

Czy postęp w medycynie służy lekarzom?

ALLAN J. JACOBS MD, JD

Postęp wiedzy medycznej przyniósł nowe, lepsze sposoby leczenia i środki farmakologiczne, co poprawiło możliwości leczenia naszych pacjentów, jednak jego produkty uboczne, jakimi są schematyzacja i biurokratyzacja, obniżyły nasz status zawodowy oraz zmniejszyły satysfakcję z wykonywania zawodu i zarobki. Czy istnieje złoty środek?

Po II wojnie światowej medycyna oparta na faktach szybko zastąpiła zwyczaj i tradycję. Rozwój metod obrazowania i badań laboratoryjnych zwiększył skuteczność diagnostyczną. Farmaceutyki i inne metody terapeutyczne zwiększyły nasze możliwości w zakresie leczenia i zmniejszania dolegliwości w poszczególnych chorobach. Na przykład wskaźnik przeżycia dla wszystkich rodzajów nowotworów wzrósł między 1950 a 1990 rokiem z 27 do 550%.¹ Co jednak interesujące, mimo że skuteczność lekarzy wzrosła, zmniejszyła się ich satysfakcja z wykonywania zawodu.²

W 1973 roku wątpliwości dotyczące wybranej przez siebie ścieżki kariery zgłaszało mniej niż 15% lekarzy. Sondaże przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu wskazują jednak, że 30-40% lekarzy nie wybrałoby tej profesji, gdyby miało możliwość ponownego dokonania wyboru, a jeszcze większy odsetek odradziłby taki wybór własnym dzieciom. W 1995 roku w sondażu telefonicznym, którym objęto 2000 lekarzy, 40% odpowiedziało, że nie rekomendowałoby tego zawodu studentom rozpoczynającym naukę w liceum.

W ogólnonarodowym sondażu przeprowadzonym w 1981 roku 48% spośród 1426 pytanym lekarzy stwierdziło, że 10 lat wcześniej polecałoby wybór zawodu lekarza znacznie bardziej niż dzisiaj. W badaniu z odległą obserwa-

cją, ogłoszonym w 2001 roku, 58% spośród 2608 doktorów stwierdziło, że ich entuzjazm dla medycyny zmniejszył się w ciągu ostatnich 5 lat, a 87% uznało, że w tym czasie obniżyło się morale lekarzy.

Lekarze z Massachusetts, których ankietowano telefonicznie w 2001 roku na temat ich poglądów na wykonywanie zawodu lekarza, pięć lat wcześniej mówili o rosnącym niezadowoleniu dotyczącym w zasadzie wszystkich aspektów wykonywanego zawodu, w tym dochodów, obciążenia pracą i czasu, który należy poświęcić na czynności administracyjne.

W sondażu przeprowadzonym wśród lekarzy w Kalifornii w 1991 i następnie w 1996 roku wskaźnik osób nie w pełni usatysfakcjonowanych wykonywaniem zawodu wzrósł z 53 do 63%.

Ostateczną przyczyną braku satysfakcji zawodowej lekarzy jest ten sam proces, który doprowadził do sukcesu medycyny. Zmiana postrzegania medycyny ze sztuki lekarskiej na rzecz stosowania określonych naukowo zasad postępowania wpłynęła na charakter pracy i pozycję społeczną lekarza. To z kolei spowodowało spadek przychodów, wzrost znaczenia zasad opłacalności³ i liczby procesów o błąd w sztuce lekarskiej.

Obiektywna wiedza medyczna pozwoliła określić najlepsze sposoby postępowania, co z kolei doprowadziło do powstania dobrze zdefiniowanych standardów. Lekarze, którzy stosują się do standardów, powinni postępować podobnie i mieć podobne możliwości. W rezultacie przestaje mieć znaczenie osoba lekarza – można go zastąpić innym. Taki proces nazywa się schematyzacją. Schematyzacja umożliwia organizacjom i płatnikom standaryzację ról i egzekwowanie standardowych reguł, w tym sposobów działania i wynagrodzeń. To zjawisko nazywamy biurokra-

Dr Jacobs, chair, obstetrics and gynecology, Flushing Hospital Medical Center, Flushing, Nowy Jork, professor obstetrics, gynecology and reproductive medicine, affiliated faculty, Center for Medical Humanities, Compassionate Care and Bioethics, Stony Brook University School of Medicine, Stony Brook, Nowy Jork. Dr Jacobs nie zgłosił żadnych konfliktów interesów, faktycznych ani możliwych, w związku z treścią tego artykułu.

