

JUSTYNA BANKIEWICZ-NAKIELSKA^{1,2}, MACIEJ WALKIEWICZ³, MONIKA TYSZKIEWICZ-BANDUR^{1,2}, BEATA KARAKIEWICZ²

Z jakimi lekarzami pacjenci współpracują najchętniej? Umiejętności psychologiczne w relacji lekarz-pacjent

What kind of physicians do patients cooperate with more willingly?
Psychological skills in doctor-patient relation

¹Ośrodek Treningu Psychologicznego dla lekarzy KOHERENCJA, Szczecin

²Katedra Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³Katedra Psychologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

KEYWORDS

doctor-patient relation, adherence, psychological competence, medical profession, medical doctors, medical students

SUMMARY

Doctors' personality, his openness, empathy and kindness for many patients is just as important as the clinical experience. Unfortunately, some Polish physicians do not see the need to develop social and psychological skills. They do not perceive it as a professional tool. At the same time the number of formal complaints against physicians increases. Some lawsuits refer to the aspects of communication between doctor and patient. Research data present that there is a difference in communication skills between physicians who are sued and those who are not. The difference doesn't concern the number, quality or precision of the information about health condition they gave their patients. The point is that physicians who are not sued spend more time with the patients and they inform about treatment plan more accurately. Moreover they have a greater sense of humour and they like patients more than other medical doctors.

WPROWADZENIE

Charakter relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem jest dynamiczny. Obowiązujący do niedawna w medycynie paradygmat biomedyczny definiował oczekiwania wobec lekarzy przede wszystkim w obszarze posiadania wysokiej wiedzy o charakterze czysto klinicznym. Celem postępowania lekarza było usunięcie choroby somatycznej, która w myśl ówczesnej wiedzy nie miała związku ze sferą psychiczną. Pogląd ten miał swój początek w renesansie, kiedy to Kartezjusz w teorii dualizmu stwierdził, że ciało i umysł są w dużym stopniu niezależne. Podważył tym samym obowiązujący od V wieku p.n.e. pogląd Hipokratesa o ich nierozdzielności (1). Konsekwencją dualistycznego sposobu myślenia było traktowanie procesów psychicznych jako niepoddających się badaniu naukowemu, a tym samym często nierzeczywistych czy mniej wartościowych. Późniejsze odkrycia medycyny, między innymi prace Freuda czy Selye'go pokazały, że czynniki psychiczne w istotny sposób wpływają na przebieg chorób somatycznych, zwracając ją w stronę holizmu (2). Doktryna Kartezjusza, mimo iż nieaktualna, wciąż zdaje się wpływać na kształt relacji lekarza z pacjentem i niekiedy sceptyczny stosunek przedstawicieli zawodów medycznych

do zagadnień związanych ze sferą psychiczną. Jednakże część klinicystów zaczęła dostrzegać potrzebę rozszerzania swoich kompetencji o umiejętności psychologiczne, traktując je jako narzędzie pracy (3-5). Zwracali na to uwagę również sami pacjenci, coraz częściej oczekujący od pracowników sektora ochrony zdrowia: empatii, otwartości i życzliwości. Dla wielu z nich zachowanie lekarza zaczęło mieć również duże znaczenie, jak jego przygotowanie merytoryczne. Stało się istotne do tego stopnia, że mogło stanowić podstawę decyzji o zmianie lekarza (6). Dodatkowo postępujący rozwój techniki i biurokratyzacja opieki zdrowotnej sprawiły, że pacjenci coraz częściej doświadczali utraty poczucia bezpieczeństwa. Często nie rozumieli zaawansowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Korzystanie z coraz bardziej technicyzowanej opieki medycznej mogło sprzyjać napięciom i konfliktom pomiędzy chorymi a pracownikami ochrony zdrowia. Pacjenci zwracali także uwagę na trudności w komunikacji, brak szacunku dla ich poglądów oraz sformalizowanie kontaktu i leczenia, co prowadziło u nich do poczucia utraty podmiotowości (6, 7).

