 2002.

51. D.R. Nash, J. Harman, E.R. Wald, K.J. Kelleher, „Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections", *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, listopad 2002, 156(11):1114-9.

52. C. Schindler, J. Krappweis, I. Morgenstern, W. Kirch, *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, marzec 2003, 12(2):113-20.

53. J.A. Finkelstein, C. Stille, J. Nordin, R. Davis, M.A. Raebel, D. Roblin, A.S. Go, D. Smith, C.C. Johnson, K. Kleinman, K.A. Chan, R. Platt, „Reduction in antibiotic use among US children, 1996-2000", *Pediatrics*, wrzesień 2003, 112(3 Pt 1):620-7.

54. J.A. Linder, R.S. Stafford, „Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians: a national survey, 1989-1999", *JAMA*, wrzesień 2001, 12;286(10):1181-6.

55. http://www.cdc.gov/drugresistance/community/.

56. http://www.health.state.ok.us/program/cdd/ar/.

57. http://www.librainitiative.com/en/ap/or/li_ap_or_op.html.

58. K. Ohlsen, T. Ternes, G. Werner, U. Wallner, D. Loffler, W. Ziebuhr, W. Witte, J. Hacker, „Impact of antibiotics on conjugational resistance gene transfer in *Staphylococcus aureus* in sewage", *Environ Microbiol.*, sierpień 2003, 5(8):711-6.

59. S. Pawlowski, T. Ternes, M. Bonerz, T. Kluczka, B. van der Burg, H. Nau, L. Erdinger, T. Braunbeck, „Combined *in situ* and *in vitro* assessment of the estrogenic activity of sewage and surface water samples", *Toxicol. Sci.*, wrzesień 2003, 75(1):57-65; *Epub.*, 12 czerwca 2003.

60. T.A. Ternes, J. Stuber, N. Herrmann, D. McDowell, A. Ried, M. Kampmann, B. Teiser, „Ozonation: a tool for removal of pharmaceuticals, contrast media and musk fragrances from wastewater?", *Water Res.*, kwiecień 2003, 37(8):1976-82.

61. T.A. Ternes, M. Meisenheimer, D. McDowell, F. Sacher, H.J. Brauch, B. Haist-Gulde, G. Preuss, U. Wilme, N. Zulei-Seibert, „Removal of pharmaceuticals during drinking water treatment", *Environ. Sci. Technol.* wrzesień 2002, 36(17):3855-63.

62. T. Ternes, M. Bonerz, T. Schmidt, „Determination of neutral pharmaceuticals in wastewater and rivers by liquid chromatography-electrospray tandem mass spectrometry", *J. Chromatogr. A.*, grudzień 2001, 938(1-2):175-85.

63. E.M. Golet, A.C. Alder, A. Hartmann, T.A. Ternes, W. Giger, „Trace determination of fluoroquinolone antibacterial agents in urban wastewater by solid-phase extraction and liquid chromatography with fluorescence detection", *Anal. Chem.*, sierpień 2001, 73(15):3632-8.

64. C.G. Daughton, T.A. Ternes, „Pharmaceuticals and personal care products in the environment: agents of subtle change?", *Environ. Health Perspect.*, grudzień 1999.

65. R. Hirsch, T. Ternes, K. Haberer, K.L. Kratz, „Occurrence of antibiotics in the aquatic environment", *Sci. Total Environ.*, styczeń 1999, 225(1-2):109-18.

66. T.A. Ternes, M. Stumpf, J. Mueller, K. Haberer, R.D. Wilken, M. Servos, „Behavior and occurrence of estrogens in municipal sewage treatment plants – I. Investigations in Germany, Canada and Brazil", *Sci. Total Environ.*, styczeń 1999, 225(1-2):81-90.

67. R. Hirsch, T.A. Ternes, K. Haberer, A. Mehlich, F. Ballwanz, K.L. Kratz, „Determination of antibiotics in different water compartments via liquid chromatography-electrospray tandem mass spectrometry", *J. Chromatogr. A.*, lipiec 1998, 815(2):213-23.

68. J. Coste, C. Hanotin, E. Leutenegger, „Prescription of non-steroidal anti-inflammatory agents and risk of iatrogenic adverse effects: a survey of 1072 French general practitioners", *Therapie*, maj-czerwiec 1995, 50(3):265-70.

69. K. Kouyanou, C.E. Pither, S. Wessely, „Iatrogenic factors and chronic pain", *Psychosom. Med.*, listopad-grudzień 1997, 59(6):597-604.

70. U. Abel, „Chemotherapy of advanced epithelial cancer – a critical review", *Biomed. Pharmacother.*, 1992, 46(10):439-52.

71. K.A. Schulman, E.A. Stadtmauer, S.D. Reed, H.A. Glick, L.J. Goldstein, J.M. Pines, J.A. Jackman, S. Suzuki, M.J. Styler, P.A. Crilley, T.R. Klumpp, K.F. Mangan, J.H. Glick, „Economic analysis of conventional-dose chemotherapy compared with high-dose chemotherapy plus autologous hematopoietic stem-cell transplantation for metastatic breast cancer", *Bone Marrow Transplant.*, luty 2003, 31(3):205-10.

72. M. Kaufman, *Washington Post*, 18 maja 2002, str. A01.

73. US Congressional House Subcommittee Oversight Investigation, *Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery*, Waszyngton, Government Printing Office, 1976; cytowane w: G.B. McClelland, Foundation for Chiropractic Education and Research. Testimony to the Department of Veterans Affairs' Chiropractic Advisory Committee, 25 marca 2003; http://www.fcer.org/html/Research/VAtestimony.htm.

74. L.L. Leape, „Unnecessary surgery", *Health Serv. Res.*, sierpień 1989, 24(3):351-407.

75. Testimony to the Department of Veterans Affairs' Chiropractic Advisory Committee; George B. McClelland, Foundation for Chiropractic Education and Research, 25 marca 2003; http://www.fcer.org/html/Research/VAtestimony.htm.

76. R.C. Coile jr, „Internet-driven surgery", *Russ Coiles Health Trends*, czerwiec 2003, 15(8):2-4.

77. V. Guarner, „Unnecessary operations in the exercise of surgery. A topic of our times with serious implications in medical ethics", *Gac. Med. Mex.*, marzec-kwiecień 2000, 136(2):183-8.

78. I.M. Rutkow, „Surgical operations in the United States: 1979 to 1984", *Surgery*, luty 1987, 101(2):192-200.

79. I.M. Rutkow, „Surgical operations in the United States. Then (1983) and now (1994)", *Arch. Surg.*, wrzesień 1997, 132(9):983-90.

80. M.U. Linnemann, H.H. Bulow, „Infections after insertion of epidural catheters", *Ugeskr. Laeger.*, 26 lipca 1993, 155(30):2350-2.

Na przełomie stycznia i lutego tego roku w kioskach „Ruchu" ukaże się pierwszy tom mojej książki

Odkryłem tajemnicę raka

W tomie tym znaleźć można między innym odpowiedzi na pytania: dlaczego człowiek powinien się modlić i w jaki sposób, jak wygląda elektromagnetyczna [EM] budowa człowieka, czym cechują się kościoły budowane w średniowieczu, jakie niezwykłe właściwości posiada zretuszowane zdjęcie Jezusa Chrystusa z Całunu Turyńskiego... i wiele innych równie ciekawych. Zawarte w niej niektóre sformułowania zostały użyte po raz pierwszy w historii ludzkości. Udzielam w niej szczegółowych, konkretnych i logicznych odpowiedzi na wiele pytań, które ludzkość zadaje sobie od wielu lat. Jest to książka do głębokich przemyśleń i ciekawych refleksji. Odwieczne PRAWDY przedstawione zostały w niej w nowoczesny sposób.

Tom drugi ukaże się jeszcze w tym roku w marcu.

Wszystkim czytelnikom *Nexusa* życzę dużo zdrowia w roku 2005.

Prof. dr Medycyny Alternatywnej
Zbigniew Wiśniewski

81. J.L. Seres, R.I. Newman, „Perspectives on surgical indications. Implications for controls", *Clin. J. Pain.*, czerwiec 1989, 5(2):131-6.

82. M.R. Chassin, J. Kosecoff, R.E. Park, C.M. Winslow, K.L. Kahn, N.J. Merrick, J. Keesey, A. Fink, D.H. Solomon, R.H. Brook, „Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures", *JAMA*, listopad 1987, 258(18):2533-7.

83. Office of Technology Assessment, U.S. Congress, *Assessing Efficacy and Safety of Medical Technology*, Waszyngton, 1978.

84. S.R. Tunis, H. Gelband, *Health Care Technology and Its Assessment in Eight Countries. Health Care Technology in the United States*, Office of Technology Assessment, 1995.

85. C. Zhan, M. Miller, „Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization", *JAMA*, 2003 290:1868-1874.

86. „Injuries in Hospitals Pose a Significant Threat to Patients and a Substantial Increase in Health Care Costs", *Press Relative*, październik 2003; Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville; http://www.ahrq.gov/news/press/pr2003/injurypr.htm.

87. S.N. Weingart, L.I. Iezzoni, „Looking for Medical Injuries Where the Light Is Bright", *JAMA*, 2003, 290:1917-1919.

88. B. MacMahon, „Prenatal X-ray Exposure and Childhood Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, 1962.

89. The Health Physics Society; http://hps.org/publicinformation/ate/q1084.html.

90. J.W. Gofman, *Radiation from Medical Procedures in the Pathogenesis of Cancer and Ischemic Heart Disease: Dose-Response Studies with Physicians per 100 000 Population 1999*, CNR Books.

