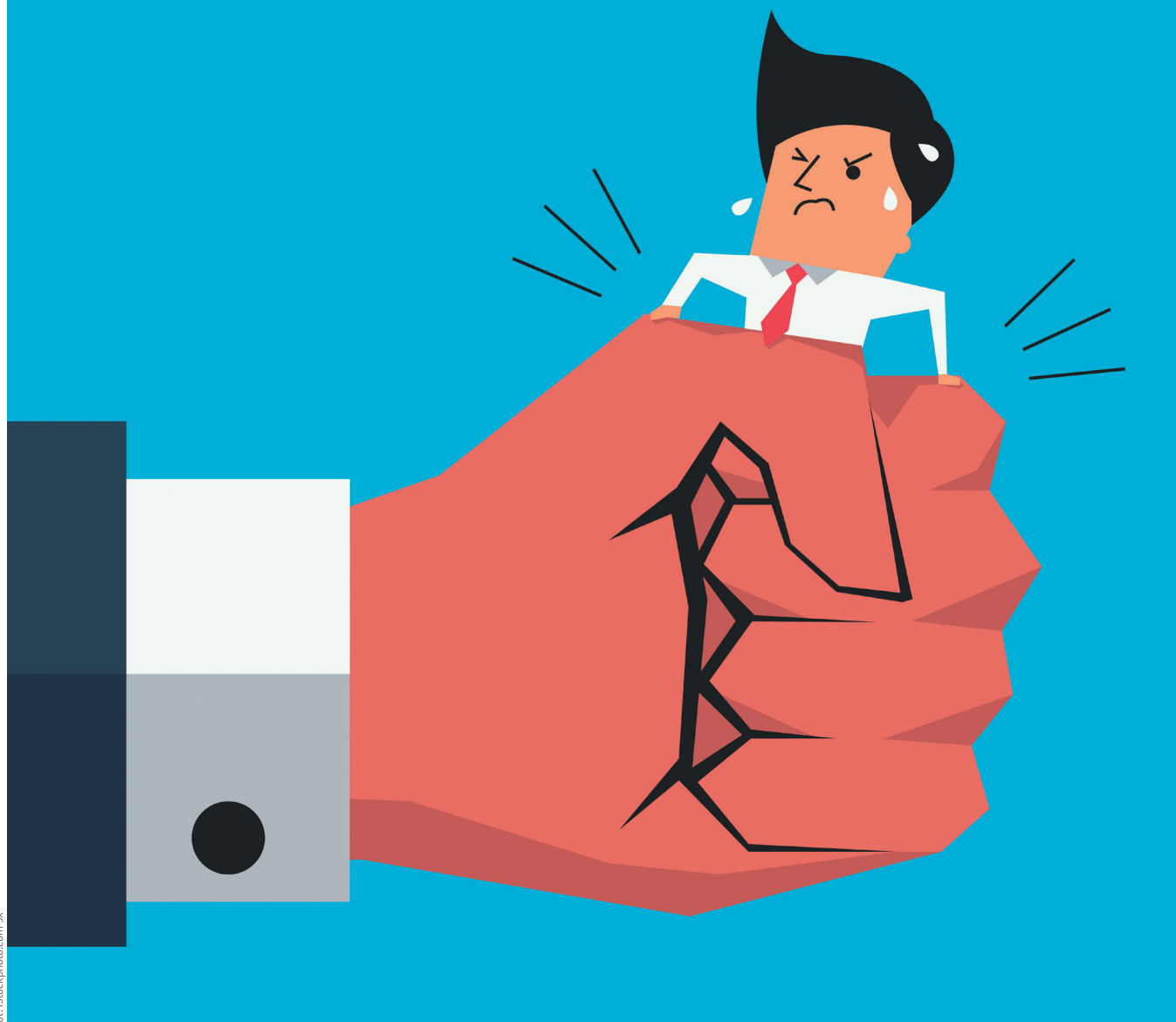


Lekarz przestaje być autorytetem, staje się ofiarą systemu

Powszechny lincz



Fot. iStockphoto.com 3x

Zaufanie do lekarzy systematycznie maleje. W siłę rosną ruchy antyszczepionkowe, pacjenci szukają pomocy u znachorów i bioenergoterapeutów. Dlaczego tak jest? Przyczyną tego zjawiska jest fakt, że pacjent potrzebuje dziś nie tylko leczenia, ale również czegoś, co nazywa się kontaktem terapeutycznym. Chory chce wiedzieć, że nie jest pozostawiony sam sobie, że może liczyć nie tylko na wiedzę, doświadczenie i intelekt medyka, lecz także na jego współczucie. Konieczna jest do tego empatia, ale też czas i odpowiednie nastawienie. Nie bez znaczenia jest posiadanie podstawowej wiedzy z zakresu psychologii. Co można zrobić, żeby było lepiej i żeby pacjent polubił lekarza?

Niestety program studiów lekarskich kładzie zbyt mały nacisk na komunikację, na rozpoznawanie emocji, na rozwiązywanie konfliktów. Nie jesteśmy przygotowywani na obciążenie, które nas czeka. Nie mamy świadomości, że pracę będziemy przenosić do domu, zastanawiać się choćby, czy obrona terapia była optymalna. Nie mówi się o tym, że mamy prawo, a wręcz obowiązek poszukiwać wsparcia, że grożą nam uzależnienia, a nawet choroby psychiczne. Na studiach jesteśmy uczeni, że nasze własne zdrowie nie jest wartością. Chorzy przychodzą na zajęcia i zdajemy egzaminy, bo przełożenie terminów jest wielkim wyzwaniem organizacyjnym. Pamiętam, jak na jednym z kursów lekarz mówił mi, że najpierw lekarza opuszczają najbliżsi, bo na nich rozładowywane jest napięcie, potem można już szkodzić tylko sobie.