W związku z tym, w opiece zdrowotnej coraz częściej kładzie się nacisk na podmiotowość i autonomię pacjentów,

które są podstawą modelu konsumerycznego i mają na celu dbanie o prawa konsumenta. W tym ujęciu zadaniem lekarza staje się przywrócenie pacjentowi kontroli nad własnym zdrowiem, utraconej w efekcie choroby. Pacjent jest tu partnerem biorącym udział w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Wymaga to jednak od lekarza repertuaru umiejętności o charakterze psychologicznym, związanych z komunikowaniem, motywowaniem czy negocjowaniem wspólnej strategii leczenia (8-10). Kompetencje psychologiczne w pracy lekarza oznaczają przede wszystkim wiedzę o tym, w jaki sposób świadomie budować relację z pacjentem. Wspierają go w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami w kontakcie z chorym, ale także z własnymi emocjami wynikającymi z ogromnych obciążeń zawodowych.

ZJAWISKO „ADHERENCE”, CZYLI DLACZEGO NIE WSZYSCY PACJENCI STOSUJĄ SIĘ DO ZALECEŃ LEKARSKICH

„Adherence” oznacza stosowanie się do zaleceń i planu terapeutycznego, poprzedzone zrozumieniem przez chorego jego sensu i wspólne ustalanie go z lekarzem. *Adherence* dotyczy jednak szerszego kontekstu niż tylko stosowania się do zaleceń farmakologicznych. Obejmuje zmianę trybu życia, diety, nawyków (11). Tymczasem wielu lekarzy akceptuje niestosowanie się pacjentów do zaleceń pozafarmakologicznych. Skupiają się oni głównie na tym, czy pacjenci przyjmują leki. Co więcej, wielu lekarzy sądzi, że decyzja o przyjmowaniu lub nieprzyjmowaniu leków należy do pacjenta, oni zaś nie mają na nią wpływu (12-14). Podobnie sprawę traktują niektórzy pacjenci. Ich zdaniem leczenie często sprowadza się głównie do farmakoterapii. 35% pacjentów deklaruje jednak, że zdarza im się modyfikować zalecany przez lekarza sposób przyjmowania leków.

Badanie czynników wpływających na *adherence* pokazało, że jedną z kluczowych zmiennych determinujących współpracę pacjenta z lekarzem w tym obszarze jest jakość ich relacji, której podstawę stanowi zaufanie do lekarza. Pośród czynników wpływających na utratę zaufania do lekarza na pierwszym miejscu znalazły się: złe doświadczenia pacjenta lub jego bliskich ze służbą zdrowia oraz mało informacji na temat korzyści płynących z leczenia (15). Informowanie pacjentów sprowadzone wyłącznie do podkreślania negatywnych konsekwencji wynikających z niezastosowania się do zaleceń może przynosić odwrotny efekt. Potęguje u pacjenta lęk, powodując nasilenie mechanizmów wyparcia i zaprzeczenia, co z kolei wpływa na nieregularne przyjmowanie leków. Natomiast podkreślanie pozytywnych efektów stosowania się do zaleceń okazało się istotnym czynnikiem wpływającym na regularne przyjmowanie leków. Wśród pozostałych aspektów wpływających na *adherence* znalazły się między innymi: postawa pacjenta i jego rodziny wobec choroby i środowiska medycznego, postawa pacjenta wobec przyjmowania leków, wiedza i świadomość konsekwencji choroby, znajomość i rozumienie schematu leczenia (12-14).

Konsekwencje niestosowania się do zaleceń lekarskich to: wzrost zapotrzebowania na dalsze badania specjalistyczne, konieczność stosowania dodatkowych leków, zmniejszona efektywność leczenia czy wreszcie wzrost liczby hospitalizacji i zgonu. Szacuje się też, że ok. 10-20% hospitalizacji wiąże się z opisywanym zjawiskiem. W Stanach Zjednoczonych około 125 tysięcy zgonów rocznie wynika z nieprzebrzeżenia zaleceń lekarskich. Natomiast koszty, jakie generuje nieprzebrzeżenie zaleceń terapeutycznych w Polsce, wyceniane są średnio na 6 mld złotych rocznie. To prawie tyle, ile Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na zapewnienie opieki lekarzy rodzinnych dla całego kraju (12-14).

Ostatnie lata przyniosły duże zainteresowanie opisywanym zjawiskiem. Opracowywane są lokalne i narodowe strategie radzenia sobie z nim, między innymi raport WHO z 2006 roku (16), wytyczne Brytyjskiego National Institute for Health and Clinical Excellence (17) czy działania Komisji Europejskiej, związane z realizacją 7 Programu Ramowego – projektu, w ramach którego powstać mają wytyczne poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych dla całej Europy.