91. J.W. Gofman, *Preventing Breast Cancer: The Story of a Major, Proven, Preventable Cause of This Disease*, CNR Books, 1996, II wydanie.

92. J.E. Sarno, *Healing Back Pain: The Mind Body Connection*, Warner Books, 1991.

93. A.L. Siu, F.A. Sonnenberg, W.G. Manning, G.A. Goldberg, E.S. Bloomfield, J.P. Newhouse, R.H. Brook, „Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans", *NEJM*, listopad 1986, 315(20):1259-66.

94. A.L. Siu, W.G. Manning, B. Benjamin, „Patient, provider and hospital characteristics associated with inappropriate hospitalization", *Am. J. Public Health*, październik 1990, 80(10):1253-6.

95. B.O. Eriksen, I.S. Kristiansen, E. Nord, J.F. Pape, S.M. Almdahl, A. Hensrud, S. Jaeger, „The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine", *J. Intern. Med.*, październik 1999, 246(4):379-87.

96. E. Showalter, *Hystories: Hysterical epidemics and Modern Media*, Columbia University Press, 1997.

97. A. Fough-Berman, *Reader's Companion to U.S. Women's History*, Houghton Mifflin; http://college.hmco.com/history/readerscomp/women/html/wh_001200_alternativeh.htm.

98. S.B. Thacker, D.F. Stroup, (CDC) Cochrane Database Syst Rev. 2001; Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor.

99. C. Cole, „Admission electronic fetal monitoring does not improve neonatal outcomes", *J. Fam. Pract.*, czerwiec 2003, 52(6):443-4.

100. „Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review", *JAMA*, sierpień 2002, 288(7):872-81, przegląd.

101. H.D. Nelson, „Assessing benefits and harms of hormone replacement therapy: clinical applications", *JAMA*, sierpień 2002.

102. S.W. Fletcher, G.A. Colditz, „Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention", *JAMA*, lipiec 2002, 288(3):366-8.

103. J.E. Rossouw, G.L. Anderson, R.L. Prentice, A.Z. LaCroix, C. Kooperberg, M.L. Stefanick, R.D. Jackson, S.A. Beresford, B.V. Howard, K.C. Johnson, J.M. Kotchen, J. Ockene, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, „Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial", *JAMA*, lipiec 2002, 288(3):321-33.

104. I.M. Rutkow, „Obstetric and gynecologic operations in the United States, 1979 to 1984", *Obstet. Gynecol.*, czerwiec 1986, 67(6):755-9.

105. *Family Practice News*, 15 lutego 1995, str. 29.

106. C. Sakala, „Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium", *Soc. Sci. Med.*, listopad 1993, 37(10):1177-1198.

107. M.A. VanHam, P.W. van Dongen, J. Mulder, „Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10-year period", *Eur. J. Obstet. Reprod. Biol.*, 1997, 74:1-6.

Od wydawcy:

Zainteresowani oryginalnym tekstem artykułu mogą uzyskać go odwiedzając stronę internetową http://www.nutritioninstituteofamerica.org. Inne artykuły dotyczące alternatywnych metod utrzymania zdrowia i żywienia można uzyskać odwiedzając bibliotekę na stronie internetowej Gary Nulla http://www.garynull.com.

ŚMIERĆ Z WINY MEDYCYNY

Zbędne zabiegi, którym poddawane są kobiety, oraz niedostateczna opieka nad starszymi ludźmi w domach starców są charakterystycznymi objawami wadliwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Część 3
(dokończenie)

Dr Carolyn Dean
Dr Martin Feldman
Dr Gary Null
Dr Debora Rosio

Copyright © 2003-2004

Nutrition Institute of America, Inc.

www.nutritioninstituteofamerica.org

Tytuł oryginalny: „Death by Medicine", (*Nexus*, vol. 12, nr 1)

NIGDY ZA DUŻO BADAŃ

Naukowcy chętnie stosowali wymówkę, że brak dostatecznej liczby badań potwierdzających szkodliwość DDT i innych niebezpiecznych pestycydów, aby zakazać ich używania. Identyczną wymówkę stosowali w przypadku tytoniu, utrzymując, że muszą przeprowadzić więcej badań, zanim będą mogli z całą pewnością stwierdzić, że palenie tytoniu powoduje raka płuc. Nawet AMA (American Medical Association – Amerykańskie Towarzystwo Medyczne) było współwinne opóźniania ogłoszenia wyników badań szkodliwości tytoniu. W roku 1964 raport naczelnego chirurga kraju potępił palenie, tymczasem AMA odmówiło mu poparcia. Czym się kierowali? Twierdzą, że potrzebowali więcej badań. W rzeczywistości tym, czego potrzebowali, były pieniądze, które dostali od firm tytoniowych. W ciągu następnych ośmiu lat AMA otrzymało od nich 18 milionów dolarów i przez cały ten czas milczało w kwestii zagrożeń wynikających z palenia tytoniu.[108]

„Po uważnym rozważeniu zakresu, w jakim papierosy były używane przez lekarzy w ich praktyce", *JAMA* zaczął w roku 1933 akceptować reklamy tytoniu. Stanowe magazyny, takie jak *New York State Journal of Medicine*, również zaczęły zamieszczać reklamy Chesterfieldów, utrzymując, że papierosy są „równie czyste jak woda, którą pijemy... i praktycznie nie dotykane przez ludzkie ręce". W roku 1948 magazyn *JAMA* przekonywał: „można by więcej powiedzieć na korzyść palenia jako formy ucieczki od napięć niż przeciwko niemu... nie wydaje się, by istniała przewaga danych przemawiających na rzecz porzucenia tytoniu jako substancji szkodliwej dla zdrowia człowieka".[109]

Obecnie naukowcy nadal posługują się wymówką w postaci konieczności przeprowadzenie szerszych badań, zanim wyrażą swoje poparcie dla zakazu nadmiernego stosowania leków.

PRZEGLĄD STATYSTYCZNYCH TABEL I LICZB

Niekorzystne reakcje uboczne leków

Badania Lazarou[1] bazowały na analizie statystycznej 33 milionów przyjęć do amerykańskich szpitali w roku 1994. Przeanalizowano szpitalne dane dotyczące przepisywanych leków. Liczba poważnych obrażeń z powodu przepisywanych leków wyniosła 2,2 miliona. 2,1 procenta hospitalizowanych pacjentów doświadczyło poważnych niekorzystnych reakcji na leki i 4,7 procenta spośród wszystkich przyjętych – przypadki śmiertelne wystąpiły u 0,19 procenta pacjentów hospitalizowanych i u 0,13 procenta przyjmowanych. Autorzy wyciągnęli wniosek, że rocznie dochodziło do 106 000 zgonów wskutek niekorzystnych efektów ubocznych na leki.

Skorzystaliśmy z analizy kosztów zawartej w przeprowadzonych w roku 2000 badaniach, zgodnie z którą wzrost kosztów hospitalizacji z racji niekorzystnych skutków ubocznych na leki wyniósł 5483 dolary na osobę, stąd w przypadku podanych w badaniach Lazarou 2,2 miliona pacjentów z poważnymi niekorzystnymi reakcjami na leki koszt ten wyraża się liczbą 12 miliardów dolarów.[1,49]

Poważne niekorzystne reakcje pojawiają się powszechnie już po zaaprobowaniu leku przez FDA. Szkodliwy wpływa na zdrowie nowych środków jest znany dopiero po wielu latach jego obecności na rynku.[110]

Odleżyny

Każdego roku w amerykańskich szpitalach z powodu odleżyn cierpi ponad milion ludzi. Jest to ogromny ciężar, zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin. Co więcej, jest to ciężar w postaci 55 miliardów dolarów ponoszonych przez opiekę zdrowotną.[7] Właściwa pielęgnacja chorych mogłaby zapobiec odleżynom. Jest prawdą, że 50 procent cierpiących na odleżyny mieści się w grupie wiekowej ponad 70 lat. W grupie starszych pacjentów z odleżynami ma miejsce czterokrotny przyrost śmiertelności. Śmiertelność szpitalna pacjentów z odleżynami waha się w granicach od 23 do 37 procent.[8] Nawet jeśli przyjmiemy tylko 50 procent ludzi w wieku ponad 70 lat z odleżynami i najniższy współczynnik śmiertelności w wysokości 23 procent, otrzymamy 115 000 zgonów spowodowanych przez odleżyny. Krytycy takiego poglądu powiedzą, że pacjentów zabiła choroba lub podeszły

wiek, a nie odleżyny. Uważamy jednak, że w sprawozdaniu należy uwzględnić przedwczesne zgony z powodu braku odpowiedniej opieki. Dopiero kiedy uwzględnimy te niepotrzebne zgony, możemy zająć się naprawą istniejącej sytuacji.