Opinie przedstawione w tym artykule wyrażają zdanie dr Jacobsa i nie odzwierciedlają stanowiska instytucji, których jest członkiem, ani też wydawcy i redaktorów *Contemporary OB/GYN*.

tyzacją. Oba powyższe procesy sprawiły, że lekarze znaleźli się pod presją płatników, pacjentów, władz i szpitali, co spowodowało zmniejszenie płynącego z zewnątrz uznania dla wykonywanej pracy.

Praktyka lekarska przynosi także mniej wewnętrznej satysfakcji. Standaryzacja w medycynie spowodowała, że jej praktykowanie stało się mniej kreatywne. Co więcej, oczekuje się sukcesu, a złe wyniki kliniczne uważane są za skutek popełnianych błędów. Lekarz nie jest już bohaterem, gdy osiąga sukces, ale jest potępiany za jego brak. Wielu czuje się naciskanych przez ubezpieczycieli, aby zwiększać liczbę pacjentów zarówno w szpitalach, jak i praktyce ambulatoryjnej, korzystać z baz danych zbierających wszystkie informacje o pacjentach i rejestrować czas pracy za pomocą kart zegarowych.

Schematyzacja

Wizyta u lekarza w latach 50. XX w. kosztowała około 10 dolarów, ale niektórzy lekarze za konsultację otrzymywali ponad 1000 dolarów. Dziś nie ma takiej możliwości, aby wizyta u jednego lekarza kosztowała sto razy więcej niż u innego.

Profesjonaliści w innych dziedzinach, posiadający większe niż inni umiejętności osiągają znacznie większe dochody i cieszy się większym szacunkiem. Weźmy takie postacie, jak Andrea Agassi czy Meryl Streep: żaden z milionów weekendowych amatorów tenisa ani żadna z aktorek amateerek nie jest w stanie uczynić ze swoich umiejętności źródła utrzymania. Częściowo z tego powodu ludzi, którym płaci się za ich zdolności, uważa się za artystów. Również rzemieślnicy różnią się pod względem zdolności i osiągniętych dochodów, choć nie tak bardzo jak artyści.

Z kolei pracownicy przemysłowi wykonują zawód o standardowych dochodach, które zasadniczo nie przekraczają pewnych granic. Zakłada się, że prawie zawsze wykonują oni swoje zadania właściwie. Jest to możliwe, ponieważ sposób zarządzania doprowadził do standaryzacji i uproszczenia pracy.

Wreszcie inne zawody, takie jak na przykład kasjera w banku, są wystarczająco proste, aby osoba z jedynie minimalnym przeszkoleniem rzadko popełniała błędy.

W momencie, gdy produkcja czy usługa wymaga raczej wykonywania zadań i realizacji pewnych umiejętności niż sztuki, możliwe jest zwiększenie efektywności produkcji, pojedynczy produkt jest tańszy, a jego jakość bardziej porównywalna. Na przykład: odkąd na początku XIX stulecia uprzemysłowiono produkcję broni i odzieży, ich ceny spadły, a jakość się poprawiła. Społeczeństwo ceni uprzemysłowienie, gdyż więcej jest potencjalnych konsumentów produktu niż producentów.

Skutkiem ubocznym uprzemysłowienia jest zmniejszenie wewnętrznej i zewnętrznej satysfakcji pracownika, jaką czerpie ze swojej pracy. Jeśli jakość pracy się różni, pracownicy cieszą się dużym stopniem niezależności, gdyż zarówno

klienci, jak i pracodawcy – aby zaspokoić swoje potrzeby – szukają osób posiadających unikalne lub rzadkie zdolności.