Wydaje się jednak, że trudno realizować wspomniane projekty bez pracy u podstaw, czyli kształtowania odpowiednich postaw i sposobu myślenia wśród studentów medycyny.

ZNACZENIE RYTUAŁU, CZYLI DLACZEGO PACJENCI UFAJĄ MEDYCYNIE NIEKONWENCJONALNEJ

Szacuje się, że w Polsce działa około 70 tysięcy uzdrowiaczy, którym z roku na rok przybywa pacjentów (18). W stronę medycyny alternatywnej często zwracają się chorzy, którzy są niezadowoleni ze sposobu traktowania ich przez lekarzy. Dawne czuwanie lekarza przy łóżku pacjenta zostało dziś zastąpione wczytywaniem się w ekran komputera. Szpitalne obchody polegające na wędrowaniu od łóżka do łóżka i rozmowie z chorym dziś często zastępują dyskusje odbywające się w pomieszczeniach odległych od pacjenta, w oparciu o obrazy komputerowe i analizę zaawansowanych danych. Jedynym brakującym elementem wydaje się być pacjent. Tak, jakby chory leżący w łóżku stał się jedynie ikonką prawdziwego pacjenta, znajdującego się w komputerze. Istnieje ogromna różnica między tym, co lekarze uważają za najlepszą opiekę, a tym, czego potrzebują pacjenci. Dla pacjenta wyrazem troski ze strony lekarza może być uwaga i wyrażanie wsparcia. Tymczasem przeciętny amerykański lekarz przerywa swoim pacjentom średnio co 14 sekund (19).

Badania Sharmy ujawniły następujący schemat postępowania chorych sięgających po medycynę niekonwencjonalną: najpierw zwracali się oni do lekarza rodzinnego i szukali porady u specjalistów (20). W efekcie niezadowolenia z leczenia i „nieukładających się poprawnie relacji z leczącym” kierowali się do przedstawicieli wiedzy paranaukowej. Najczęściej stawiane przez nich zarzuty wobec medycyny opartej na dowodach dotyczyły: koncentracji na symptomach

i pomijaniu przyczyn choroby oraz niesatysfakcjonującej relacji z lekarzem. Chorzy korzystający z medycyny niekonwencjonalnej często boją się proponowanej przez lekarza farmakoterapii, a stosowane metody leczenia uważają za zbyt inwazyjne. Ich zdaniem medycyna pomija społeczny aspekt chorób, np. niewystarczająco realizując potrzebę wsparcia w przypadku chorób terminalnych. Badania Sharmy dodatkowo wykazały, że wielu pacjentów, aby podjąć właściwe leczenie, odczuwa potrzebę zrozumienia swojej choroby. Chcą być lepiej poinformowani o swoim stanie, co zapewnia im kontrolę poznawczą sytuacji, w której się znaleźli. Bioenergoterapeuci natomiast często poświęcają więcej uwagi na wyjaśnienie tego, co dolega choremu. Traktując swoich pacjentów bardziej partnersko i holistycznie, uwzględniając ich potrzeby emocjonalne i sposób „przeżywania choroby” (20).

W Polsce zarządzeniem Ministra Zdrowia w 2002 roku powołano Radę do Spraw Niekonwencjonalnych Metod Terapii. Głównym celem jej działalności jest opracowanie merytorycznych założeń na temat prowadzenia tego typu aktywności, jej kontroli i monitorowania oraz inicjowanie badań naukowych weryfikujących niekonwencjonalne metody terapii. Medycyna alternatywna wydaje się więc być istotnym problemem społecznym, na którego kształt znaczący wpływ ma przygotowanie zawodowe lekarzy.

„OPIEKA SKONCENTROWANA NA RELACJI” (RCC)