Niedożywienie w domach opieki

US General Accounting Office oskarża 20 procent z 17000 domów opieki (spokojnej starości) o wykroczenia, które miały miejsce między lipcem 2000 roku a styczniem 2002. Wiele z tych wykroczeń spowodowało poważne fizyczne szkody i zgony pensjonariuszy.[111]

Raport Narodowej Obywatelskiej Koalicji na rzecz Reformy Domów Opieki (The National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform) stwierdza, że co najmniej 1/3 spośród ogólnokrajowej liczby 1,6 miliona rezydentów domów opieki cierpi na niedożywienie i odwodnienie, co przyspiesza ich śmierć. Raport wzywa do zatrudnienia właściwego personelu, który powinien pomagać podczas posiłków pacjentom, którzy nie są w stanie sami sobie z nimi poradzić.[11] Trudno jest obliczyć śmiertelność z powodu niedożywienia i odwodnienia. Raport Koalicji stwierdza, że śmiertelność nie dożywianych rezydentów szpitali jest w porównaniu z dobrze odżywianymi, hospitalizowanymi rezydentami domów opieki pięciokrotnie większa. Jeśli więc weźmiemy 1/3 z 1,6 miliona rezydentów domów opieki, którzy są niedożywieni, i pomnożymy przez współczynnik śmiertelności w wysokości 20 procent[8,14], okaże się, że mamy do czynienia ze 108800 przypadków przedwczesnej śmierci w następstwie niedożywienia w domach opieki.

Poważne niekorzystne reakcje pojawiają się powszechnie już po zaaprobowaniu leku przez FDA.

Infekcje szpitalne

Liczba infekcji szpitalnych w przeliczeniu na 1000 dni na pacjenta wzrosła o 36 procent z 7,2 w roku 1975 do 9,8 w roku 1995. Sprawozdania z ponad 270 amerykańskich szpitali dowodzą, że liczba zakażeń szpitalnych utrzymywała się na tym samym poziomie w ciągu 20 lat przy około pięciu do sześciu zakażeniach szpitalnych przypadających na 100 przyjęć, co stanowi od 5 do 6 procent, jednak ze względu na malejący czas pobytu pacjentów w szpitalu i rosnącą liczbę przyjęć, rzeczywista liczba zakażeń szpitalnych wzrosła. Szacuje się, że w roku 1995 szpitalne zakażenia kosztowały 4,5 miliarda dolarów i przyczyniły się do 88000 zgonów – jeden zgon co 6 minut.[9] Śmiertelność z powodu zakażeń szpitalnych w roku 2003 jest prawdopodobnie wyższa niż w roku 1995 ze względu na znaczny przyrost odpornych na antybiotyki mikrobów. Raport o Zachorowalności i Śmiertelności podaje, że zakażenia szpitalne kosztowały w roku 1999 pięć miliardów dolarów[10], co stanowi wzrost o 0,5 procenta w ciągu czterech lat. Obecny koszt zakażeń szpitalnych wynosi około 5,5 miliarda dolarów rocznie.

Jatrogenia w przypadku pacjentów leczonych ambulatoryjnie

W opublikowanej w roku 2000 w magazynie *JAMA* pracy dr Barbara Starfield prezentuje dobrze udokumentowane szokujące, niepodważalne fakty.[12]

1. Stany Zjednoczone zajmują pod względem 16 wskaźników zdrowotności 12 miejsce na liście 13 krajów. Japonia, Szwecja i Kanada zajmują odpowiednio pierwsze, drugie i trzecie miejsce na tej liście.

2. Ponad 40 milionów obywateli USA nie ma ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Od 20 do 30 procent pacjentów otrzymuje niewłaściwe, wręcz niewskazane, dla nich leczenie.

Dr Starfield ostrzega, że jednym z powodów błędów medycznych jest nadużywanie techniki, co może być przyczyną „efektu kaskadowego" prowadzącego do wzrostu liczby zabiegów. Zaleca stosowanie zasad ICD (International Classification of Diseases – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób), która posiada następujące działy: „Leki oraz medyczne i biologiczne substancje stosowane w lecznictwie powodujące niekorzystne efekty uboczne" oraz „Komplikacje w chirurgii i medycynie" – które wprowadzono, aby pomóc lekarzom rozpoznać i oszacować skalę błędu medycznego. Dr Starfield twierdzi, że obecnie istnieje duże prawdopodobieństwo, iż zgon spowodowany błędem medycznym zostanie przypisany do innej przyczyny.

Wnioskuje, że w powodu treści naszej fatalnej karty chorobowej w porównaniu z jej odpowiednikiem obowiązującym w pozostałych krajach zachodnich powinniśmy zdać sobie sprawę, że szkodliwe efekty interwencji medycznych są przyczyną istotnej części występującego u nas nadmiaru zgonów.

Dr Starfield cytuje artykuł Weingarta z roku 2000 „Epidemiologia błędu medycznego" traktujący o jatrogenii pacjentów ambulatoryjnych, przy czym sam Weingart cytuje innych autorów i podaje dane statystyczne dowodzące, że od 4 do 18 procent kolejnych, leczonych ambulatoryjnie, pacjentów cierpi z powodu jatrogennego incydentu prowadzącego do:[112]

1. 116 milionów dodatkowych wizyt u lekarza;
2. 77 milionów dodatkowych recept;
3. 17 milionów wizyt pogotowia ratunkowego;
4. 8 milionów hospitalizacji;
5. 3 milionów długotrwałych przyjęć do szpitala;
6. 199 tysięcy dodatkowych zgonów;
7. 77 miliardów dolarów dodatkowych kosztów.

Niepotrzebne zabiegi chirurgiczne

Rocznie odnotowuje się 12000 zgonów w wyniku niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych, aczkolwiek wyniki kilku badań, których celem było oszacowanie niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych, sugerują, że w przypadku wysoce kontrowersyjnych operacji procent nieuzasadnionych zgonów może sięgać nawet 30 procent.[74]

TO PROBLEM GLOBALNY

Badania, których wyniki opublikowano w *Journal of Health Affairs*, dowodzą, że od 18 do 28 procent ludzi, którzy ostatnio chorowali, to ofiary medycznego lub farmaceutycznego błędu popełnionego w poprzednich dwóch latach. Badaniami objęto 750 ostatnio chorych dorosłych osób w pięciu różnych krajach. W rozbiciu na kraje przedstawia się to następująco: 18 procent w Wielkiej Brytanii, 25 procent w Kanadzie, po 23 procenty w Australii i Nowej Zelandii i najwięcej, bo 28 procent, w Stanach Zjednoczonych.[113]

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Najnowsze ustalenia Instytutu Medycyny mówią, że u 41 milionów Amerykanów nie posiadających ubezpieczenia zdrowotnego odnotowuje się systematyczne pogarszanie rezultatów leczenia niż u posiadających je i że występuje wśród nich znacznie większe ryzyko przedwczesnej śmierci.[114]

Oszustwo ubezpieczeniowe

Kiedy lekarze wystawiają rachunki za usługi, których nie wykonali, zalecając niepotrzebne testy lub sprawdzając każdego na możliwość wystąpienia rzadkich przypadków, popełniają oszustwo ubezpieczeniowe. US General Accounting Office podało w roku 1998 liczbę 12 miliardów dolarów jako straty poniesione w wyniku oszukańczych lub niepotrzebnych zabiegów, z czego w wyniku procesów sądowych udało się odzyskać 489 milionów. W roku 2001 rząd federalny wygrał i wynegocjował ponad 1,7 mi-

liarda dolarów w toku spraw sądowych, ugód i administracyjnych nakazów w przypadkach oszustw ubezpieczeniowych.[115]

SKŁADOWANIE NASZYCH STARUSZKÓW

Tym, co najbardziej pasuje na zakończenie tego raportu, jest podziękowanie naszym staruszkom. Moralną i etyczną wartość społeczeństwa można określić po tym, jak traktuje ono swoich najsłabszych, najbardziej bezbronnych członków. W niektórych kulturach honoruje się i darzy szacunkiem mądrość starszych i utrzymuje się ich w domu, co umożliwia im udział w życiu społeczeństwa, podczas gdy amerykańskie domy opieki, w których umierają miliony starszych ludzi, reprezentują szczytową formę odizolowania społecznego i nadużyć medycznych.

Ważne dane statystyczne dotyczące domów opieki

1. W Stanach Zjednoczonych w domach opieki stłoczonych jest jednocześnie około 1,6 miliona starszych ludzi. Do roku 2020 ta liczba wzrośnie do 6,6 miliona.[11,116]

2. 20 procent wszystkich zgonów z wszelkich możliwych przyczyn ma miejsce w domach opieki.[117]

3. Złamania stawu biodrowego są najczęstszą przyczyną pobytu w domach opieki.[118] Domy opieki są rezerwuarem odpornych na leki organizmów z powodu nadużywania antybiotyków.[119]

Prezentując 30 lipca 2001 roku sponsorowany przez siebie samego raport zatytułowany „Nadużycia wobec pensjonariuszy stanowią główny problem w domach opieki w USA", kongresman Waxman przypomniał, że „społeczeństwo będzie oceniane w zależności od tego, jak traktuje starszych". Raport ujawnia, że w 5283, czyli w około 1/3, spośród 17000 amerykańskich domów opieki w dwuletnim okresie prowadzenia badań od stycznia 1999 do stycznia 2001 roku wykryto liczne przypadki nadużyć.[116] Waxman powiada, że „ludzie, których obchodzimy, zasługują na coś lepszego", i stwierdza wyraźnie, że jest to jedynie wierzchołek góry lodowej, że ma miejsce znacznie większe ich upokarzanie, o którym nie wiemy lub które ignorujemy.[116a]

„Nadużycia wobec pensjonariuszy stanowią główny problem w domach opieki w USA".