Ponadto im bardziej powtarzalna staje się praca, tym niższe jest wynagrodzenie. W miarę standaryzacji maleje również różnica między pracą wykonaną wspaniale i przeciętnie. Najlepszy sportowiec czy aktor zarabia wielokrotnie więcej niż przeciętny, ale najlepszy i najgorszy urzędnik osiągają podobne dochody. Różnice w dochodach nie wynikają ze zdolności czy sposobu wykonania pracy, ale czynników niezwiązanych z zawodem, takich jak starszeństwo czy lokalizacja.

W miarę postępu uprzemysłowienia maleje także wewnętrzna satysfakcja z wykonywania zawodu. Powtarzalność pracy minimalizuje znaczenie osobistej oceny i kreatywności i pogłębia znużenie. Coraz łatwiej popełnić błąd, za to trudno się wyróżnić. Pracownicy przemysłu nie mogą zrobić więcej, niż wykonać poprawnie swoje zadania, mogą natomiast zawieść. Człowiek może jedynie poprawnie zastosować konkretny element lub się pomylić. Co oczywiste: unikanie błęd przynosi mniej satysfakcji niż dążenie do doskonałości.

Schematyzacja w medycynie

Praca lekarzy została uprzemysłowiona. Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób stało się bardziej precyzyjne i wystandaryzowane, a większość zasad leczenia została ujęta w reguły, zalecenia i procedury.

Jednocześnie lekarze różnią się znacznie pod względem umiejętności zbierania wywiadu, badania przedmiotowego i podejmowania decyzji klinicznych. Chirurdzy różnią się pod względem umiejętności operatorskich. W środowisku naukowym odwołania do praktyki szanowanego lokalnego klinicysty są równie poważnie traktowane jak odwołania do piśmiennictwa. Co najmniej od pięćdziesięciu lat diagnostyka i leczenie stawały się coraz bardziej obiektywne i coraz prostsze.

Na przykład w latach 70. XX w. położnicy szacowali datę rozwiązania na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, które często były sprzeczne. Musieli zatem osądzić, które czynniki uznać za istotne przy określaniu przewidywanego terminu porodu. Obecnie istnieje możliwość wczesnego wykonania badania USG i na jego podstawie ścisłego ustalenia daty porodu.

Podobnie przed laty położnicy monitorowali stan płodu podczas wizyty za pomocą osłuchiwanie słuchawką Pinarda. Dobry, ale raczej mający szczęście położnik mógł wychwycić subtelne zwolnienie czynności serca płodu. Obecnie potrzebujemy jedynie spojrzeć na obraz na monitorze, aby ocenić stan płodu. Tam, gdzie kiedyś prowadzenie ciąży wymagało doświadczenia i fachowego nadzoru, obecnie istnieją przyjęte narodowe standardy postępowania regulujące zasady działania w powszechnych problemach, takich jak np. naciśnięcie w czasie ciąży czy zakażenie paciorkowcowe. Położnicy konsultują się dziś ze specjalistami perinatologii

w kwestiach, w których nie daje się wprost zastosować standardów. Niewątpliwą korzyścią jest fakt, że śmiertelność płodów spowodowana przyczynami, którym można zapobiec, spadła między 1965 a 1990 rokiem o 65%.⁴

W praktyce ginekologicznej również pojawiło się wiele badań, standaryzacji i uproszczeń. Leczenie niepłodności i nowotworów w dużym stopniu prowadzą obecnie certyfikowani podspecjaliści. Chirurgia ogólna stała się prostsza. Na przykład sterylizacji dokonuje się obecnie metodą histeroskopowej okluzji jajowodu zamiast histerekтомii przezpochwowej lub przezpochwowego podwiązania jajowodów. Nowe techniki operacyjne, takie jak zakładanie szwów mechanicznych (stapling) i elektrochirurgia sprawiły, że zabiegi operacyjne stały się prostsze i bezpieczniejsze.

Zaleceń standaryzujących opiekę nad pacjentką jest coraz więcej. Od 2010 roku American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) przyjęło co najmniej 67 opinii klinicznych grup badawczych (Committee Opinions) lub zaleceń dotyczących praktyki (Practice Recommendations). Poszczególne instytucje przyjęły ich jeszcze więcej.

