

Profesjonalizm lekarski w psychiatrii

Dinesh Bhugra, Susham Gupta

Advances in psychiatric treatment (2010), vol. 16, 10-13

Bycie profesjonalistą w przypadku lekarza i psychiatry oznacza przyjęcie następujących prymatów: dobra pacjenta, autonomii pacjenta i sprawiedliwości społecznej. Profesjonalizm lekarski oznacza również wspieranie i stosowanie dobrej praktyki lekarskiej. Domniemany kontrakt zawarty między psychiatrą a społeczeństwem oznacza z jednej strony pewien zbiór wartości i zachowań, a z drugiej relacje z pacjentami, ich opiekunami oraz innymi osobami. Kontrakt ten wymaga ciągłej renegocjacji. Poważne zagrożenia dla profesjonalizmu lekarskiego doprowadziły w ostatnich 30 latach do osłabienia morale (ang. demoralization) specjalistów. Wyczerzona bezradność i zauważalna utrata autonomii uważane są za istotne elementy utraty profesjonalizmu. Bycie psychiatrą wymaga utożsamienia się z najważniejszymi cechami, umiejętnościami i kompetencjami psychiatry. Profesjonalizm pozwala poszczególnym specjalistom ustalać i zachować swoje własne standardy opieki.

Wykonywanie każdego zawodu wiąże się z wypełnianiem określonych obowiązków społecznych. Zobowiązania wobec społeczeństwa powinny być systematycznie uaktualniane i renegocjowane. W każdym zawodzie do zasadniczych elementów profesjonalnego kontraktu należą: kompetencje zawodowe, zasób wiedzy opartej na nauce lub technice, samoregulacja i altruizm. A jakie elementy są istotne dla lekarza, a w szczególności dla psychiatry? Jakie są dodatkowe kryteria, które określają kontrakt psychiatrów ze społeczeństwem? Kiedy taki kontrakt można zrewidować?

Jak zdefiniować profesjonalizm lekarski?

W 2002 roku, zespół ekspertów – Medical Professionalism Project opublikował Kartę Profesjonalizmu Lekarskiego (Charter on Medical Professionalism).¹ Karta profesjonalizmu została opracowana przez lekarzy amerykańskich i europejskich i opublikowana jednocześnie w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Opiera się ona na następującym założeniu: na całym świecie zmiany w systemach opieki zdrowotnej krajów rozwiniętych zagrażają wartościom profesjonalizmu lekarskiego. Następnie w Kartce wymienia się trzy podstawowe zasady, które są charakterystyczne dla profesjonalizmu lekarskiego: pierwszeństwo dobra pacjenta (oparte na poświęceniu i altruizmie), autonomii

pacjenta i społecznej sprawiedliwości. Powołując się na te zasady zaproponowano dziesięć zobowiązań dla lekarzy (ramka)

Publikacja karty nie wyczerpała tematu profesjonalizmu i w środowisku lekarskim kontynuowano dyskusję o stanie profesjonalizmu w poszczególnych specjalnościach medycznych. W 2005 roku Królewskie Towarzystwo Lekarskie² za profesjonalizm lekarski uznało „zbiór określonych wartości, zachowań i zależności, które podtrzymują zaufanie społeczne do lekarzy” (str. xi). Medycyna jest opisywana jako: „powołanie, w którym wiedza lekarza, jego umiejętności kliniczne i rozum łączą się w służbie ochrony i przywracania dobrostanu człowieka. Cel ten realizuje się przez partnerstwo pacjenta i lekarza, które opiera się na wzajemnym poszanowaniu, indywidualnych obowiązkach i właściwej odpowiedzialności” (str. 14).

Irvine³ dowodził, że profesjonalizm lekarski jest „zarówno pewną formą wspierania i stosowania dobrej praktyki, jak i ochroną pacjentów i społeczeństwa przed mniej korzystnym postępowaniem”. Nie można oddzielać tych elementów od siebie, ponieważ zaufanie społeczne zależy od obu czynników.