Jedno z bardziej opiniotwórczych czasopism medycznych – „Journal of General Internal Medicine” – zaproponowało „nowy model praktykowania medycyny”, określony jako „opieka skoncentrowana na relacji” (ang. *relationship-centered care* – RCC). Model ten bazuje na założeniach, że: a) relacje zachodzące w systemie opieki zdrowotnej powinny zakładać podmiotowość ich uczestników, b) emocje są istotnym elementem tych relacji, c) wszystkie relacje zachodzące w obrębie opieki zdrowotnej opierają się na wzajemnych oddziaływaniach uczestniczących w nich osób, d) pielęgnowanie prawdziwych relacji w służbie zdrowia jest istotne i wartościowe moralnie (21). Współczesny sposób praktykowania medycyny wydaje się być jednak nadal daleki od postulowanych założeń. Wielu zaniedbań można by

uniknąć, poświęcając więcej uwagi lepszemu rozumieniu dynamiki relacji, jakie zachodzą w gabinecie lekarskim, trenowaniu lekarzy w obszarze kompetencji psychologicznych oraz docenieniu roli wzajemnego wpływu emocjonalnego w relacji lekarz-pacjent. Rozczarowanie wynikające ze sposobu budowania relacji między lekarzem a pacjentem może przyczyniać się do powstawania negatywnych konsekwencji dla każdej ze stron. Dla lekarza może oznaczać także wzrost ryzyka wnoszonych przeciwko niemu skarg i pozwów sądowych.

POZWY SĄDOWE, CZYLI DLACZEGO NIEKTÓRZY LEKARZE SĄ POZYWANI CZĘŚCIEJ NIŻ INNI

Błędy są wpisane w działalność medyczną. Szacuje się, że amerykański chirurg lub położnik pozywany jest do sądu średnio co 6 lat. W związku z tym w Stanach Zjednoczonych obniża się liczba lekarzy chętnych do podjęcia specjalizacji zabiegowych (22). Badania amerykańskie wskazują jednak, że niemalże 1/3 skarg pacjentów odnosi się do jakichś aspektów dotyczących komunikacji z lekarzem. Okazuje się, że większości tych skarg można byłoby uniknąć np. poprzez przeprosiny, udzielenie dodatkowych informacji czy wyjaśnień lub okazanie zrozumienia dla punktu widzenia pacjenta. Ponadto problemy związane z niewłaściwym budowaniem relacji z pacjentem, takie jak: nieokazywanie szacunku (36%), różnica zdań związana z oczekiwaniami wobec opieki (23%), niewłaściwe informowanie pacjenta (20%), brak zaufania do lekarza (18%) i postrzegana przez pacjenta dostępność lekarza (15%) stanowiły główne powody skarg pacjentów (23).

W Polsce liczba pozwów przeciwko pracownikom sektora ochrony zdrowia rośnie lawinowo (22). Na podstawie udostępnianych danych przez Izby Lekarskie można obserwować dynamikę tego zjawiska (tab. 1).

W wielu sprawach, które znajdują swój finał przed sądem, pacjenci opisują lekarza jako: niemiłego, mało mównego, zdenerwowanego lub nieprzystępnego. Pośród najczęstszych skarg pacjentów o łamanie prawa do poszanowania intymności i godności znajdują się między innymi: niestosowne komentowanie wyglądu, ubliżanie pacjentowi,

Tab. 1. Liczba skarg wpływających do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w poszczególnych miastach w latach 2010-2014

Miasto	2010	2011	2012	2013	2014	Wzrost (%)
Warszawa	b.d.	353	363	372	418	18%
Płock	12	27	36	20	b.d.	67%
Opole	64	73	58	75	80	25%
Bielsko-Biała	b.d.	72	100	99	96	33%
Szczecin	160	153	155	208	219	37%

Źródło: (24)

bezosobowe odnoszenie się do niego, narzucanie swoich poglądów lub komentowanie jego światopoglądu czy stylu życia (24) (tab. 2).

Z prezentowanych danych wynika, że częstą podstawą konfliktów lekarzy z pacjentami mogą być ich kompetencje psychologiczne. Do najczęstszych powodów nieporozumień zaliczyć można: błędy w komunikacji, nieokazanie szacunku dla podmiotowości pacjenta i kwestionowanie umiejętności pacjenta do oceny sytuacji. Doświadczenie bycia pozwanym do sądu przez pacjenta ma duży wpływ na oskarżonego lekarza, przyczyniając się do rozwoju zachowań podejmowanych przez niego w przyszłych kontaktach z pacjentami. Badanie lekarzy specjalizujących się w obszarach medycyny obarczonych dużym ryzykiem pozwów sądowych (chirurgia, medycyna ratunkowa, neurochirurgia, ginekologia, ortopedia i radiologia) wskazały, że prawie wszyscy pozwani (93%) w przeszłości raportowali o negatywnym wpływie tego doświadczenia na ich praktykę zawodową, związanym z lękiem przed kolejnymi pozwami. Presja odpowiedzialności prawnej zmniejsza satysfakcję zawodową lekarzy i uderza w jakość ich relacji z pacjentami. Dochodzi zatem do powstawania mechanizmu błędnego koła (23). Ponadto lekarze często

nie przyznają się przed swoimi kolegami do tego, iż zostali pozwani z uwagi na silną obawę stygmatyzacji i ostracyzmu środowiskowego (24).