W innych dziedzinach medycyny dzieje się podobnie. Operacja wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych wymaga delikatnego, szybkiego i właściwego utworzenia zespoleń naczyń krwionośnych. Jeśli różnice w umiejętnościach poszczególnych lekarzy wpływały na wynik leczenia, odbijało się to w oczywisty sposób na tej procedurze. W latach 2006-2008 w Nowym Jorku 122 lekarzy wykonało co najmniej po 50 procedur. Jedynie 7 chirurgów osiągnęło wynik lepszy lub gorszy niż przeciętna krajowa śmiertelność dla tego zabiegu wynosząca 1,81%.⁵ Poziom istotności statystycznej $p < 0,05$ oznacza, że w takiej grupie można oczekiwać, że 6 chirurgów osiągnie wynik lepszy lub gorszy bez istotnej faktycznej różnicy w umiejętnościach. Taki wynik oznacza, że prawie każdy chirurg jest w stanie podobnie bezpiecznie wykonać pomostowanie aortalno-wieńcowe. Z punktu widzenia placówek opieki zdrowotnej i płatników czyni to ich całkowicie możliwymi do zastąpienia.^{6,7}

Prewencja i leczenie mniej powszechnych schorzeń również w dużym stopniu są przedmiotem standaryzacji. Na przykład szpitale informują o osiągnięciu ponad 90% zgodności postępowania ze standardami określonymi przez Surgical Care Improvement Project (SCIP).⁸ Wprowadzenie audytów⁹ i komputeryzacja zapisów^{10,11} dodatkowo zwiększają stopień stosowania się do określonych nimi zasad. Stosowanie standardów zmniejsza częstość zakażeń chirurgicznych, ale zmniejsza znaczenie oceny dokonanej przez lekarza. Lekarz może popełnić błąd, ale nie może przekroczyć granic standardu.

Biurokratyzacja

W latach 60. XX w. grupa ginekologów w Stanach Zjednoczonych wykonała u chorych na nowotwory zabieg

chirurgiczny w obrębie jelit i układu moczowego i zastosowała uzupełniającą chemioterapię. W tym momencie powstała nowa podspecjalizacja: onkologia ginekologiczna, co miało poprawić wskaźniki wyleczeń i zwiększyć bezpieczeństwo kobiet, u których rozpoznano nowotwór w obrębie narządu rodowego. Obecnie żaden szpital nie pozwoli lekarzom na rozszerzenie zakresu działań terapeutycznych w taki sposób, jak zrobili to tamci pionierzy. Szpitale precyzyjnie określają przywileje i przyznają je ściśle określonym grupom lekarzy. Lekarzom bardzo trudno uzyskać prawo do wykonywania nowych procedur.

Weber¹² definiuje biurokratyzację jako system pracy, w którym decydujące znaczenie mają dobrze zdefiniowane role i rządzące nimi reguły. Zasady te określają, w jaki sposób pracownicy mają wypełniać swoje zadania, jak są nadzorowani i wynagradzani. W medycynie rolę takich reguł pełni system licencji, certyfikatów i referencji, a ze strony szpitala i władz prawo – zasady i regulaminy. Co więcej, opieka medyczna jest prowadzona w sposób, który dyktują algorytmy stworzone przez instytucje ubezpieczeniowe i administrowane przez urzędników bez wykształcenia medycznego.

Reguły decydują także w kwestii rachunków i płatności. Płatności reguluje tabela powiązana z kodami wykonanych procedur, które lekarz musi powiązać z odpowiednim rozpoznaniem. Błąd może oznaczać grzywnę i postępowanie sądowe. Zbiór kodów poszczególnych procedur – 2011 Current Procedural Terminology – liczy 630 stron. Klasyfikacja zawierająca kody statystyczne jednostek chorobowych (International Classification of Diseases Ninth Revision, ICD-9) jest jeszcze dłuższa. Reguły rządzące praktyką szpitalną i płatnościami stają się coraz bardziej złożone.