Sox,⁴ posługując się paradygmatem historycznym, twierdził że zasady etycznych zachowań zmieniały się w odpowiedzi na zmiany środowiska politycznego, w którym praktykuje się medycynę. Następnie określił zbiór zasadniczych atrybutów, ważnych

na przestrzeni wieków. Należą do nich: nie wyrządzanie szkód, przyznanie pacjentom prawa do prywatności i nienaruszanie zasad moralnych panujących w społeczeństwie. Zmiany obyczajowe będą nieuchronnie wpływać na praktykę.

Zagrożenia profesjonalizmu

W ciągu ostatnich trzech dekad pojawiło się wiele poważnych zagrożeń profesjonalizmu. Na osoby pracujące w dziedzinach medycyny, edukacji lub sądownictwa wywierana jest presja ze strony polityków i innych podmiotów. Zagrożenia profesjonalizmu można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne.

Zewnętrzne zagrożenia dla zawodu lekarza

Spadek zaufania społecznego

W Wielkiej Brytanii do zagrożeń wewnętrznych można zaliczyć skandale, które doprowadziły do śledztwa Royal Liverpool Children's Inquiry (w szpitalu Alder Hey Children's) i śledztw Shipman i Kerr/Hasslam [dotyczyły okoliczności pobierania tkanek i narządów od pacjentów – przyp. tłum.]. Uwagę opinii publicznej przykuła niezdolność lekarzy do naprawy własnego środowiska: koledzy, którzy wiedzieli o pewnych problemach, zobowiązali się utrzymywać sprawę w tajemnicy i ignorować głośne głosy krytyki.

Utrata autonomii i zmiany ról

Zwiększająca się liczba przepisów łączy się z ograniczaniem autonomii, co w konsekwencji przyczynia się do utraty profesjonalizmu. Działania narzucone, takie jak przymusowe leczenie środowiskowe stosowane w Anglii, zostały wprowadzone mimo sprzeciwu większości psychiatrów. Rosnąca centralizacja funduszy oznacza dla specjalistów marginalizację. Możliwe, że takie zagrożenia samoregulacji zmieniają lekarzy bardziej w techników niż uzdrowicieli.

Zgoda na przepisywanie leków przez pielęgniarki w Stanach Zjednoczonych, a także zezwolenie, przynajmniej w dwóch stanach, na przepisywanie leków przez psychologów może prowadzić do dalszego spadku odpowiedzialności zawodowej. Zwłaszcza że takie rozwiązania uważa się za tańsze i tak samo skuteczne jak czynności wykonywane przez psychiatrów.

Zmienia się również rola pacjenta. Pacjenci (i ich opiekunowie) coraz częściej korzystają z internetu, skąd czerpią wiedzę na temat swojego stanu zdrowia i leczenia. Ponadto, wielu decydentów chciałoby, aby pacjenci przejmowali kontrolę nad swoimi potrzebami zdrowotnymi. A zatem wielu chorych, rozpoczynając proces leczenia, jest nie tylko lepiej przygotowanych do tego niż kiedykolwiek wcześniej, ale również oczekuje wyjaśnienia sposobu leczenia.

Wzrost znaczenia ekonomii

Montgomery⁵ zainteresował się tym, w jaki sposób prawo zaczyna wpływać na opiekę zdrowotną, zwłaszcza jeśli posługują się nim grupy osób, które prowadzą określone kampanie. Na przykład określona grupa nacisku może wpływać na polityków, aby uzyskać zgodę na zapewnienie specjalistycznych świadczeń, i może też wpływać na specjalistów, aby rozpoznawali nowe choroby. Następnie, grupa osób prowadzących jakąś kampanię może wykorzystać prawo w celu zwiększenia presji zarówno na finansowanie, jak i na podjęcie określonych działań. Parę lat

temu zaskarżono do sądu wytyczne NICE dotyczące stosowania leków w chorobie Alzheimera. Na skutek tych działań wytyczne musiały zostać zmienione.⁶ Odnosząc się do sprawy osłabienia morale specjalistów, Montgomery zwrócił uwagę, że można winić za to różne czynniki, łącznie z samymi przepisami. Zasugerował, że władze państw narodowych są wypierane przez to, co Bobbitt⁷ opisuje jako państwo rynkowe.