Dla wielu z nich doświadczenie związane z pozwem sądowym jest generalizowane na negatywne emocje wobec pacjentów w ogóle i okazywane im często w sposób niebezpośredni, np. przez komunikację niewerbalną. Levinson i wsp. nagrali setki rozmów pomiędzy lekarzami a ich pacjentami (1200 wizyt pacjentów u 65 chirurgów i 59 lekarzy pierwszego kontaktu). Połowa badanych lekarzy nie była nigdy pozwana przez pacjentów, druga połowa była pozywana lub skarżona przynajmniej dwukrotnie. Skargi o zaniedbanie w tym badaniu były definiowane jako „każde wystąpienie pacjenta o odszkodowanie, pozew lub kontakt z prawnikiem reprezentującym pacjenta przeciw lekarzowi, bez względu na rezultat”. Zidentyfikowano wyraźne różnice pomiędzy grupami pozywanych i niepozywanych lekarzy. Lekarze, którzy nigdy nie stanęli przed sądem, spędzali ponad 3 minuty więcej czasu z każdym ze swoich pacjentów niż ci, którzy byli zaskarżani (18,3 vs 15 minut). Byli także bardziej skłonni do informowania o planowanych działaniach, tzw. *orienting comments*, np.: „najpierw pana zbadam, a potem omówimy stan pana zdrowia” lub „na koniec wizyty przeznaczymy chwilę na wszystkie pana pytania”. Pomagało to pacjentom lepiej zorientować się w sytuacji i czuć pewniej podczas wizyty. Ponadto niepozywani lekarze częściej angażowali się w aktywne słuchanie pacjenta, okazywane poprzez twierdzenia typu: „proszę mi o tym więcej opowiedzieć”. Mieli też większe poczucie humoru i śmiali się częściej niż ich pozywani koledzy. Co szczególnie interesujące – nie było różnicy pomiędzy liczbą i jakością informacji, jakich udzielali swoim pacjentom. W swoich rozmowach nie wprowadzali większej liczby szczegółów na temat stanu zdrowia czy zaleceń niż lekarze pozywani. Podstawową różnicą był po prostu sposób prowadzenia rozmowy (25).

Kontynuując tę analizę, Ambady i wsp. pozbawili nagrania Levinson i wsp. dźwięków o wysokiej częstotliwości, tak by niemożliwym stało się rozpoznanie pojedynczych słów. To, co otrzymali, było nagraniem zawierającym jedynie intonację, rytm i ton wypowiedzi, zupełnie pozbawionym jej znaczenia semantycznego. Następnie sędziowie kompetentni określili okazywane w kontakcie: ciepło, dominację, wrogość, niepokój, lęk. Okazało się, że tylko na podstawie tych ocen można było wskazać, którzy lekarze byli pozywani przez swoich pacjentów, a którzy nie (26).

Satysfakcja lekarza i pacjenta są ze sobą ściśle powiązane. Wiele zachowań lekarzy, na podstawie których przewidywano satysfakcję pacjentów, było tożsamych z zachowaniami, które ludzie podejmują, gdy kogoś lubią. Badania potwierdzają, że kiedy lekarze lubią swoich pacjentów, a pacjenci wierzą, że lekarze ich lubią, są bardziej usatysfakcjonowani z uzyskiwanej opieki nawet rok później. Wykazują także niższą gotowość do zmiany lekarza. Przekonanie pacjenta o byciu odrzucanym i negatywnie ocenianym przez lekarza, odbieranie jego zachowania

Tab. 2. Wybrana problematyka spraw, których najczęściej dotyczą skargi na lekarzy w Polsce z uwzględnieniem specjalizacji