Konsekwencje

W rezultacie coraz trudniej lekarzowi prowadzić praktykę zgodnie z wymaganiami płatników i instytucji regulujących. Ponieważ instytucje muszą to robić, muszą też rozszerzyć kontrolę nad indywidualnymi praktykami medycznymi. W 2004 roku 65,5% lekarzy pracowało na zasadzie samozatrudnienia, 8,4% było zatrudnionych przez innych lekarzy, a 26,1% przez instytucje.¹³ Nieuchronna wydaje się bliska eliminacja praktyk prywatnych.

Schematyzacja i biurokratyzacja w medycynie będą postępowały wraz z postępem technologii, niezależnie od sposobu finansowania usług medycznych. W coraz większej liczbie chorób będzie możliwe ustalenie trafnego rozpoznania i zastosowanie skutecznego, standardowego leczenia, ale lekarze będą mniej kreatywni, będą podejmowali coraz mniej decyzji na podstawie własnej oceny sytuacji i coraz bardziej będą skupiać się nie tyle na dążeniu do doskonałości, ale na unikaniu błędów.

Lekarze będą mieli coraz mniejsze znaczenie i gorszą pozycję w oczach pacjentów, szpitala, pracodawców i płatników.

Na przykład większość pacjentów zmieni swojego długoletniego lekarza, jeśli znajdzie się on poza siecią i będzie droższy. Zmienność lekarzy zmniejsza zatem ich dochody. Między 1995 a 2003 rokiem dochody lekarzy zmniejszyły się o 7% (po skorygowaniu o poziom inflacji).¹⁴

Wkrótce większość lekarzy będzie zatrudniona przez duże organizacje, w których nie będą oni udziałowcami. Wydaje się to nieuchronne nawet bez udziału rządu, władze jednak – świadome znaczenia dużych grup dla kontrolowania kosztów i jakości usług – również wywierają swój wpływ. Opublikowanie dokumentu Patient Protection and Affordable Care Act 2010 r. ma zmusić lekarzy do przynależności do dużych organizacji odpowiedzialności zawodowej.

Elektroniczne bazy danych pacjentów (electronic medical records, EMR) będą zawierały wbudowane algorytmy postępowania, które będą wymuszały ich stosowanie. Będą podpowiadały lekarzom pytania i sposoby leczenia, które trzeba zastosować. Bazy te będą konieczne, aby poradzić sobie z wymaganiami firm nadzorujących i płatników. Tak skomplikowane bazy danych mogą się okazać poza finansowym zasięgiem niezależnych lekarzy, co stworzy dla nich kolejny impuls do tego, aby stać się szeregowymi pracownikami.

Wysoki stopień zdolności poznawczych, takich jak kreatywność i zdolność oceny sytuacji, będzie konieczny w przypadku osób zatrudnionych na stanowiskach naukowych. Jedynie niewielka elita akademicka będzie szkolona na liderów, natomiast pozostali będą szkoleni na klinicystów. Liderzy będą włączeni w pracę z pacjentem jedynie w minimalnym stopniu.

Klinicyści będą postrzegali swoją pracę raczej jako sposób utrzymania, nie jako karierę. Będą oni bardziej skłonni wybierać specjalizację, które oferują krótkie, przewidywalne godziny pracy.¹⁵ Ludzie ambitni, którym będzie się chciało inwestować wiele godzin swojej pracy dla możliwej wielkiej nagrody, będą wybierali inne zawody, takie jak bankowość inwestycyjna, prawo czy informatyka, ale nie medycyna kliniczna.

Klinicyści coraz częściej będą postrzegać siebie jako pracowników, a nie profesjonalistów. American Medical Association ostrożnie proponuje zakładanie lekarskich związków zawodowych, używając w tym kontekście terminu „niezależne organizacje ds. negocjacji”.¹⁶ W tej sytuacji może – podobnie jak zdarzało się to w innych krajach – dochodzić do strajków lekarzy,¹⁷⁻¹⁹ a ich poglądy polityczne będą dryfowały coraz bardziej w lewo.²⁰

Jedyny czynnik, który może wyróżnić lekarza wśród innych, to jego zdolność do przyciągnięcia pacjenta i prze-

konania go do zgody na proponowany sposób leczenia. Innymi słowy, ambitnych klinicystów będą wyróżniały przede wszystkim ich zdolności interpersonalne. Być może to nieuniknione „klimatyczne przesunięcie” w medycynie poprawi przynajmniej maniery lekarzy w kontakcie z pacjentem.