Jak doszło do tego, że żyjemy w państwie rynkowym? W pewnym momencie w naszych państwach gildie specjalistów zaczęły kontrolować nie tylko środki produkcji, ale również osoby szkolące się i dostęp do szkoleń. Wydaje się, że kapitalizm zmienia państwa narodowe w państwa ekonomiczne, które aby osiągnąć pozycję ekonomiczną, zaczynają kontrolować szkolenia, osoby szkolące się i środki produkcji.⁸ Zjawisko to w połączeniu z rosnącą globalizacją sprawia, że ataki na profesjonalizm mogą pochodzić z sektora ekonomicznego. Swobodny przepływ dóbr i ludzi oznacza, że społeczeństwo wielonarodowościowe może mniej płacić za usługi zdrowotne i szkolenia, co z kolei ma wpływ na powstanie tzw. turystyki zdrowotnej. Również lekarze wykształceni w krajach, w których koszty ich nauki są niskie, emigrują do państw, w których pracownicy ochrony zdrowia uzyskują wysokie dochody. W ten sposób w krajach szkolących lekarzy dochodzi do utraty wartościowych zasobów (tzw. drenaż mózgow). Obecnie, w czasach kryzysu kredytowego, kwestia ta wydaje się bardzo ważna.

Menedżeryzm i nowa filozofia zarządzania sektorem publicznym

Reinders⁹ dowodzi, że neoliberalny menedżeryzm i nowa filozofia zarządzania sektorem publicznym są dodatkowymi wyzwaniami dla profesjonalizmu. Neoliberalny menedżeryzm traktuje produkcję rynkową i dystrybucję dóbr publicznych jako główne narzędzie regulujące sferę publiczną.¹⁰ Nowa filozofia zarządzania sektorem publicznym

stara się poprawić jego wydajność przez wprowadzanie technik kierowania zaczerpniętych z prywatnych przedsiębiorstw.¹¹ Reinders uważa, że takie metody napędzają zamiary i wartości konsumpcyjne, co z kolei przyczynia się do powstania wzorca, w którym popyt w społeczeństwie staje się celem samym w sobie.

Połączony efekt takich metod menedżerskich zmienia rolę specjalistów i wywiera nacisk na podejmowanie działań, które nie są związane z praktyką lekarską, takich jak zwiększanie roli dokumentacji i administracji. Menedżeryzm może dodatkowo nasilać uczucie depersonalizacji wśród klinicystów.

Wewnętrzne zagrożenia dla zawodu lekarza

Zagrożenia dla zawodu lekarza są oczywiście odczuwane również przez samych specjalistów. Kilka lat temu na spotkaniu zorganizowanym przez Royal College of Psychiatrists poproszono zgromadzonych na nim psychiatrów o wypełnienie kwestionariusza na temat utraty profesjonalizmu w psychiatrii.¹² Czynniki wewnętrzne, takie jak zgłaszana przez respondentów odczuwana oraz faktyczna utrata autonomii i autoregulacji, mogą wywoływać uczucie odrzucenia, wyalienowania i wyuczoną bezradność. Psychiatrzy mogą postrzegać innych specjalistów jako zagrożenie, ale wielu pracowników socjalnych i terapeutów zajęciowych uważa psychiatrów za wartościowych profesjonalistów.¹³ Utrata autonomii i wyuczona bezradność są uznawanie za istotne przyczyny utraty profesjonalizmu. Nie ma wątpliwości, że zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Wielkiej Brytanii zmiany związane ze sposobem finansowania powodują marginalizację zawodu lekarza.¹⁴

Znaczenie profesjonalizmu

Bycie specjalistą, oprócz oczywistego poczucia tożsamości, wyższej samooceny i dumy, oznacza również przynależność do grupy osób o wspólnych i znanych celach. Profesjonalizm pozwala grupom jednostek nie tylko tworzyć, swoje własne standardy praktyki, a także ich przestrzegać ponieważ grupie specjalistów może być łatwiej zawrzeć kontrakt ze społeczeństwem. Umowy tego rodzaju są domniemane i z pewnością lekarze jako grupa zawodowa mogą i powinni zawrzeć taką umowę. Ustalenie standardów pozwoli specjalistom stać się ich właścicielami i zgodnie z nimi świadczyć swoje usługi.