Konieczna jest nauka wglądu we własne emocje, poznanie mechanizmów, które pozwolą na redukcję stresu. Z tego powodu wielką wartością był dla mnie tygodniowy kurs dotyczący podstaw psychologii, który odbyłem podczas specjalizacji. Przez cały tydzień przez osiem godzin dziennie ćwiczyliśmy tam rozwiązywanie konfliktów, przekazywanie złych wiadomości, zastanawialiśmy się nad tym, jak możemy chronić samych siebie. Przez długi czas nie byłem w stanie przyswoić wiedzy przekazanej mi przez świetną psycholog – Hannę Hamer, która mówiła, że nawet jeśli sytuacja jest trudna, zawsze mamy na nią wpływ, zawsze możemy spróbować ją zmienić, mamy moc kreowania rzeczywistości. Zrozumienie tego zajęło mi cały rok, po tym czasie powstało Porozumienie Rezydentów. Jako przewodniczący chciałbym, żeby udało nam się jak najszybciej rozwiązać kwestie organizacyjne związane z pracą lekarzy (zwłaszcza młodych), a także kwestie finansowe. Moim wielkim marzeniem jest rozpoczęcie debaty na tematy etyczne. Uważam, że takie dyskusje powinny wychodzić z naszego środowiska. Powinniśmy rozmawiać o tym, w jaki sposób można zwiększać zaufanie na linii lekarz – pacjent oraz dbać o wspólne dobro, jakim jest polska medycyna. Każdego dnia towarzyszą mi słowa śp. profesora Szczeklika, który mówił o wspólnej podróży lekarza i pacjenta, o relacji, która odciska silne piętno na obu stronach.

Czas – największa wartość

Oczywiście nawet najlepsze cechy osobowościowe, wiedza i doświadczenie dotyczące sposobu dotarcia do chorego człowieka będą bezużyteczne w sytuacji, w której lekarz może poświęcić pacjentowi zaledwie kilka minut. Co więcej, rzadko nawiązuje z chorym kontakt wzrokowy, ponieważ sporządza dokumentację. Niezbędne jest określenie minimalnego czasu, jaki powinien być poświęcony na wizytę lekarską. W celu zobrazowania skali problemu posłużę się pewną analogią. Czy osoby zajmujące się sprzedażą bezpośrednią – przez telefon lub na ulicy – są w stanie zdobyć