Specjalizacja	Najczęstsze powody skarg
Chirurgia	<ul style="list-style-type: none"> – brak informacji o alternatywnych metodach leczniczych – brak informacji o ryzyku operacyjnym – zaniechanie naocznej kontroli pola operacyjnego
Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> – brak reakcji na pogarszający się stan ogólny pacjenta – brak informacji o ryzyku operacyjnym
Anestezjologia	<ul style="list-style-type: none"> – niewłaściwy nadzór pooperacyjny nad pacjentem
Medycyna rodzinna	<ul style="list-style-type: none"> – zbyt późne rozpoznanie nowotworu (płuc/prostata/piersi)
Choroby wewnętrzne	<ul style="list-style-type: none"> – zlekceważenie objawów rozpoczynającego się zawału serca (nierozpoznanie zawału serca) – brak wykonania oznaczenia poziomu troponiny
Kardiologia	<ul style="list-style-type: none"> – zlekceważenie objawów rozpoczynającego się zawału serca (nierozpoznanie zawału serca)
Neurologia	<ul style="list-style-type: none"> – zaniechanie diagnostyki obrazowej po urazach głowy
Medycyna paliatywna	<ul style="list-style-type: none"> – niewłaściwa kontrola bólu
Psychiatria	<ul style="list-style-type: none"> – nieuzasadnione przyjęcie do szpitala wbrew woli pacjenta

Źródło: (24)

jako lekceważenie czy brak szacunku wzbudza negatywne emocje. Pacjenci lekarzy, którzy zostali pozwani do sądu, byli przekonani, że ci lubią i szanują ich mniej niż deklarowali to sami lekarze. Prawdopodobnie nieporozumienie to wynikało z komunikacji niewerbalnej. Wydaje się, że w swojej mowie ciała lekarze nieumyślnie przekazywali negatywne nastawienie wobec pacjentów, np. poprzez ekspresję mimiczną czy ton głosu, którego, jak deklarowali, nie zauważyli. Taka sytuacja może wynikać z braku świadomości własnych emocji oraz znaczenia ich w kontakcie z drugim człowiekiem, a umiejętności te, jak wiadomo, mogą być nabywane w ramach treningu (25, 26).

WNIOSKI

Dla wielu pacjentów cechy osobowości lekarza, jego otwartość, empatia i życzliwość mają równie duże znaczenie jak przygotowanie merytoryczne. Część klinicystów niestety nie dostrzega potrzeby rozszerzania swoich kompetencji o umiejętności społeczne i psychologiczne, nie traktując ich jako narzędzia pracy.

Badanie czynników wpływających na współpracę pacjenta z lekarzem pokazało, że jedną z kluczowych zmiennych jest jakość relacji lekarz-pacjent, której podstawę stanowi zaufanie do lekarza. 1/3 pacjentów przyznaje się do modyfikowania zaleceń lekarskich. Niestosowanie się do zaleceń drastycznie zmniejsza efektywność leczenia poprzez wzrost zapotrzebowania na dalsze badania specjalistyczne, konieczność przyjmowania dodatkowych leków, wzrost liczby hospitalizacji czy częstsze zgony. Szacuje się też, że ok. 10-20% hospitalizacji wiąże się z opisywanym zjawiskiem.

Brak współpracy wynika zdaniem wielu pacjentów z tego, iż lekarze pomijają społeczny aspekt choroby. Dlatego część chorych gotowa jest skorzystać z pomocy medycyny niekonwencjonalnej. Tłumaczą to tym, że bioenergoterapeuci często poświęcają więcej uwagi na wyjaśnienie tego, co im dolega. Traktują swoich pacjentów bardziej partnersko i holistycznie, uwzględniając ich potrzeby emocjonalne i sposób „przeżywania choroby”. Jednocześnie liczba formalnych skarg na lekarzy wzrasta, a częstą podstawą konfliktów pracowników ochrony zdrowia z pacjentami są ich niedostateczne kompetencje psychologiczne. Część pozwów pacjentów odnosi się do aspektów dotyczących komunikacji z lekarzem. Okazuje się także, że większości tych skarg można byłoby uniknąć np. poprzez przeprosiny, udzielenie dodatkowych informacji czy wyjaśnień lub okazanie zrozumienia dla punktu widzenia pacjenta. Zidentyfikowano wyraźne różnice pomiędzy grupami pozywanych i niepozywanych lekarzy. Nie wykazano różnicy pomiędzy liczbą i jakością informacji, jakich udzielali swoim pacjentom. W swoich rozmowach nie wprowadzali większej liczby szczegółów na temat stanu zdrowia czy zaleceń niż lekarze pozywani. Podstawową różnicą był sposób prowadzenia rozmowy. Lekarze unikający pozwów spędzają więcej czasu z pacjentami, dokładniej informują o planowanych działaniach, mają większe poczucie humoru i bardziej lubią swoich pacjentów.