Bycie częścią grupy zawodowej wytwarza również poczucie zbiorowości i solidarności, dając w ten sposób okazję do mówienia jednym głosem.

Plan 10 zobowiązań w Karcie Profesjonalizmu Lekarskiego¹

1. Kompetencje zawodowe
2. Uczciwość wobec pacjenta
3. Zachowanie poufności
4. Utrzymanie właściwych relacji z pacjentem
5. Poprawianie jakości opieki
6. Poprawianie dostępności do opieki
7. Sprawiedliwy rozdział limitowanych świadczeń
8. Wiedza naukowa
9. Podtrzymywanie zaufania przez uwzględnianie konfliktu interesów
10. Obowiązki zawodowe (zwiększanie opieki nad pacjentami, samoregulacja, poprawianie jakości, dyscyplinowanie)

Pacjenci oczekują, że lekarze będą postępować według pewnych standardów oraz że będą w stanie sami ustalać te standardy. Autonomia i samoregulacja pozostają kluczowymi pojęciami w profesjonalizmie. Jeśli zatem specjaliści sami nie ustalą standardów i jasnych zasad uznawania swoich kwalifikacji, to w sposób nieunikniony będą one narzucone z zewnątrz. W Wielkiej Brytanii już określono zasady uznawania kwalifikacji lekarzy. [Zasady uznawania kwalifikacji lekarzy były już omawiane w *Advances*, patrz: Catto G (2008) *Relicensing and regulation*. 14:1-2; Mynors-Wallis L (2008) *What will revalidation mean for psychiatrists?* 14:86-8. Ed.] Uznawanie kwalifikacji lekarza wiąże się z kontynuacją rozwoju zawodowego (kontynuowaniem edukacji medycznej) i tylko środowisko lekarskie może określić, które elementy tego rozwoju są niezbędne dla lekarza.

Rozwiązania na przyszłość

Holsinger i Beaton¹⁵ uważają, że ograniczanie autonomii, zwiększanie nadzoru i krytyki oraz przepaść między oczekiwaniami pacjentów i postępowaniem lekarzy przyczyniają się do powstania niezadowolenia wśród klinicystów. Badacze zalecają, aby profesjonalizm zawierał w sobie wartości podstawowe: jakość, skuteczność, szacunek i ochronę pacjentów, oraz wartości instrumentalne, takie jak: uczciwość, solidarność społeczną, rzetelność społeczne, zapewnienie autonomii, niezależność klienta i bezpieczeństwo indywidualne. Autorzy całkiem słusznie przestrzegają, że wraz z ograniczaniem środków finansowych nieuchronnie będzie się zwiększać presja na poszczególnych lekarzy. Dlatego proponują, aby wczesne szkolenia w lepszym zarządzaniu zasobami finansowymi stały się częścią rozwoju osobistego lekarza. Istotną sprawą jest przyswojenie wartości i cnót medycyny.¹⁶ Osobista refleksja musi pozostać zasadniczym elementem profesjonalizmu, a na początek przydatne jest podejście Royal College of Psychiatrists do rozwoju grup zawodowych i wykorzystanie tego do przemyśleń.¹⁷