„Uśmiechnięty medyk może rozzłościć pacjenta, który od kilku godzin czeka w kolejce na wizytę”

nasze zaufanie, skoro na nawiązanie kontaktu z nami mają tak niewiele czasu? Czy mogą to zrobić politycy, którzy nie spotykają się z wyborcami? Odpowiedź jest oczywista – największą wartością jest czas. Jeśli go nie mamy, do dyspozycji pozostaje tylko socjotechnika. Sukces Roberta Biedronia w Słupsku, który zamiast tradycyjnej kampanii, to jest np. billboardów, odbył po prostu wiele tysięcy bezpośrednich spotkań, pokazał, że zaufanie ludzi zdobywa się poprzez tak prostą rzecz, jak rozmowa.

Uśmiechnięty medyk może rozzłościć pacjenta, który od kilku godzin czeka w kolejce na wizytę wyznaczoną kilka miesięcy temu, lecz nie powinien się zrażać z tego powodu. Lekarz postrzegany jest jako osoba, która ogranicza dostęp do świadczeń zdrowotnych, bo przecież zawsze może zostać po pracy i przyjąć kolejnego pacjenta, zrezygnować z ustawowego prawa do przerwy w pracy itd. W pewien sposób systemowe problemy służby zdrowia zostają przerzucone na najniższy poziom. Moi przyjaciele, chcąc zapewnić jak najlepszą opiekę swoim pacjentom, zostają w pracy o wiele dłużej, niż powinni. Szpitale im za to nie płacą, ponieważ nie mają pieniędzy. W efekcie ci lekarze ryzykują dla dobra chorych, ponieważ nie mają prawa być w pracy ponad zakontraktowany czas.

Co się dzieje po godzinie 15.00

Niestety, pacjenci winą za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia nie obarczają polityków czy organów administracji rządowej, do których zresztą nie mają dostępu. Działa tu typowy mechanizm przeniesienia emocji z obiektu niedostępnego na obiekt dostępny, czyli lekarzy, pielęgniarki i rejestratorki. System ma duże wolne moce przerobowe. Po godzinie 15.00 większość sal operacyjnych stoi pusta, pacjenci wydają wiele miliardów na prywatną opiekę zdrowotną, przeniesienie tych pieniędzy do publicznego systemu pozwoliłoby skrócić kolejki do lekarzy.

Oczywiście zadanie to jest niewiarygodnie trudne. Zarówno ściśle scentralizowana, planowana odgórnie opieka zdrowotna, jak i taka, która kieruje się tylko mechanizmami wolnorynkowymi – nie zda egzaminu. Należy pamiętać, że z jednej strony celem kapitału jest wyłącznie maksymalizacja zysku, z drugiej strony zaś bez wprowadzenia mechanizmów wolnorynkowych doprowadzimy do marnotrawienia środków. Truizmem



„Jeśli pacjentowi coś się stanie w pobliżu szpitala, winny będzie zawsze lekarz”

jest stwierdzenie, że nie ma takiej ilości środków, których szpitale nie byłyby w stanie „przerobić”. Państwo musi stać się aktywnym graczem, ale nie może być zbyt aktywne, ma obowiązek zmiany obecnie funkcjonujących reguł gry. Czy jest to możliwe? Konieczne wydaje się odbycie wielu dyskusji w gronie ekspertów, ale także zapytanie samych obywateli, czego od państwa oczekują.

Olbrzymim błędem rządzących jest to, że koszty nie są analizowane systemowo, że system opieki zdrowotnej w Polsce nie jest koordynowany. Ograniczając wydatki i kontraktując świadczenia, nie bierzemy pod uwagę, że długi czas oczekiwania na udzielenie pomocy generuje olbrzymie wydatki w postaci rent czy innych świadczeń. Rządzący nie mają lub nie chcą mieć świadomości, że udzielanie pomocy w zaawansowanej chorobie jest o wiele bardziej kosztowne niż zapobieganie.