W związku z tym warto poszerzać sposób przygotowania lekarzy do pełnienia roli zawodowej, kładąc większy nacisk na rozwój kompetencji psychologicznych już w trakcie studiów medycznych, ale również podczas kształcenia podyplomowego np. poprzez tworzenie grup Balinta, superwizji pracy klinicznej itp.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Justyna Bankiewicz-Nakielska
Ośrodek Treningu Psychologicznego
dla lekarzy KOHERENCJA
ul. 5 lipca 14/14, 70- 376 Szczecin
tel. +48 602-174-741
justyna.bankiewicz@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Salmon P: Psychology of Medicine and Surgery: A Guide for Psychologists, Counselors, Nurses and Doctors. Wiley-Blackwell 2000.
2. Bishop GD: Health Psychology: Integrating Mind and Body. Allyn & Bacon, Canada 1994.
3. Nawrocka A: Etos w zawodach medycznych. WAM, Kraków 2008.
4. Płonka-Syroka B: Wpływ zmian koncepcji podmiotowości człowieka na kształtowanie się relacji lekarz-pacjent. Arch Hist Filoz Med 2003; 66(1): 1-18.
5. Szczeklik A: Rozterki wszechpotężnej medycyny. Med Prakt 2002; 1/2: 15-16.
6. Adamus M: Analiza poziomu deklarowanej wiedzy psychologicznej i jej przydatności w praktyce klinicznej w ocenie przedstawicieli wybranych zawodów medycznych. Praca doktorska napisana pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Owczarka, Zakład Psychologii Medycznej, II Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2011.
7. Sheridan CL, Radmacher SA: Health psychology: challenging the biomedical model. Wiley, New York 1992.
8. Gordon T: Pacjent jako partner. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1999.
9. Tobiasz-Adamczyk B: Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
10. Cole SA, Bird J: The Medical Interview. Saunders, Philadelphia 2013: 10.
11. Kubica A, Grzešek G, Sinkiewicz W et al.: Compliance, concordance, adherence w przebiegu terapii. Folia Cardiol 2010; 5(2): 54-57.
12. Kardas P: Nieprzestrzeżenie zaleceń lekarskich. Med Dypł 2004;13(2): 16-25.

13. Kardas P: Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przyczyną nieskuteczności terapii. *Pol Merkuriusz Lek* 2000; 9: 732-735.
14. Kardas P: Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów – następstwa, uwarunkowania i metody zapobiegania z punktu widzenia lekarza rodzinnego. *Polska Medycyna Rodzinna* 2000; 3: 284-286.
15. Komunikacja z chorym: raport z badania. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2012.
16. Sabate E: Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva 2003.
17. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N et al.: Medicines Adherence. Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence. NICE Clinical Guidelines 2009; 76.
18. Dębska K: *Uzdrowiciele*. Telewizja Polska – Agencja Filmowa, Telewizja Polska – II Program, Warszawa 2002.
19. Verghese A (ed.): *A doctor's touch*. Technology, Entertainment, Design; 2011: http://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch?language=pl.
20. Sharma UM: Using alternative therapies: marginal medicine and central concerns. [In:] Davey B, Gray A, Seale C (eds.): *Health and disease*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1996: 38-44.
21. Beach MC, Inui T: Relationship-centered care – A constructive reframing. *J Gen Intern Med* 2006; 21: S3-S8.
22. Walewski P: *Przychodzi prokurator do lekarza*. Polityka 17 maja 2016.
23. Roter D: The Patient-Physician Relationship and its Implications for Malpractice Litigation. *J Health Care L & Pol'y* 2006; 9(2): 304-314.
24. Tymiński R: Jak często pacjenci skarżą się na lekarzy do Izb Lekarskich? Dostępne na stronie: prawolekarzy.pl. 16 lutego 2015.
25. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP et al.: Physician-patient communication – The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277(7): 553-559.
26. Ambady N, Laplante D, Nguyen T et al.: Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery* 2002; 132(1): 5-9.

nadesłano: 16.05.2017

zaakceptowano do druku: 06.06.2017