Ponieważ społeczeństwo i metody dostarczania usług zdrowotnych zmieniają się, konieczne jest ponowne ustalenie równowagi,

która zwykle istniała między medycyną i społeczeństwem. Hughes¹⁸ zwrócił uwagę, że sama grupa zawodowa przez przyzwolenie na arogancję, samozadowolenie, niezdolność do samoregulacji i słabą umiejętność kierowania przyczyniła się do obniżenia morale i utraty profesjonalizmu. A zatem rozwiązaniem na przyszłość będzie identyfikacja przyczyn i próba poradzenia sobie z tymi problemami. Na przykład zachowania zawodowe nauczycieli i stażystów można poprawić dzięki określeniu, co oznacza profesjonalizm w tej grupie zawodowej i przez szkolenie w zakresie oceny profesjonalizmu.¹⁹

Konsekwencji dla psychiatrii jest wiele. Psychiatria sama w sobie może wpływać na profesjonalizm w innych działach medycyny. Psychiatrizy są szczególnie wykwalifikowani w rozumieniu, organizowaniu i pracy z elementami powszechnego systemu ochrony zdrowia, w etycznym postępowaniu, skutecznej komunikacji i wrażliwości kulturowej oraz w pracy z pacjentami i ich rodzinami.²⁰

Zagadnienia związane z profesjonalizmem umieszczono zarówno w programach nauczania większości uczelni medycznych,²⁰ jak i w programach szkoleń Royal College of Psychiatrist' MRCPsych i Good Psychiatric Practice.²¹ Następne pokolenia psychiatrów muszą znać podstawowe cechy profesjonalizmu i być przygotowane do poprawiania ich w odpowiedzi na zmieniające się realia. Jako psychiatrzy, jesteśmy przeszkoleni w radzeniu sobie z wieloznacznością i zmianami, więc musimy w tym przewodzić.

Podsumowanie

Psychiatria bardzo się zmieniła w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Zmianie uległo szkolenie psychiatrów, ponieważ uwzględnia ono oczekiwania społeczne. A zatem, jako psychiatrzy, musimy renegocjować nasz kontrakt ze społeczeństwem. Jest to okazja do zrozumienia podstawowych cech profesjonalizmu, jak również do ich modyfikacji, stosownie do zmian w społeczeństwie, zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami i oczekiwaniami pacjentów i odpowiednio do zmian w praktyce psychiatrycznej i organizacji państwowej ochrony zdrowia.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2010), vol. 16, 10-13. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002) *Medical professionalism in the millennium: a physician charter*. *Annals of Internal Medicine*; 136:243-6.
2. Royal College of Physicians (2005) *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*. RCP Press.
3. Irvine DH (2006) New ideas about medical professionalism. *Medical Journal of Australia*; 184:204-5.
4. Sox HC (2007) The ethical foundations of professionalism: a sociologic history. *Chest*; 131:1532-40.
5. Montgomery J (2006) Law and the demoralisation of medicine. *Legal Studies*; 26:185-210.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Donepezil, Galantamine, Rivastigmine (Review) and Memantine for the Treatment of Alzheimer's Disease (Amended). NICE Technology Appraisal Guidance 111 (Amended). NICE.
7. Bobbitt P (2002) *The Shield of Achilles*. Penguin.
8. Krause EA (1996) *Death of the Guilds*. Yale University Press.
9. Reinders H (2008) The transformation of human services. *Journal of Intellectual Disability Research*; 92:564-72.
10. Harvey DC (2005) *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press.
11. Pollitt C (1993) *Managerialism and the Public Service*. Blackwell.
12. Bhugra D (2008a) Professionalism - the profession speaks. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 118:327-9.
13. Bhugra D, Gupta G, Smyth G, et al (2009) Through the prism daily. *Australasian Psychiatry*; in press.
14. Bhugra D (2008b) Renewing psychiatry's contract with society. *Psychiatric Bulletin*; 32:281-3.
15. Holsinger JW, Beaton B (2006) Physician professionalism for a new century. *Clinical Anatomy*; 19:473-9.
16. Hafferty FW (2006) Professionalism - the next wave. *New England Journal of Medicine*; 355:2151-2.
17. Royal College of Psychiatrists (2005) *Good Psychiatric Practice: CPD (Council Report CR90)*. Royal College of Psychiatrists.
18. Hughes G (2006) Medical professionalism in the 21st century: how do we stack up? *Emergency Medicine Journal*; 23:244.
19. Joyner BD, Vemulakonda VM (2007) Improving professionalism: making the implicit more explicit. *Journal of Urology*; 177: 2287-91.
20. Talbott JA, Mallott DB (2006) Professionalism, medical humanism and clinical bioethics. The new wave - does psychiatry have a role? *Journal of Psychiatric Practice*; 12: 384-90.
21. Royal College of Psychiatrists (2009) *Good Psychiatric Practice (3rd edn)* (College Report CR154). Royal College of Psychiatrists.