Co zależy od lekarzy

Jakiś czas temu z dużą niechęcią czytałem felietony prof. Hartmanna, w których pisał o nowoczesnej bietyce jako konieczności poddania medycyny nadzorowi

społecznemu. W miarę upływu czasu coraz bardziej rozumiem konieczność podejmowania takich dyskusji. W analogicznej sytuacji znalazł się Kościół katolicki ze względu na sekularyzację i odpływ wyznawców – ci, którzy zostali, radykalizują się, usztywniają swoje poglądy. Działa syndrom oblężonej twierdzy, potrzeba jednoczenia się przeciwko wspólnemu wrogowi, który pochodzi z zewnątrz.

Lekarze powszechnie uważają się za ofiary wrogich działań rządu albo mediów, tymczasem znajomi dziennikarze mówią mi, że akceptujemy tylko dobre wiadomości na nasz własny temat. Oczywiście trudno się dziwić, zważywszy, że codziennie jesteśmy bombardowani negatywnymi informacjami dotyczącymi funkcjonowania służby zdrowia w Polsce. Dochodzi do tego, że jeśli pacjentowi coś się stanie np. w pobliżu szpitala, winny będzie zawsze lekarz. Paradoksalnie jest w tym coś optymistycznego, że ludzie tak bardzo wierzą w siłę nowoczesnej medycyny, że w przypadku porażek winy upatrują w czynniku ludzkim. Niestety, często lekarze są publicznie skazywani na długo przed tym, jak sprawa zostanie wyjaśniona. Skrajnym przykładem była sytuacja w Kutnie, gdzie doszło do tragicznego wypadku, kiedy to dziecko zadławiło się kawałkiem długopisu. Nie dopuszczam do siebie myśli, co musiał czuć lekarz, który był publicznie oskarżany i skazywany.

Na przykładzie działalności Porozumienia Rezydentów widzę, jak duży problem lekarze mają z pozytywną

budową wizerunku. O naszej akcji „adopcji posłów” część mediów nie chciała informować, ponieważ ponad 120 odbytych spotkań z parlamentarzystami jest czymś mało medialnym, nie budzi zainteresowania, trudno jest to przedstawić w formie kilkusekundowego newsa. Trzeba zrozumieć tę sytuację i nie obrażać się na rzeczywistość, mieć świadomość ograniczeń funkcjonujących po stronie mediów, zwłaszcza prywatnych, tego, że muszą one generować zyski. Nie bez znaczenia jest sposób, w jaki obecnie funkcjonują nasze umysły – w obliczu nadmiaru bodźców i informacji coraz trudniej jest przeciętnemu odbiorcy skoncentrować się na złożonym przedstawieniu problemu.

Konieczna jest większa aktywność medialna organów samorządu lekarskiego. Każda publikacja, która zawiera nieprawdziwe bądź niewłaściwie zweryfikowane informacje, powinna zostać natychmiast sprostowana przez specjalnie powołany zespół. Oczywiście potrzeba do tego sztabu błyskotliwych ludzi, ale jest to niezbędne. Często wina nawet nie leży po stronie dziennikarzy, którzy są zwyczajnie wprowadzani w błąd, np. szpitale podają im dane dotyczące zarobków, nie informując o tym, że jest to wynagrodzenie za ponad 2 etaty, za 190 nadgodzin.

Nie ma żadnego spisku

W kultowym serialu „Mad Men” geniusz marketingu Don Draper mówi: „nie ma żadnego spisku, nie ma żadnego systemu, jestem tylko ja”. Nie wierzę w to, że zły wizerunek lekarzy wynika np. ze spisku rządzących, którzy inspirowali powstawanie niepochlebnych materiałów medialnych na ich temat. Po prostu takie jest zapotrzebowanie społeczne. W Polsce w wielu przypadkach, w których system nie funkcjonuje prawidłowo, nie zastanawiamy się nad tym, jak można go naprawić. To trudne zadanie, mało wdzięczne, nie da natychmiastowych rezultatów. Łatwiej jest wskazać winnego, niż zastanowić się nad zmianą procedur. Zdarza się, że autorami bądź inspiratorami niepochlebnych materiałów medialnych są sami lekarze.