Contemporary OB/GYN, 2011, No. 7, July 2011, p. 29. Is „progress” good for your practice?

PIŚMIENNICTWO

1. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review 1973-1999. <http://www.mindfully.org/Health/2002/SEER-Cancer1950-99.htm>. Accessed June 17, 2011.
2. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med.* 2004; 350(1):69-75.
3. Hadley J, Mitchell JM. Effects of HMO market penetration on physicians' work effort and satisfaction. *Health Aff (Millwood).* 1997;16(6):99-111.
4. Singh GK, Yu SM. Infant mortality in the United States: trends, differentials, and projections, 1950 through 2010. *Am J Pub Health.* 1995;85(7):957-964.
5. Percutaneous coronary interventions (PCI) in New York State 2006-2008. New York State Department of Health Web site. http://www.nyhealth.gov/statistics/diseases/cardiovascular/docs/pci_2006-2008.pdf. Published December 2010. Accessed June 15, 2011.
6. Copeland GP, Sagar P, Brennan J, et al. Risk-adjusted analysis of surgeon performance: a 1-year study. *Br J Surg.* 1995;82(3):408-411.
7. Sommer F, Ehsan A, Klotz T, Haupt G, Caspers H-P, Engelmann U. Comparison of individual urologists' performance. *Eur Urol.* 2001;39(4):369-374.
8. Berenguer CM, Ochsner MG Jr, Lord SA, Senkowski CK. Improving surgical site infections: using National Surgical Quality Improvement Program data to institute Surgical Care Improvement Project protocols in improving surgical outcomes. *J Am Coll Surg.* 2010;210(5):737-741,741-743.
9. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD000259.
10. East J, Krishnamurthy P, Freed B, Nosovitski G. Impact of a diabetes electronic management system on patient care in a community clinic. *Am J Med Qual.* 2003;18(4):150-154.
11. Tung Y, Duffy LC, Gyamfi JO, et al. Improvements in immunization compliance using a computerized tracking system for inner city clinics. *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42(7):603-611.
12. Weber M. *Economy and Society.* Roth G, Wittich C, eds. Berkeley, CA: University of California Press; 1978:956-962.
13. Kane CK; American Medical Association Center for Health Policy Research. Physician marketplace report. <http://www.ama-assn.org/resources/doc/health-policy/pmr-022004.pdf>. Published February 2004. Accessed June 15, 2011.
14. Tu HT, Ginsburg PB. Losing ground: physician income, 1995-2003. Center for Studying Health System Change. Tracking Report No. 15. <http://hschange.org/CONTENT/851/851.pdf>. Published June 2006. Accessed June 21, 2011.
15. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA.* 2003;290(9):1173-1178.
16. Greenhouse S. Angered by H.M.O.'s treatment, more doctors are joining unions. *The New York Times.* February 4, 1999:A1.
17. Baer N. Despite some PR fallout, proponents say MD walkouts increase awareness and may improve health care. *Can Med Assoc J.* 1997;157(9):1268-1271.
18. Athens News Agency: News in English (AM), 98-12-22. Athens hospital physicians' workstoppages over payments. <http://www.hri.org/news/greek/apeen/1998/98-12-22.apeen.html>. Published December 1998. Accessed June 21, 2011.
19. Harrison M. A profession in conflict: Union militancy among Israeli physicians. *Current Research on Occupations and Professions.* 1991;6:179-199.
20. Ackermann RT, Carroll AE. Support for national health insurance among U.S. physicians: a national survey. *Ann Intern Med.* 2003;139(10):795-801.