Komentarz



**Prof. dr hab. n. med.
Jacek Bomba**

Profesor Dinesh Bhugra, aktualny prezydent Royal College of Psychiatrists, oraz dr Susham Gupta, psychiatra przedstawili ciekawą, także dla nas, psychiatrów w Polsce, refleksję nad zawodową sytuacją psychiatrów. Może najważniejszym założeniem ich analizy jest koncepcja umowy społecznej, z której wywodzą znaczenie integracji grupy zawodowej w negocjowaniu zasad realizacji zadań. Twierdzą oni, że zmiana okoliczności społecznych nie została dostrzeżona przez psychiatrów, co przyczyniło się do utraty poczucia autonomii. Perspektywę poprawy dostrzegają we wzmocnieniu i przestrzeganiu zasad profesjonalizmu. Ten zaś definiują jako przyjęcie i przestrzeganie: dobra pacjenta, autonomii pacjenta i sprawiedliwości społecznej, oraz wspieranie i stosowanie dobrej praktyki lekarskiej.

Zadaniem stowarzyszeń zawodowych, takich jak Royal College of Psychiatrists czy Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, jest dbanie o utrzymanie i przestrzeganie standardów wymienionych powyżej wartości. Bhugra i Gupta cytują stanowisko Royal College of Physicians z 2005 roku opisujące medycynę jako: „powołanie, w którym wiedza lekarza, jego umiejętności kliniczne i rozum łączą się w służbie ochrony i przywracania dobrostanu człowieka. Ten cel realizuje się poprzez partnerstwo pacjenta i lekarza, które opiera się na wzajemnym poszanowaniu, indywidualnych obowiązkach i właściwej odpowiedzialności”. A więc jednak powołanie.

Określenie powołania nie jest łatwe, chociaż tego pojęcia używa się chętnie i łatwo. Encyklopedyczne wyjaśnienie podkreśla działanie z pobudek raczej altruistycznych niż materialnych. Nie można też pominąć znaczącego w naszym kraju odwoływania się do nauczania Kościoła katolickiego, który powołanie w medycynie określa jako posługę.

Katedra Psychiatrii UJ CM, Kraków.

Z drugiej jednak strony, lekarze, także psychiatrzy, mojego pokolenia ciągle nie uporali się z nadużywaniem pojęcia powołanie utrzymywania ich przez władze państwowe w upokarzającej bierności. O ile jednak można było przed ćwierćwieczem żywić przekonanie, że PTP nie zachowywało bierności i z powodzeniem utrzymywało standardy wartości,¹ to wydaje się, że w zmienionych warunkach, przy odtworzonym samorządzie lekarskim sprawy nie mają się najlepiej. Dlaczego?

Bhugra i Gupta, podobnie zresztą jak wcześniej Katschnig,² widzą przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne. Spośród zewnętrznych, także podobnie jak Katschnig dostrzegają wzrost samodzielności i aktywności innych niż lekarze profesjonalistów opieki nad zdrowiem psychicznym: asystentów społecznych, pielęgniarek i psychologów. Chociaż inaczej niż Katschnig – odnotowują wysoki poziom zaufania asystentów społecznych do psychiatrów. Przywiązują przy tym większe znaczenie do tego, że psychiatrzy nie zajmują stanowiska, dostrzegając łamanie zasad etyki zawodowej przez kolegów. Taka obojętność, czy może lepiej nieangażowanie się, i w Polsce jest postrzegana jako źródło utraty zaufania pacjentów do lekarzy dzięki interpretacji, według której idzie o wspieranie się i ukrywanie wykroczeń przez koleżanki i kolegów. Nie mamy jednak wyraźnych informacji o kierunku zmian zaufania społecznego do lekarzy, w szczególności do psychiatrów. Nie można przecież wyciągać wniosków jedynie z krytycznych doniesień prasowych. Te nie zainicjowały w Polsce debaty publicznej. Odsłaniają jedynie znaczenie i potrzebę takiego zaufania.

Sądzę, że niedostrzegalne są jeszcze w Polsce konsekwencje dostępu pacjentów i ich rodzin do przystępnie redagowanej informacji medycznej. Część z niej przygotowujemy sami. Dzieje się tak w związku z promocją wiedzy, uświadamianiem celowości wczesnych interwencji. Także w ramach psychoedukacji. Jest to złożony problem, a to dlatego, że uzyskujemy w ten sposób jedne z ważnych celów działania – autonomię pacjenta. Wydaje mi się przecież, że nie kosztem autonomii psychiatry. Autonomia pacjenta i jego rodziny nie zmniejsza autonomii lekarza. Chyba że jest to autonomia pozorna, oparta na niekwestionowanym autorytecie i niepodważalnej ekspertyzie.

Jako zewnętrzne zagrożenie dla autonomii lekarza, także lekarza psychiatry, postrzegam urynkwowanie opieki nad zdrowiem. Nie czuję się przekonany argumentami pozwalającymi uznać działania podejmowane przez psychiatrów (a właściwie przez wszystkich profesjonalistów opieki nad zdrowiem psychicznym) za produkty takie same jak chleb i buty. Takie wykorzystanie ekonomii do organizacji opieki zdrowotnej redukuje pracę psychiatry do postępowania według algorytmów zakontraktowanych przez płatnika. Poszerza jedynie o umiejętności myślenia biurokratycznego, przez co rozumie interpretacje zapisów prawnych według ich litery. Ten proces zaczyna się zresztą bardzo wcześnie, bo już w fazie szkolenia podyplomowego, w toku którego większe znaczenia ma urzędnicza interpretacja przepisów niż argumenty merytoryczne.

Organizacje psychiatrów, takie jak towarzystwa naukowe lub Sekcja Psychiatrii Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów, zabiegają o wysoki poziom kształcenia podyplomowego i ustawicznego. Poza wiedzą medyczną, oczywiście opartą na dowodach, przywiązują wagę do umiejętności relacji z innymi, nie tylko pacjentami, a także do umiejętności pracy zespołowej, kierowania zespołami i zarządzania środkami. Tak rozumiany profesjonalizm może rzeczywiście wzmocnić pozycję psychiatrów w społeczeństwie.

Tyle tylko, że wzory kulturowe, przynajmniej dotychczas, zmieniały się bardzo wolno. Tradycja psychiatrii to w ogromnej mierze tradycja opiekuna. Antypsychiatrzy twierdzili nie tak dawno, że to także funkcja strażnika – w imię społeczeństwa i na jego rzecz – przed niebezpiecznymi. Wydaje mi się, że o takim postrzeganiu psychiatrów chyba zapominamy. Tylko czy słusznie? I jaki profesjonalizm pomoże nam w renegocjowaniu umowy społecznej na zasadach, których byśmy oczekiwali. I już ostatnie pytanie. Czy wiemy, jakie to są te zasady, według których chcielibyśmy renegocjować umowę społeczną.

Piśmiennictwo

1. Bomba J, Szymusik A, Piotrowski A: Psychiatry in Eastern Europe. *Am J Psychiat*. 1993,150(6):988-989.
2. Katschnig H: Czy psychiatryz są gatunkiem zagrożonym? Obserwacje dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych wyzwań stojących przed naszym zawodem. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010,19(2): 89-98.