Oto główne ustalenia raportu „Nadużycia wobec pensjonariuszy stanowią główny problem w domach opieki w USA":

1. Ponad 30 procent wszystkich domów opieki w Stanach Zjednoczonych zostało przyłapanych na nadużyciach, których było ogółem ponad 9000.

2. W 10 procentach domów opieki wykryto nadużycia, które spowodowały fizyczne uszkodzenia rezydentów, a czasami ich skutki były jeszcze gorsze.

3. Ponad 40 procent lub inaczej 3800 nadużyć wykryto dopiero po oficjalnym zgłoszeniu skarg, zazwyczaj przez zaniepokojone rodziny pensjonariuszy.

4. Wykryto wiele nadużyć werbalnych (ubliżanie).

5. Wystąpiły przypadki seksualnego wykorzystywania.

6. Wystąpiły przypadki fizycznego znęcania się powodujące liczne urazy, takie jak złamanie kości udowej, stawu biodrowego, łokcia, nadgarstka i inne uszkodzenia ciała.

W wyniku niebezpiecznego niedoboru personelu domy opieki charakteryzują się zaniedbaniami, wykorzystywaniem, przedawkowywaniem lekarstw i fizycznymi ograniczeniami. W roku 1990 Kongres zlecił szczegółowe zbadanie relacji na linii pielęgniarka-pacjent w domach opieki. Ostatecznie badania te rozpoczęły się w roku 1998 i trwały przez cztery lata.[120] Komentując ich wyniki, rzecznik Narodowej Obywatelskiej Koalicji na rzecz Reformy Domów Opieki (The National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform) powiedział: „Sporządzono dwa raporty, każdy składający się z trzech tomów, dokładnie dokumentujące liczbę godzin opieki, jaką rezydenci muszą otrzymywać od pielęgniarek i ich pomocnic, aby uniknąć bolesnych, a nawet niebezpiecznych, stanów, takich jak odleżyny i infekcje. Natomiast Departamentowi Zdrowia i Usług oraz sekretarzowi Tommy'emu Thompsonowi wystarczyły zaledwie cztery miesiące na to, aby całkowicie odrzucić raport jako «niewystarczający»".[121]

Odleżyny występują trzykrotnie częściej w domach opieki niż na oddziałach intensywnej terapii oraz w szpitalach dla weteranów.[122] Wiemy, że przy właściwej opiece pielęgniarskiej odleżynom można zapobiec. Odkrycie, że właściwa opieka nad ludźmi z odleżynami wymaga odpowiedniego personelu, nie powinno zajmować komuś aż czterech lat, i mimo bardzo pilnej potrzeby zatrudnienia takiego personelu w domach opieki, gdzie mógłby on rozwiązać wiele problemów, ciągle słyszymy znaną nam już śpiewkę „za mało badań", która służy do zyskiwania na czasie tym, którzy są za wszystko odpowiedzialni, oraz pozwala odsunąć na bok kolejny, tlący się nieprzerwanie, kryzys na czas nieokreślony.

Ponieważ wielu pacjentów domów opieki cierpi z racji chronicznych, osłabiających dolegliwości, podawana przyczyna ich zgonu jest zwykle akceptowana przez lekarzy. Są badania, które dowodzą, że 50 procent zgonów spowodowanych ograniczeniami, upadkami, samobójstwami, zabójstwami i zadławieniami w domach opieki może być ukrywane.[123,124] Jest całkiem możliwe, że zamiast wyżej wymienionym przyczynom wiele zgonów w domach opieki jest przypisywanych zawałowi serca, który do czasu ukazania się naszego raportu traktowano jako przyczynę numer jeden wszystkich zgonów. Okazuje się, że ilość przypadków zawału serca w całym społeczeństwie może być w rzeczywistości wyolbrzymiona o 7,9 do 24,3 procenta jako przyczyna śmierci podawana w świadectwie zgonu. W przypadku osób w podeszłym wieku przesada w przypisywaniu zawałowi serca przyczyny śmierci jest dwukrotna.[125]

Kiedy wyjaśnialiśmy źródła jatrogenii w domach opieki, niektórzy krytycy zadawali nam pytanie: „Jak zaawansowane były zagrażające życiu tych ludzi w podeszłym wieku choroby, które i tak doprowadziłyby do ich przedwczesnej śmierci?" Nasza odpowiedź brzmi, że jeśli ktoś bliski umiera o dzień, tydzień, rok, dekadę lub dwie wcześniej za sprawą jakiegoś nieszczęśliwego medycznego wypadku, to nadal jest to przedwczesny jatrogenny zgon. Z legalistycznego punktu widzenia przywiązuje się większą wagę do utraty wielu potencjalnie możliwych do przeżycia lat niż kilku dodatkowych tygodni, niemniej nie powinno się do tego oceniać w kategoriach etycznych lub moralnych.

Fakt, że jest bardzo niewiele danych statystycznych dotyczących niedożywienia w szpitalach o intensywnej opiece oraz w domach opieki, dowodzi braku zainteresowania tym zagadnieniem. Poszukiwania w literaturze prowadzą do odkrycia, że jest bardzo

Profesjonalne Świece Hopi Zapper

Studio

Studio 7, Słubica Dobra 2
96-321 Żabia Wola, tel. ***0602 623301***

niewiele amerykańskich badań w tym zakresie. Można w niej znaleźć jedynie zagraniczne badania, przeprowadzone na przykład we Włoszech, Hiszpanii i Brazylii. Jest jednak jedno bardzo odkrywcze amerykańskie studium obejmujące 837 pacjentów w stułóżkowym szpitalu o umiarkowanie intensywnej opiece prowadzone przez okres 14 miesięcy, które dotyczyło żywienia. Okazało się że jedynie 8 procent pacjentów było właściwie odżywianych. Niemal 1/3 (29%) była niedożywiona, a prawie 2/3 (63%) były w stanie bliskim wycieńczenia. W następstwie tych niedostatków 25 procent nie dożywianych pacjentów wymagało przeniesienia do szpitali o intensywnej opiece, w porównaniu do 11 procent dobrze odżywionych pacjentów. Autorzy wyciągnęli wniosek, że niedożywienie osiągnęło pozom epidemiczny wśród pacjentów przyjmowanych do wspomnianej jednostki o umiarkowanie intensywnej opiece.[126]

Wiele badań konkluduje, że fizyczne ograniczenia są bagatelizowaną i możliwą do uniknięcia przyczyną zgonów. Podczas gdy administratorzy upierają się, że muszą stosować ograniczenia swobody pensjonariuszy, aby zapobiec upadkom, w rzeczywistości powoduje to więcej uszkodzeń i zgonów, ponieważ ludzie w sposób naturalny walczą przeciwko takiemu ograniczeniu. Badania dowodzą, że w porównaniu z brakiem ograniczeń ograniczenia niosą ze sobą znacznie większe obciążenia moralne i ekonomiczne.[127-129] Jak wynika z badań, fizyczne ograniczenia swobody, w tym ogrodzenia zabezpieczające łóżko, są w domach opieki przyczyną co najmniej 1 zgonu na 1000.[130-132]

Przyczyny śmierci w postaci niedożywienia, odwodnienia i fizycznych ograniczeń rzadko bywają jednak uwidaczniane w aktach zgonu. Badania dowodzą, że prawie połowa przyczyn śmierci wypisywanych w aktach zgonu osób starszych z chronicznym lub wieloukładowym schorzeniem jest nieadekwatna do rzeczywistej przyczyny.[133] Mimo iż 1 na 5 ludzi umiera w domu opieki, świadectwa zgonów wykazują, że tylko w 0,8 procenta przeprowadzane są autopsje.[134] Tak więc nie ma sposobu na poznanie prawdziwych przyczyn zgonów.

Badania dowodzą, że prawie połowa przyczyn śmierci wypisywanych w aktach zgonu osób starszych z chronicznym lub wieloukładowym schorzeniem jest nieadekwatna do rzeczywistej przyczyny.

Nadmierne faszerowanie seniorów lekami

Mimo iż Ośrodki Kontroli Chorób (Centers for Disease Control; w skrócie CDC) dążą do zmniejszenia liczby przepisywanych dzieciom leków, badania z roku 2003 dowiodły, że starszemu pokoleniu przepisuje się nadmierną ilość leków. Dr Robert Epstein, główny lekarz Medco Health Solutions, Inc. (oddział Merck & Co.), dowiódł w trakcie przeprowadzonych badań w sprawie trendów w stosowaniu leków[135], że seniorzy uczęszczają do różnych lekarzy i uzyskują od nich wiele recept, które realizują. Medco nadzoruje plany zasiłków na leki dla ponad 60 milionów Amerykanów, w tym dla 6,3 miliona seniorów, którzy uzyskali ponad 160 milionów recept. Według tych badań przeciętny senior otrzymuje 25 recept rocznie. Wśród tych 6,3 miliona seniorów odnotowano 7,9 miliona alertów lekowych (wezwań pogotowia) – mniej niż połowa tej liczby, 3,4 miliona, wystąpiła w roku 1999. W około 2,2 miliona tych alertów chodziło o klinicznie niewłaściwe leki przyjmowane przez seniorów. Przedstawiciele Agencji Reutera przeprowadzili wywiad z Kaseyem Thompsonem, dyrektorem Ośrodka Bezpieczeństwa Pacjentów (Center on Patient Safety) w Amerykańskim Towarzystwie Farmaceutów Systemu Zdrowotnego (American Society of Health System Pharmacists), który oświadczył: „Istnieją poważne kłopoty z mierną kontynuacją opieki w Stanach Zjednoczonych". Twierdzi ponadto, że badania ukazują zaledwie „wierzchołek góry lodowej" tego ogólnonarodowego problemu.