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski
Redaktor naczelny *Ginekologii po Dyplomie*

Artykuł „Czy postęp w medycynie służy lekarzom?” jest dość niepokojący, nieco kontrowersyjny, rozumiem redakcję *Contemporary OB/GYN*, że na wszelki wypadek w pewnym stopniu odcina się od niego, ale po przeczytaniu go drugi raz, zupełnie na spokojnie przyznaję, że w ogromnej mierze się z nim zgadzam. Frustracja, którą i my przeżywamy, wynika z wielu przyczyn, część z nich jest podobnych do przedstawionych w artykule, część jest zupełnie odmienna i wynika z zupełnie innego pojmowania roli lekarza w tym czasie, gdy tym lekarzem się stawałem. Mam medyczne korzenie i nie wyobrażałem sobie nigdy, że mógłbym coś innego w życiu robić. Od wielu lat żartuję sobie, że lekarzem zostałem na złość mojej mamie, która zawsze odradzała mi ten zawód, ale również zawsze pokazywała, że jest to najpiękniejszy zawód świata. Wychowywałem się w głębokim przekonaniu o tym, że medycyna jest sztuką, ale w czasie, kiedy w Polsce mówiło się o „służbie zdrowia”, bo lekarz miał służyć społeczeństwu, a nie być wirtuozem medycyny. W szkole uczyliśmy się o doktorze Judymie i wbijano nam przekonanie, że zupełnie wystarczającą rekompensatą za naszą pracę jest satysfakcja zawodowa. Socjalistyczna „służba zdrowia”, w której każdemu się wszystko należy, nikt nie odpowiada za własne zdrowie, wszystkiemu winni są „głupi lekarze” i „wredne pielęgniarki”, pozostała jeszcze w świadomości naszego społeczeństwa. Ten sposób myślenia jest jeszcze bardzo powszechny. Musi minąć co najmniej

pokolenie, żeby ludzie zrozumieli, że sami muszą inwestować w swoje życie i zdrowie, że nie polega to tylko na płaceniu składek do ZUS-u, że jest to sposób życia, dieta, ruch, ograniczenie nałogów i pozytywna relacja z tymi, którzy w trudnych momentach życia będą im pomagać w trosce o ich zdrowie. Pozytywna relacja zaistnieć może wyłącznie wtedy, gdy pacjenci będą mieć zaufanie do osób zajmujących się ochroną ich zdrowia. Niestety, lekarz pracujący 15 godzin na dobę (odsyłam do streszczenia pracy o ryzyku kardiologicznym wynikającym ze zbyt dużego obciążenia pracą zawodową) jest zmęczony, czasami mało sympatyczny, czasami niestety popełnia błędy. Niestety, godzina pracy mechanika samochodowego czy hydraulika jest lepiej płatna niż godzina pobytu przy stole operacyjnym... Ale brak zaufania do lekarzy wynika też z bardzo powszechnego, niestety, negowania działań naszych poprzedników, podważania kompetencji innych lekarzy. Jeżeli nasi pacjenci widzą, że my sami się nie szanujemy, to na pewno nie będą nas szanować. Każdy z nas popełnia błędy i powinniśmy o nich być informowani, bo inaczej, nie mając świadomości ich popełniania, żyjemy w euforii nieomyślności. Ale wiedza ta powinna być przekazywana między nami, a nie za pośrednictwem mediów, prawników ani podpuszczonych pacjentów. Co najmniej połowa skarg do rzecznika odpowiedzialności zawodowej to absurdalne zastrzeżenia wynikające najczęściej z nieodpowiedzialnych informacji przekazanych niezadowolonym pacjentom. Z drugiej strony, jeszcze dwadzieścia lat temu powszechnie praktykowaną relacją lekarz-pacjent była postawa paternalistyczna: lekarz – pan życia i śmierci – decydujący o wszystkim, co wolno i czego nie

Sprawdź swoją wiedzę

Ginekologia
po Dyplomie

TOM 13/NR 5 WRZESIEŃ 2011

- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.

- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.

- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.
- A. B. C. D. E.