Nie chcemy sprawnie działającego państwa, chcemy Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy grającej każdego dnia. Tomasz Kot grający profesora Religę, który tłucze szafę, żeby wyjąć sztuczną zastawkę, zostaje nagrodzony brawami podczas seansu kinowego.

Pokaż, lekarzu, co masz w garażu

Jesteśmy biednym społeczeństwem, skoro osiągnięcie zarobków rządu 1000 euro, czyli często w wysokości zasiłków w krajach zachodniej Europy, pozwala być zaliczanym do elity finansowej kraju. To może umyknąć mediom, które siłą rzeczy są warszawocentryczne i mogą obserwować codzienny cud gospodarczy, w stolicy. Wystarczy przemierzyć trochę kilometrów w dowolnym kierunku, by zobaczyć, że rzeczywistość wygląda zgoła inaczej. Lekarze są postrzegani jako

„Nikt o zdrowych zmysłach nie wsiadłby do samolotu, którego pilot lata od 16 godzin, a kontroler lotu pracuje trzecią dobę z rzędu. Tymczasem lekarz na intensywnej terapii, który walczy o życie wielu pacjentów, musi pracować jak maszyna”

ludzie bardzo dobrze sytuowani, choć przeczą temu obiektywne dane, jak choćby raport GUS, który mówi o tym, że średnie wynagrodzenie godzinowe nie przekracza czterdziestu złotych.

Do świadomości publicznej nie przebija się fakt, że przeciętny lekarz w ciągu miesiąca wypracowuje ponad dwa etaty, a także to, ile czasu i pieniędzy musiał poświęcić, by uzyskać tytuł specjalisty czy podnosić swoje kwalifikacje. Nikt nie współczuje przepracowanym lekarzom. Nikt o zdrowych zmysłach nie wsiadłby do samolotu, którego pilot lata od 16 godzin, a kontroler lotu pracuje trzecią dobę z rzędu. Tymczasem lekarz na intensywnej terapii, który walczy o życie wielu pacjentów, musi pracować jak maszyna, nie patrząc na własne zmęczenie ani na to, że jest już czwarta w nocy i że jakoś musi dotrzeć do rana. Dehumanizujemy lekarzy, odbierając im prawo do człowieczeństwa, do bycia zmęczonymi. Nie zastanawiamy się nad tym, czy nie wymagają natychmiastowego odpoczynku. Skrajne wyczerpanie, które sprawia, że medyk ledwo widzi na oczy, nie pomaga w budowaniu pozytywnej relacji lekarz – pacjent. Łatwiej jest nam karmić się uproszczeniami i krzywdzącymi stereotypami: „lekarze idą do szpitala się wyspać”, „mnie nikt nie płaci za spanie”.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że logiczne jest to, iż lekarze chcą osiągać pewien standard życia (w Polsce nie jest on specjalnie wygórowany w porównaniu z naszymi sąsiadami), zrozumiała staje się konieczność natychmiastowego podniesienia wynagrodzeń lekarzy, tak by ograniczyć liczbę przepracowanych przez nich godzin. Powinniśmy mieć świadomość, że sytuacja, w której lekarze jeżdżą z dyżuru na dyżur, jest niekorzystna dla wszystkich, w tym dla pacjentów. Możliwe, że powinno za tym iść również określenie limitu przepracowanych godzin w miesiącu przypisanego do prawa wykonywania zawodu. Samo rozpoczęcie dyskusji na ten temat będzie korzystne dla środowiska. Określenie tego limitu stanowi olbrzymi problem, a to przecież tylko początek. Czy powinien on na początku wynosić 400 godzin? Czy ta wartość nie jest absurdal-



„Do świadomości publicznej nie przebija się fakt, że przeciętny lekarz w ciągu miesiąca wypracowuje ponad dwa etaty”

nie wysoka? Przecież są lekarze, którzy pracują jeszcze więcej. Czy takie działanie nie doprowadziłoby do natychmiastowego paraliżu służby zdrowia, obnażając dramatyczny brak personelu medycznego w systemie opieki zdrowotnej?