Według Trendów Korzyści Lekowych (Drug Benefit Trends) średnia liczba recept przepisywanych rocznie na osobę nie będącą członkiem Medicare HMO (rządowy program opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku) wzrosła w latach 1999-2000 o 5,6 procenta z 7,1 recepty do 7,5 recepty. Z kolei średnia liczba recept przepisywanych dla członków Medicare wzrosła z 18,1 do 19,1 recepty.[136] W roku 2000 wypisano 2,98 miliarda recept, co daje średnio 10,4 recepty na osobę rocznie.[137]

Badania 818 rezydentów zakładów opieki dla osób starszych wykazały, że 94 procenty otrzymywały, w czasie gdy przeprowadzano wywiad, co najmniej jeden lek. Średnia liczba leków na rezydenta wynosiła 5, przy czym autorzy badań podają, że wiele z nich było podawanych bez udokumentowanych diagnoz uzasadniających ich stosowanie.[138]

Niestety, seniorzy i takie grupy, jak Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (American Association for Retired Persons; w skrócie AARP) wydają się być uzależnieni od przepisywanych leków i żądają, by przywilej ich dotowania stanowił ich podstawowe uprawnienie.[139] Zaakceptowali nadrzędne założenie medycyny alopatycznej mówiące, że starzeniu się i umieraniu w amerykańskich domach opieki musi towarzyszyć przyjmowanie leków, a w ostateczności hospitalizacja ze sztucznym podtrzymywaniem funkcji organizmu. Zamiast zdecydować się na leki i dietetyczny sposób życia seniorom daje się możliwość wyboru między kosztownymi lekami specjalistycznymi a tanimi lekami ogólnego działania. Firmy farmaceutyczne starają się utrzymać najdroższe leki na półkach i ograniczyć dostęp do pospolitych leków, i to mimo ostrych kar liczonych w milionach dolarów nakładanych na nie przez rząd.[140,141] W roku 2000 kilka największych firm farmaceutycznych, w tym Roche, zostało ukaranych sumą 871 milionów dolarów za knowania zmierzające do podniesienia cen witamin.[142]

Lepiej byłoby, gdyby AARP zaangażowało się bardziej w zapobieganie chorobom i nie polegało tak bardzo na lekach. Obecne zalecenia AARP w sprawie diety i odżywiania zakładają, że seniorzy w ramach przeciętnej diety mają otrzymywać wszystkie składniki odżywcze, jakich potrzebują. W najlepszym wypadku sugeruje dodatkowe uzupełnianie ich diety wapniem i multiwitaminami lub solami mineralnymi.[143] To za mało i w naszym następnym raporcie pokażemy, jak prowadzić zdrowszy typ życia bez zbędnych interwencji medycznych.

Z tym samym należałoby również zwrócić się do Towarzystwa Hemlock, które proponuje dla chronicznie chorych, zwłaszcza cierpiących na nie ustający ból, eutanazję. A co jeśli te chroniczne choroby są następstwem określonego stylu życia, w rezultacie którego organizmowi brakuje odpowiednich składników odżywczych, należytej opieki, także medycznej, a nawet miłości? To pytanie jest fundamentalne w przypadku depresji lub bólu. Zanim zaproponujemy odebranie komuś życia, musimy najpierw uzdrowić te sprawy.

Przyjrzyjmy się również ironii wynikającej z niedostatecznego zakresu stosowania właściwych środków uśmierzających ból u pacjentów rzeczywiście ich potrzebujących. Jako przykład niech posłużą badania dotyczące uśmierzania bólu w grupie 13 625 pacjentów cierpiących na raka w wieku 65 lat i starszych mieszkających w domach opieki. Ogólnie prawie 30 procent, to znaczy 4003, pacjentów uskarżało się na bóle, z których ponad 25 procent nie dostawało żadnych leków uśmierzających, 16 procent otrzymywało je na określonym przez WHO poziomie pierwszym w postaci jednej pastylki (łagodnego środka znoszącego ból), 32 procenty – na poziomie drugim WHO w postaci dwóch pastylek (umiarko-

wanego środka znoszącego ból) i tylko 26 procent otrzymywało adekwatną pomoc, to znaczy niwelującą ból morfinę. Autorzy badań podają, że starsi pacjenci oraz wywodzący się z mniejszości narodowych najczęściej nie dostawali żadnych środków uśmierzających ból.[144].

Nadszedł czas, aby ustanowić standard opieki nad najsłabszymi z nas, standard wykraczający poza upewnienie się, że mają gdzie mieszkać, co jeść, i nie są otwarcie poniżani. Powinniśmy przestać oglądać się za siebie i musimy jako społeczeństwo poczuć się odpowiedzialni za sposób, w jaki traktujemy tych, którzy nie są w stanie zadbać o siebie samych.

CO POZOSTAŁO JESZCZE DO UJAWNIENIA

Będziemy kontynuowali nasze badania, aby określić zachorowalność, śmiertelność i straty finansowe wynikające z:

1. Wystawienia na działanie promieni rentgenowskich w następstwie rentgenoskopii, mammografii i tomografii komputerowej.
2. Nadużywania antybiotyków we wszystkich okolicznościach.
3. Stosowania rakotwórczych leków – zastępczej terapii hormonalnej, środków immunosupresyjnych, leków przepisywanych na receptę.
4. Chemioterapii w przypadkach raka – jeśli nie przedłuża ona życia, to czy go aby nie skraca?
5. Chirurgii i zbytecznej chirurgii – cięć cesarskich, radykalnego wycięcia sutka (mastektomii), zapobiegawczej mastektomii, radykalnego wycięcia macicy (histerektomii), wycięcia stercza (prostatektomii), wycięcia pęcherzyka żółciowego, chirurgii kosmetycznej, wziernikowania stawu (artroskopii) etc.
6. Zdyskredytowanych zabiegów i kuracji medycznych.
7. Nie sprawdzonych terapii medycznych.
8. Chirurgii ambulatoryjnej.
9. Samych lekarzy – wygląda na to, że kiedy lekarze strajkują, śmiertelność maleje.

Część naszych będących w toku badań będzie poświęcona kwantyfikacji śmiertelności i zachorowalności spowodowanych hormonalną terapią zastępczą (HRT) od połowy lat czterdziestych XX wieku. W grudniu 2000 roku naukowe gremium doradcze rządu zaleciło wpisanie syntetycznego estrogenu na listę środków rakotwórczych. HRT, zarówno przy zastosowaniu syntetycznego estrogenu, jak i w kombinacji z syntetycznym progesteronem, jest stosowana, jak się szacuje, przez 13,5-16 milionów kobiet w samych tylko Stanach Zjednoczonych.[145] Zarzucone badania pod nazwą Inicjatywa Badań w sprawie Zdrowia Kobiet (Women's Health Initiative Study; w skrócie WHI) z roku 2002 wykazały, że u kobiet przyjmujących syntetyczny estrogen w połączeniu z syntetycznym progesteronem występuje większa częstotliwość raka jajników, piersi, udarów i choroby serca, a także nieznaczne oznaki zmniejszenia zrzeszotnienia kości (osteoporozy) lub zmniejszenia otępienia (demencji). Badacze WHI, którzy zwykle nie zalecają nic innego ponad dalsze badania, sugerują lekarzom bardzo ostrożne przepisywanie swoim pacjentkom HRT.[100,146-150]

W sierpniu 2003 roku w magazynie *Lancet* opublikowano rezultaty „Studium Miliona Kobiet" w sprawie HRT i raka piersi przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii. Główna autorka, profesor Valerie Beral, dyrektorka Brytyjskiego Epidemiologicznego Oddziału Badań Raka (Cancer Research UK Epidemiology Unit), jest bardzo otwarta w sprawie uszkodzeń powodowanych przez HRT i oświadczyła: „Szacujemy, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia stosowanie HRT przez Brytyjki w wieku 50-64 lat zaowocowało 20000 dodatkowych przypadków raka piersi i winą za 15000 spośród nich obarczamy kurację estrogenowo-progesteronową".[151] Niestety, nie jesteśmy w stanie uzyskać danych statystycznych dotyczących raka piersi, udaru, raka macicy lub choroby serca wynikających ze stosowania HRT przez Amerykanki. Ludność Stanów Zjednoczonych jest w przybliżeniu sześciokrotnie liczebniejsza od ludności Wielkiej Brytanii, co oznacza, że w ostatnim dziesięcioleciu mogło być około 120000 przypadków raka piersi spowodowanych hormonalną terapią zastępczą.

WNIOSKI

Kiedy zabójcą numer jeden w społeczeństwie jest jego system opieki zdrowotnej, oznacza to, że system ten nie ma żadnego usprawiedliwienia poza swoimi własnymi wadami. Jest to system, który nie zdał egzaminu i jest konieczne natychmiastowe zajęcie się nim. To, co nakreśliliśmy w tym opracowaniu, to rażące aspekty naszego współczesnego systemu medycznego, który należy zmienić i to od podstaw.■

ZAŁĄCZNIK

BIURO OCEN TECHNOLOGII STANÓW ZJEDNOCZONYCH

Technologia ochrony zdrowia i jej ocena w ośmiu krajach, 1995

Dane ogólne

1. W roku 1990 długość życia w USA wynosiła wśród mężczyzn 71,8 lat, a wśród kobiet 78,8 lat, co plasuje je w najniższym przedziale pośród krajów rozwiniętych.
2. W roku 1990 śmiertelność noworodków wynosiła 9,2 na 1000 żywych porodów i mieści się w dolnej połowie wśród krajów rozwiniętych.
3. Stan zdrowia koreluje ze statusem społeczno-ekonomicznym.
4. Opieka zdrowotna nie ma charakteru uniwersalnego.
5. Opieka zdrowotna opiera się na systemie wolnorynkowym bez określonego budżetu lub ograniczeń co do ekspansji.
6. Opieka zdrowotna pochłania 14 procent PKB Stanów Zjednoczonych, który w roku 1993 wyniósł ponad 800 miliardów dolarów.
7. Rząd federalny nie opracowuje centralnych planów i jest głównym nabywcą usług z zakresu opieki zdrowotnej dla ludzi w podeszłym wieku i części biedoty.
8. Amerykanie są mniej zadowoleni ze swojego systemu ochrony zdrowia niż ludzie w innych rozwiniętych krajach.
9. Medycyna w Stanach Zjednoczonych specjalizuje się w drogich metodach leczenia. Niektóre z większych amerykańskich miast mają więcej skanerów rezonansu magnetycznego niż większość pozostałych krajów.
10. Ten „technologiczny wyścig" napędzają ogromne publiczne i prywatne inwestycje w medyczne badania i rozwój farmacji.
11. Wszelkie wysiłki zmierzające do ograniczenia technologicznych opracowań w ochronie zdrowia napotykają na opór twórców polityki, którzy obawiają się ujemnego wpływu na przemysł medycznych technologii.

Szpitale

12. W roku 1990 było 5480 szpitali ścisłej opieki, 880 szpitali specjalistycznych (psychiatrycznych, długotrwałej opieki, rehabilitacyjnych) i 340 szpitali federalnych (wojskowych, dla weteranów oraz

KSYLITOL!
Naturalny słodzik zdrowotny
(opisany w 28 (2/2003) numerze „Nexusa")
Kraj pochodzenia: Finlandia
Dopuszczony do obrotu przez Sanepid
oferuje:
GAJA Produkty Naturalne
ul. Francuska 3a/2
03-906 Warszawa
tel: **022-617 84 91**
e-mail: **el-kos@wp.pl**

dla rdzennych Amerykanów (Indian)), co oznacza 2,7 szpitala na 100 000 mieszkańców.

13. W roku 1990 przeciętna długość przebywania w szpitalu przy 33 milionach przyjęć rocznie wynosiła 9,2 dnia. Współczynnik zajętości łóżek wyniósł 66 procent. Czas przebywania w szpitalu był krótszy a liczba przyjęć niższa niż w innych krajach.

14. W roku 1990 było 615 000 lekarzy, czyli 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców, z czego 33 procenty to lekarze pierwszego kontaktu (lekarze rodzinni, interniści i pediatrzy), zaś 67 procent to lekarze specjaliści.

15. W roku 1991 wydatki rządu na ochronę zdrowia wyniosły 81 miliardów dolarów.

16. Ogólna suma wydatków na ochronę zdrowia w roku 1991 wyniosła 752 miliardy dolarów, podczas gdy w roku 1950 było to 70 miliardów. Wydatki w przeliczeniu na głowę wzrosły pięciokrotnie.

17. Powody wzrostu nakładów na ochronę zdrowia były następujące:

a) wysoki koszt medycyny defensywnej przy eskalacji usług wyłącznie po to, by uniknąć procesów sądowych z powodu nadużyć;

b) według danych źródłowych opieka zdrowotna w USA bazująca na medycynie defensywnej kosztuje blisko 45 miliardów dolarów rocznie, czyli około 5 procent wszystkich wydatków na ochronę zdrowia.

c) zdaniem wielu analityków na wzrost wydatków na ochronę zdrowia złożyły się głównie dostępność i stosowanie nowych technik medycznych. OTA przyznaje, że określenie tych kosztów jest niemożliwe.

18. Dążenia rządu do przejęcia kontroli nad ochroną zdrowia zawiodły z powodu:

a) bodźców rynkowych i ukierunkowania na zysk w finansowaniu i organizacji opieki zdrowotnej, w tym prywatnego system ubezpieczeń, szpitalnictwa, usług lekarskich oraz przemysłu farmaceutycznego i sprzętu medycznego;

b) ekspansji, która jest celem wolnej przedsiębiorczości.

Związane z ochroną zdrowia badania i rozwój

19. Stany Zjednoczone wydają więcej niż jakikolwiek inny kraj na badania i rozwój.

20. Rząd federalny wydał na ten cel w roku 1989 9,2 miliarda dolarów, zaś różne gałęzie przemysłu dodatkowo 9,4 miliarda dolarów.

21. W latach 1983-1992 nastąpił wzrost o 50 procent ogólnych wydatków na badania i rozwój.

22. NIH (National Institutes of Health – Narodowe Instytuty Zdrowia) otrzymują blisko połowę funduszy państwowych.

23. NIH wydają więcej na badania podstawowe (4,1 miliarda dolarów w roku 1989) niż na kliniczne badania terapii medycznych na ludziach (519 milionów w roku 1989).

24. Większość prób dotyczy nowych metod leczenia raka i nowych metod leczenia komplikacji spowodowanych przez AIDS, jednocześnie nie prowadzi się badań istniejących metod, mimo iż efektywność wielu z nich wciąż nie jest znana i budzi wątpliwości.

25. W roku 1990 NIH rozpoczęły metaanalizę i analizę kosztów i efektywności.

Przemysł farmaceutyczny i sprzętu medycznego

26. Około 2/3 budżetu przemysłu wynoszącego 9,4 miliarda dolarów wydano na badania leków, a pozostałą jedną 1/3 wydali producenci sprzętu.

27. Niezależnie od wydatków na badania i rozwój przemysł medyczny wydał dodatkowo 24 procenty ogólnej wartości sprzedaży na promocję swoich wyrobów, a jedynie 15 procent na rozwój.

28. Ogólne wydatki na promocję przekroczyły w roku 1990 pięć miliardów dolarów.

29. Wiele wytworów nie daje nic ponad to, co już istnieje.

30. Te wytwory kupują publiczni i prywatni konsumenci usług opieki zdrowotnej.

31. Jeśli wydatki na opiekę zdrowotną są postrzegane jako problem, to wysoce dochodowy przemysł farmaceutyczny zaognia go jeszcze bardziej.

Kontrola technologii opieki zdrowotnej

32. FDA pilnuje, aby leki, środki pochodzenia biologicznego i sprzęt medyczny były nieszkodliwe i skuteczne.

33. FDA nie bierze pod uwagę kosztów terapii.

34. FDA nie bierze pod uwagę efektywności terapii.

35. FDA nie porównuje nowych produktów ze znajdującymi się na rynku.

36. FDA nie bierze pod uwagę alternatywnych środków, nie będących farmaceutykami, w odniesieniu do konkretnego problemu klinicznego.

37. Opracowanie nowego leku i wprowadzenie go na rynek kosztuje 200 milionów dolarów. Grupa interesów związana z lekami na AIDS przeforsowała uproszczony proces przyspieszający zatwierdzanie leków.

38. Takie leki powinny być poddawane dokładniejszemu procesowi badań po aprobacie, ale do roku 1995 ta zasada nie weszła w życie.

39. Wiele osób przekonuje, że zmniejszenie wymagań w fazie przed aprobatą leku stwarza możliwość wystąpienia nie wykrytej, poważnej toksyczności.

Ocena technologii stosowanych w opiece zdrowotnej

40. Niepowodzenia w ocenie technologii stały się tematem raportu OTA z roku 1978, który przytacza wiele przykładów pospolitych praktyk medycznych, które mają niedostateczne oparcie w opublikowanych danych (10-20%).

41. W roku 1978 kongres powołał Narodowy Ośrodek Technologii Ochrony Zdrowia (National Center for Health Care Technology; w skrócie NCHCT), który miał doradzać Medicare i Medicaid (rządowe instytucje zajmujące się refundowaniem kosztów leczenia ludziom, których nie stać na ich pokrycie).

42. Z rocznym budżetem w wysokości 4 milionów dolarów NCHCT opublikował trzy szeroko zakrojone oceny najnowszych technologii i opracował około 75 rekomendacji dla Medicare.

43. NCHCT został rozwiązany przez kongres w roku 1981 stając się ofiarą gry politycznej. Środowisko medyczne było przeciwne jego istnieniu od samego początku. Przedstawiciele Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego zeznali w roku 1981 przed kongresem, że „analiza polityki klinicznej i oceny są lepiej wykonywane – i to odpowiedzialnie – przez samą społeczność medyczną. Zarówno ryzyko i koszty związane z oceną, jak i korzyści z niej płynące, znajdowały się w centrum solidnej medycznej oceny od dziesiątków lat".

44. Rządowemu nadzorowi poprzez NCHCT sprzeciwiało się również lobby sprzętu medycznego.

Przykłady braku właściwego zarządzania opieką zdrowotną

I. Metody leczenia w przypadku choroby arterii wieńcowej

45. Od początku lat 70-tych [XX wieku] gwałtownie wzrosła bez jakichkolwiek zaleceń rządowych i prób klinicznych liczba zabiegów chirurgicznych przepływu omijającego wieńcowego (CABGS).

46. Plastykę naczynia (angioplastyka) w przypadkach choroby pojedynczego naczynia wprowadzono w roku 1978. Pierwszą opisaną próbę plastyki naczynia, zamiast tradycyjnego leczenia, przeprowadzono w roku 1992.

47. Plastyka naczynia nie zmniejszyła, jak oczekiwano, liczby CABGS (operacje przepływu omijającego wieńcowego).

48. Liczba obu zabiegów rośnie co roku wraz ze starzeniem się pokolenia pacjentów, które staje się bardziej schorowane.

49. Liczba tych zabiegów jest większa wśród białych pacjentów, zwłaszcza tych, którzy są ubezpieczeni prywatnie, poza tym występuje ich duże zróżnicowanie w zależności od regionu geograficznego. To oznacza, że o wykonywaniu tych zabiegów nie decydują względy kliniczne.

50. W czasie sporządzania tego raportu w roku 1995 program NIH nie uwzględniał zabiegów CABGS przeprowadzanych przed rokiem 1980 oraz w ogóle nie brał pod uwagę plastyki naczynia.

51. Badacze RAND ocenili CABGS w Nowym Jorku w roku 1990. Przejrzeli 1300 zabiegów i ustalili, że niewłaściwych były 2 procenty, właściwych 90 procent i 7 procent niepewnych. Jeśli chodzi o ocenę 1300 zabiegów plastyki naczynia, niewłaściwych były 4 procenty i 38 procent niepewnych. Oceniając te same kliniczne przypadki i posługując się metodologią RAND, zespół brytyjskich lekarzy oszacował dwukrotnie więcej zabiegów jako niewłaściwe niż zespół amerykański. Liczby z Nowego Jorku są niereprezentatywne, ponieważ stan Nowy Jork ogranicza liczbę ośrodków chirurgicznych oraz chirurgów serca, których w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest w Nowym Jorku o połowę mniej od średniej krajowej.

52. Szacowany koszt pięcioletniego okresu stosowania plastyki naczynia wynosi 33 000 dolarów a CABGS – 40 000 dolarów. Stąd widać, że plastyka naczynia nie obniżyła kosztów, głównie ze względu na jej wysoką zawodność.

II. Tomografia komputerowa (CT)

53. Pierwszy aparat do tomografii komputerowej (CT) zainstalowano w USA w Klinice Mayo w roku 1973. W roku 1992 było już 6060 czynnych skanerów CT. Dla porównania można dodać, że w roku 1993 w Kanadzie było 216 takich urządzeń.

54. Jak dotąd jest niewiele danych na temat stopnia, w jakim tomografia komputerowa poprawia wyniki leczenia lub wpływa na pacjenta.

55. W niektórych szpitalach do 90 procent wykonanych tomografii było negatywnych.

56. Nie było wymogu aprobaty FDA na stosowanie tomografów komputerowych. Nie wymagano też danych na temat ich nieszkodliwości i skuteczności.

III. Skanery rezonansu magnetycznego (MRI)

57. Pierwsze urządzenie MRI wprowadzono w roku 1978 w Wielkiej Brytanii, a w USA w roku 1980. W roku 1988 było ich już 1230, zaś w roku 1992 od 2800 do 3000.

58. Opublikowany w roku 1994 przegląd literatury wymienia niespełna 30 prac spośród 5000, które porównywały dokładność diagnostyki i dobór terapii.

59. Amerykańskie Kolegium Chirurgów (American College of Physicians) oceniło badania MRI i określiło 13 spośród 17 prób jako „słabe", co oznacza brak jakichkolwiek badań wpływu MRI na wynik terapii i ostateczny stan pacjentów.

60. OAT wnioskuje, że „jest oczywiste, iż szpitale, lekarze przedsiębiorcy oraz producenci urządzeń medycznych potraktowali skanery MRI i CT jako artykuł stwarzający możliwość osiągnięcia dużego zysku, w związku z czym stosowanie tych urządzeń pozostaje pod silnym wpływem takiego podejścia. Zastosowania kliniczne, właściwe różnicowanie pacjentów i dostosowanie dostaw do właściwego zapotrzebowania zeszły na drugi plan".

IV. Chirurgia laparoskopowa

61. Laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego zostało wprowadzone podczas zawodowego spotkania towarzystwa chirurgicznego, które odbyło się po koniec roku 1989. W roku 1992, trzy lata po jego wprowadzeniu, 85 procent wszystkich operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego wykonywano za pomocą laparoskopii.

62. To pociągnęło za sobą wzrost liczby usunięć pęcherzyka żółciowego o 30 procent.

63. Ze względu na wzrost liczby operacji pęcherzyka żółciowego w latach 1989-1992 ogólny ich koszt wzrósł o 11,4 procenta i to pomimo spadku średniego kosztu operacji o 25,1 procenta.

64. Śmiertelność w następstwie operacji pęcherzyka żółciowego nie spadła z powodu zmniejszenia ryzyka, bowiem wzrosła liczba wykonywanych operacji.

65. Kiedy w końcu zbadano zakończone przypadki, okazało się, że laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego wiąże się z krótszym pobytem pacjenta w szpitalu, zmniejszeniem bólu i krótszym czasem ograniczonej aktywności, ale jednocześnie wystąpiło zwiększenie liczby uszkodzeń głównych dróg żółciowych i naczyń krwionośnych, co zrodziło przypuszczenie, że te uszkodzenia mają charakter poważniejszy w przypadku pacjentów z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, jednak wciąż brak prób klinicznych zmierzających do wyjaśnienia tego aspektu.

66. Podsycane odpowiednią reklamą w mediach żądania pacjentów stanowiły główny czynnik promujący gwałtowne przyjęcie się tej metody operacyjnej.

67. Film wideo, który wprowadził tę metodę w roku 1989, został wyprodukowany przez głównego producenta aparatury laparoskopowej.

68. Przed dopuszczeniem lekarzy do wykonywania operacji na pacjentach poddano ich dwudniowemu szkoleniu.

Śmiertelność niemowląt

69. W roku 1990 Stany Zjednoczone znalazły się pod względem śmiertelności noworodków na 24 miejscu wśród 39 rozwiniętych krajów ze wskaźnikiem śmiertelności wynoszącym 9,2 na 1000 żywych porodów.

70. Wśród czarnych Amerykanów wskaźnik śmiertelności niemowląt wynosi 18,6 na 1000 żywych porodów, a wśród białych 8,8.

Obrazowanie raka piersi

71. Zawsze występowały kontrowersje co do wykonywania mammografii (radiografii sutka) u kobiet w wieku poniżej 50 roku życia.

72. Przeprowadzone w roku 1992 Kanadyjskie Narodowe Studium Raka piersi, które objęło 50 000 kobiet, wykazało, że mammografia nie ma wpływu na śmiertelność młodych kobiet w wieku 40-50 lat.

73. Narodowy Instytut Raka (National Cancer Institute; w skrócie NCI) odmówił zmiany swoich rekomendacji w sprawie mammografii.

74. Amerykańskie Towarzystwo Raka (American Cancer Society) postanowiło zaczekać z oceną na większą liczbę badań dotyczących mammografii.

75. W grudniu 1993 roku NCI ogłosiło, że kobiety w wieku powyżej 50 roku życia powinny poddawać się badaniu mammograficznemu co dwa lata, przy czym młodsze kobiety nie będą miały z niego żadnych korzyści.

Wnioski końcowe

OTA zakończyło raport następująco: „Nie ma mechanizmów ograniczających upowszechnianie nowych technologii, bez względu na ich wartość kliniczną".

Wkrótce po opublikowaniu tego raportu OTA (US Office of Technology Assessment – Biuro Ocen Technologii Stanów Zjednoczonych) **zostało rozwiązane.**

O autorach:

- Dr n. med. Carolyn Dean od roku 1979 pracuje jako lekarka, naturopatka, akupunkturzystka, zielarka, homeopatka, konsultantka, wynalazczyni, analityczka mieszanek ziołowych, badaczka, aktywistka i autorka. Napisała szereg książek i setki artykułów, występowała w niezliczonych audycjach radiowych i programach telewizyjnych, w tym w *The View* stacji ABC promującym naturalne uzdrawianie oraz prawo jednostki do odpowiedzialności za swoje życie. Jest doradcą ds. zdrowia i pisze dla www.yeastconnection.com, www.curesnaturally.com i www.friendsoffreedom.com. Mieszka w Nowym Jorku i można się z nią skontaktować poprzez jej stronę internetową http://www.carolyndean.com. Jest główną autorką tego artykułu.
- Dr n. med. Martin Feldman jest specjalistą w dziedzinie neurologii i wykładowcą neurologii w Ośrodku Medycznym Mount Sinai w Nowym Jorku. Jest autorem 63 artykułów opublikowanych w pismach naukowych i jednym z czołowych znawców współczesnych osiągnięć medycyny.
- Dr Gary Null jest specjalistą w zakresie żywienia i gospodarzem jednego z najdłużej nadawanych w USA programów radiowych poświęconych zdrowiu i żywieniu. Opublikował ponad 71 książek w tym takie bestsellery,

jak *Get Health Now!* (*Zyskaj zdrowie teraz!*) i *Power Aging* (*Moc starzenia*). Jest również producentem szeregu nagrodzonych filmów dokumentalnych mówiących o zdrowiu i stylu życia. Jest założycielem Klubu Naturalnego Biegania i byłym światowej klasy lekkoatletą. W roku 1975 założył nie nastawioną na zysk korporację Nutrition Institute of America, Inc. (Instytut Żywienia Ameryki). Skontaktować się z nim można poprzez jego stronę internetową http://www.garynull.com.

● Dr n. med. Debora Rasio jest lekarzem praktykującym medycynę alternatywną w Rzymie. Jest również onkologiem i autorką wielu prac na temat raka, która dostarczyła część materiałów wyjściowych koniecznych do tego artykułu.

Przełożył ***Jerzy Florczykowski***

Przypisy:

108. J. Weiner, „Smoking and Cancer: The Cigarette Papers: How the Industry is Trying to Smoke Us All", *The Nation*, styczeń 1996, str. 11-18.

109. Tobacco Timeline, http://www.tobacco.org.

110. K.E. Lasser, P.D. Allen, S.J. Woolhandler, D.U. Himmelstein, S.M. Wolfe, D.H. Bor, „Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications", *JAMA*, 1 maja 2002, 287(17):2215-20.

111. General Accounting Office (GAO), 17 lipca 2003; http://www.injuryboard.com/view.cfm/Article=3005.

112. S.N. Weingart, R. Wilson, R.W. Gibberd, B. Harrison, „Epidemiology of medical error", *West. J. Med.*, styczeń 2000, 172(6):390-3.

113. „Five Nation Survey Exposes Flaws in the U.S. Health Care System", *Journal of Health Affairs*, 14 maja 2002.

114. Institute of Medicine, 2002; Institute of Medicine, 2003a.

115. *The Department of Health and Human Services And the Department of Justice Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report For FY 1998*, FY 2001, kwiecień 1999, kwiecień 2002.

116. CNN – Washington senate briefing, Abuse of Residents is a Major Problem in U.S. Nursing Homes – live coverage, 30 lipca 2001.

116a. http://www.house.gov/waxman/.

117. M. Mitka, „Unacceptable nursing home deaths unautopsied", *JAMA*, 23-30 września 1998, 280(12):1038-9.

118. „New Data on North Carolina's Nursing Home Residents", Medical Review of North Carolina, Inc., 21 lipca 2003.

119. R.A. Weinstein, „Nosocomial Infection Update", *Emerging Infectious Diseases*, lipiec-wrzesień 1998, vol. 4, nr 3.

120. *Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios In Nursing Homes Phase II Final Report*, 24 grudnia 2001.

121. Press Release, „Consumer Group Criticizes Thompson Letter Dismissing Report on Dangerous Staffing Levels in Nursing Homes", The National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform, 22 marca 2002.

122. N. Bergstrom i inni, „Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses & prescription of preventive interventions", *J. Am. Geriatr. Soc.*, styczeń 1996, 44(1):22-30.

123. S.H. Miles, „Concealing accidental nursing home deaths", *HEC Forum*, wrzesień 2002, 14(3):224-34.

124. T.S. Corey, B. Weakley-Jones, G.R. Nichols, „Unnatural deaths in nursing home patients", *J. Forensic Sci.*, styczeń 1992, 37(1):222-7.

125. D.M. Lloyd-Jones, D.O. Martin, M.G. Larson, D. Levy, „Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death", *Ann. Intern. Med.*, 15 grudnia 1998, 129(12):1020-6.

126. D.R. Thomas, C.D. Zdrowski, M.M. Wilson, K.C. Conright, C. Lewis, S. Tariq, J.E. Morley, „Malnutrition in subacute care", *Am. J. Clin. Nutr.*, luty 2002, 75(2):308-13.

127. B.E. Robinson, „Death by destruction of will. Lest we forget", *Arch. Intern. Med.*, 13 listopada 1995, 155(20):2250-1.

128. E. Capezuti i inni, „The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents", *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, styczeń 1998, 53(1):M47-52.

129. C.D. Phillips, C. Hawes, B.E. Fries, „Reducing the use of physical restraints in nursing homes: will it increase costs?", *Am. J. Public Health*, marzec 1993, 83(3):342-8.

130. S.H. Miles, P. Irvine, „Deaths caused by physical restraints", *Gerontologist*, grudzień 1992, 32(6):762-6.

131. G.J. Annas, „The Last Resort – The Use of Physical Restraints in Medical Emergencies", *N. Engl. J. Med.*, 28 października 1999, 341(18):1408-12.

132. K. Parker i inni, „Deaths caused by bedrails", *J. Am. Geriatr. Soc.*, lipiec 1997, 45(7):797-802.

133. S.H. Miles, „Concealing accidental nursing home deaths", *HEC Forum*, wrzesień 2002, 14(3):224-34.

134. P.R. Katz, G. Seidel, „Nursing home autopsies. Survey of physician attitudes and practice patterns", *Arch. Pathol. Lab. Med.*, luty 1990, 114(2):145-7.

135. „Overmedication of U.S. Seniors", Reuters Health, 21 maja 2003.

136. „Average Number of Prescriptions by HMOs Increases", *Drug Benefit Trends*, vol. 14, nr 8, 12 września 2002.

137. Prescription Drug Trends, listopad 2001, Kaiser Family Foundation.

138. B.R. Williams i inni, „Medication use in residential care facilities for the elderly", *Ann. Pharmacother.*, luty 1999, 33(2):149-55.

139. AARP Medicare Prescription Drug Campaign; http://www.aarp.org/prescriptiondrugs/.

140. Press Release, „California Reaches $100 Million Multi-state Settlement With Drug Giant Mylan Over Alleged Price-fixing Scheme", Attorney General, State of California, 12 lipca 2000.

141. „Attorney General of North Carolina (and 34 other states) Reaches Settlement With Drug Giant", *WRAL News*; http://www.wral.com/money/2026364/detail.html, 7 marca 2003.

142. „Blowing the final whistle", *Sunday*, 25 listopada 2001; *The Observer*, Wielka Brytania.

143. http://www.aarp.org/Articles/a2003-03-07-supplements.html.

144. R. Bernabei i inni, „Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology", *JAMA*, 17 stycznia 1998, 279(23):1877-82.

145. „Panel Names Estrogen as Carcinogen", *Washington Post*, 16 grudnia 2000, str. A05.

146. „Estrogen hikes ovarian cancer risk MSNBC Staff and Wire Reports", 16 lipca 2002; D. Grady, „Study Recommends NOT using Hormone Therapy for Bone Loss", *The New York Times*, 1 października 2003.

147. „Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial", *JAMA*, 1 października 2003, 290(13):1739-48.

148. „Women's Health Initiative Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial", *JAMA*, 25 stycznia 2003, 289(24):3243-53.

149. „Women's Health Initiative Investigators. Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: a randomized trial", *JAMA*, 28 maja 2003, 289(20):2673-84.

150. „Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial", *JAMA*, 28 maja 2003, 289(20):2651-62.

151. V. Beral, „Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study", *Lancet*, 9 sierpnia 2003, 362(9382):419-27.

Od wydawcy:

Zainteresowani oryginalnym tekstem artykułu mogą uzyskać go odwiedzając stronę internetową http://www.nutritioninstituteofamerica.org. Inne artykuły dotyczące alternatywnych metod utrzymania zdrowia i żywienia można uzyskać odwiedzając bibliotekę na stronie internetowej Gary Nulla http://www.garynull.com.

JEDYNE POLSKIE PISMO ALTERNATYWNE WYDAWANE POZA GRANICAMI KRAJU

ZAPRASZA NA SWOJE ŁAMY

PO WIELU ATAKACH CAŁA REDAKCJA BYŁEGO PISMA INFO NURT PRZESZŁA DO MAGAZYNU WIR

- PODAJEMY INFORMACJE BEZ CENZURY PRASOWEJ NA TEMAT CODZIENNYCH WYDARZEŃ, BY POMÓC PAŃSTWU ZROZUMIEĆ WSPÓŁCZESNY ŚWIAT I RZĄDZĄCE NIM ZALEŻNOŚCI
- DOKŁADNIE ANALIZUJEMY I OPISUJEMY JAK I DLACZEGO MEDIA PUBLIKUJĄ KŁAMSTWA I PROPAGANDĘ

WIR DO NABYCIA W PUNKTACH SPRZEDAŻY PRASY POLONIJNEJ NA TERENIE KANADY, USA, NIEMIEC, WIELKIEJ BRYTANII,BELGII, HOLANDII, ITALII, AUSTRALII. W POLSCE W PUNKTACH SPRZEDAŻY PRASY ORAZ POPRZEZ PRENUMERATY POCZTOWE (WSZELKIE INFORMACJE POD ADRESEM KONTAKTOWYM W POLSCE)

REDAKCJA:
WIR MAGAZINE
5 - 2325 HURONTARIO STREET
SUITE # 329, MISSISSAUGA
ONTARIO, L5A 4K4
CANADA TEL. (905) 281 2174
E-MAIL: redakcja@wir.ca
www.wir.ca
REDAKCJA W CHICAGO: DANUTA BECKER
TEL. (773) 772 3710

KONTAKT W POLSCE:
FOTO-WIR
OS. PIASTÓW 44/48
31-625 KRAKÓW
TEL. (012) 647 49 19

E-MAIL: gazeta@foto-wir.com
www.foto-wir.com

www.wir.ca

AKTUALNE INFORMACJE NA TEMAT PISMA W POLSCE: www.foto-wir.com