Proszę wpisać dane albo przybić pieczętką z adresem

Imię i nazwisko

Adres

Telefon e-mail

I specjalność stopień II specjalność stopień

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Medical Tribune Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. 29 Listopada 10 dla celów marketingowych, w tym dla marketingu produktów i usług innych podmiotów. Zgadzam się na otrzymywanie informacji handlowych przesyłanych środkami komunikacji elektronicznej. Podane dane nie będą udostępniane innym podmiotom (odbiorcom). Dane zostały podane dobrowolnie. Każdej osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Odpowiedzi prosimy nadsyłać do dnia 10 listopada 2011 r. (decyduje data stempla pocztowego).

wolno robić. Oczywiście i dziś są pacjenci, którzy oczekują od nas podjęcia optymalnych, naszym zdaniem, dla nich decyzji. Co byśmy nie mówili, to jednak najczęściej my nieco więcej wiemy o chorobach i sposobach ich leczenia. Oczywiście, jak każdy chyba doktor, zawsze staram się sam leczyć, ale jeżeli decyduję się zasięgnąć pomocy lekarza innej specjalności, to naprawdę staram się nie przeszkadzać mu w jego robocie. Ale czasy ogromnie się zmieniły, pacjenci mają świadomość własnych praw, i bardzo dobrze, prawa pacjentów muszą być poszanowane – *vide* artykuł o łożysku wrośniętym w bliźnię u świadka Jehowy. Pacjenci mają prawo do poszanowania godności, uzyskania informacji, mają prawo podejmować decyzje dotyczące sposobów diagnostyki i terapii, najlepiej oparte na przekazanych przez nas sugestiach. Mają się prawo z nimi nie zgodzić i odmówić proponowanego postępowania. Ale zjawiskiem coraz powszechniejszym jest wizyta pacjentki u piątego z kolei lekarza, po przeczytaniu wszelakich sugestii internetowych, po dyskusji na czacie, na którym pacjentka dowiedziała się już, u których konowałów ma się już nie pokazywać, a kolejna konsultacja służyć ma wyłącznie utwierdzeniu pacjentki, że sama rozpoznała sobie chorobę, najlepiej wie jak ją leczyć, a wszyscy poprzedni po prostu się na tym nie znają. Czasami po godzinnej dyskusji z takimi pacjentkami i mnie się przestaje podobać medycyna.

Schematyzacja w medycynie – opracowanie standardów, upowszechnienie algorytmów postępowania – na pewno czyni z medycyny raczej technologię, a nie sztukę. Ale trudno

jest z tym polemizować, jeżeli w konsekwencji tego dochodzi do poprawy opieki medycznej, zmniejszenia śmiertelności, wydłużenia czasu i poprawy jakości życia. Jestem gorącym zwolennikiem popularyzacji sprawdzonych i skutecznych schematów postępowania i coraz większa ich powszechność dotyczy wszystkich działów medycyny. Ale to nie prawda, że stosowanie algorytmów zabija medycynę, czyniąc z nas egzekutorów zasad i reguł, bez możliwości ich modyfikacji. Powinniśmy znać te zasady, ale musimy pamiętać, że odnoszą się one do najczęstszych, typowych sytuacji. A ja nie pamiętam przeciętnego, typowego pacjenta, zawsze jest miejsce na konieczność modyfikacji, improwizacji, poszukiwanie lepszych rozwiązań. Ale zawsze wtedy powinniśmy umieć sobie odpowiedzieć na najważniejsze pytanie – dlaczego odstąpiłem od algorytmu, jaki jest tego cel, jakie uzasadnienie? Jeżeli potrafię na to pytanie logicznie odpowiedzieć, to w tym momencie medycyna staje się sztuką.

Pracuje się coraz trudniej. Na pewno do satysfakcji z bycia lekarzem nie przyczynia się przeogromna biurokracja narzucona nam przez płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia. Niewiele mi w tym pomogły izby lekarskie, towarzystwa naukowe. Na moim etapie pracy zawodowej przestałem umieć się cieszyć z sukcesu, częściej martwię się ryzykiem popełnienia błędu, porażki. Coraz rzadziej się cieszę. Ale kiedy mój najstarszy syn zdecydował, że wybierze inny zawód, oczywiście nie ingerowałem w żadnym stopniu, ale przyznam się, zrobiło mi się trochę przykro. Bo czy może być piękniejszy zawód niż lekarz?