Odchodzenie od paternalizmu

Zgodnie z obecnie obowiązującymi poglądami lekarz nie może być już autorytetem, który „z góry” informuje pacjenta, jak wygląda jego dobro, lecz ma być partnerem, kimś w rodzaju profesjonalnego doradcy. Codzienne rozmowy z pacjentami pokazują mi, że trudno budować partnerskie relacje w sytuacji olbrzymiej nierównowagi wiedzy. Cały czas wydaje mi się, że zamiast uczyć w szkole o rozmnażaniu mszaków, powinniśmy mówić o tym, jak funkcjonuje ludzkie ciało, na jakie choroby jest narażone, jakie są sygnały ostrzegawcze.

Zapytany przez pacjentkę, na czym polega jej wolność w odniesieniu do wyrażenia świadomej zgody na

znieczulenie do zabiegu, o to co zrobię, jeśli postanowi sobie zaszkodzić i odmówi – muszę się chwilę zastanowić. Mogę tylko powiedzieć, że nie byłoby to racjonalne, że by mnie to zasmuciło, że zrobiłbym wszystko, by przekonać pacjentkę, że dla własnego dobra powinna podjąć ryzyko, bo alternatywa będzie dużo gorsza. Czy jest to jednak właściwe podejście? Czy pacjenci naprawdę chcą być informowani o ryzyku, jakie towarzyszy wszystkim procedurom medycznym? Wydaje mi się, że paradoksalnie pomaga to lekarzom, bo zdejmuję z nich część ciężaru odpowiedzialności poprzez podzielenie się nim z pacjentem. Czy pacjenci są jednak na to gotowi, czy tego chcą? Często po prostu pragną uciąć rozmowę, mówiąc „wierzę, że wszystko będzie dobrze”.

Problem ten poruszał śp. ojciec Jan Kaczkowski: „Bo pacjent kompetentny rzadziej będzie podważał Wasze decyzje, nie będzie uciekał się do bezstronnego diagnosty Google i lepiej przyjmie Wasze zalecenia – osiem razy nie będzie wracał do gabinetu, aby mu jeszcze raz wytłumaczyć. I ważne jest też (co w Polsce bardzo kuleje) wyraźne prawo do tak zwanej second opinion. Abyście się Państwo nie obrażali, gdy pacjenci skonsultują się gdziekolwiek indziej i byście z tej second opinion zdobyli swój atut i powiedzieli: *Proszę Pana. W mojej ocenie jest to „to i to”, ale oczywiście ma Pan prawo, a może nawet obowiązek skonsultować się jeszcze z kimś innym. Co dwie głowy, to nie jedna. Dlatego polecam Panu mojego przyjaciela, doktora Kowalskiego. Ułatwię panu konsultację – zadzwonię, dam adres, umówię.* Wtedy tym większe pacjent będzie miał do Państwa zaufanie”.

Czy jest światełko w tunelu?

Sytuacja jest zła, ale nie jest beznadziejna. Ciągłe jeszcze można dokonać pozytywnych zmian, które doprowadzą do poprawy kondycji służby zdrowia, a co za tym idzie – poprawią los pacjentów i personelu medycznego. Oczywiście niezbędne będzie do tego zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej. Jeśli jednak uda się przekierować do systemu opieki zdrowotnej część środków, które pacjenci muszą wydawać, będą szanse na przełom. Należy przy tym w taki sposób zmieniać system, by środki te nie zostały zmarnowane. Pozytywna reakcja na działania Porozumienia Rezydentów jest dla nas wielkim zaskoczeniem. Okazuje się, że lekarze mogą wprost mówić o swojej sytuacji, w sposób zrozumiały dla pacjentów i liczyć na ich poparcie. Pacjenci wyrażają generalny brak zaufania do lekarzy, ale wszystko zmienia się diametralnie, gdy są pytani o to, czy ufają swojemu lekarzowi. Zarówno środowisko lekarskie, media, jak i społeczeństwo czeka wielka praca. Miejmy nadzieję, że wszyscy razem zdobędziemy się na ten trud.

Damian Patecki
Autor jest przewodniczącym Porozumienia Rezydentów działającego przy Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy.