

Każdy dźwiga swój kufer

Rozmawiała Justyna Kowalewska

Tragiczna śmierć lekarza Tomasza Soleckiego, który został zamordowany przez pacjenta to ogromna tragedia. To jednak również przyczynek, by zacząć rozmawiać o bezpieczeństwie lekarzy w miejscu pracy. Bezpieczeństwie fizycznym i psychicznym. A także o tym, jak radzić sobie z emocjami i jak nie eskalować konfliktów. „Panaceum” rozmawia z Wojciechem Pabjańczykiem, lekarzem psychiatrą, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi.



Dramat, który rozegrał się w Krakowie, stał się jednocześnie punktem zwrotnym. Punktem, w którym zaczynamy mówić głośno o bezpieczeństwie lekarzy.

Wojciech Pabjańczyk: Chciałbym zacząć od tego, że zbrodni, której dokonano na naszym koledze, nie można w żaden sposób usprawiedliwiać. Wstrząsnęły mną komentarze, które czytałem w mediach społecznościowych. Pojawiły się tam takie zdania: „powinniśmy lepiej zbadać sprawę, dowiedzieć się, co kierowało tym człowiekiem”, „jak wyglądały jego

relacje z tym doktorem? Co mu takiego zrobił?”. To mnie ogromnie poruszyło, bo z tych komentarzy wynika, że w pewnych sytuacjach dokonanie zbrodni może być zasadne lub usprawiedliwione. Tak nie jest! Zbrodnia to zbrodnia.

To dla mnie jasne. Zbrodnia wobec Tomasza Soleckiego to najbardziej skrajny przypadek agresji wobec lekarza, jaki w ogóle można sobie wyobrazić. Ale tak naprawdę z aktami agresji spotykacie się państwo jako lekarze, właściwie na co dzień.

Absolutnie tak. I nie potrafimy sobie z tym radzić. Muszę tu opowiedzieć o moim doświadczeniu. Pracowałem osiem lat w oddziale psychiatrycznym, gdzie wielokrotnie byłem ofiarą agresji słownej i fizycznej ze strony pacjentów. Przyznam, że sam tego nie zgłaszałem, ponieważ nawet nie miałem świadomości tego, że to prawidłowa ścieżka postępowania. Co ciekawe, statystyki to potwierdzają. Istnieją badania dotyczące agresji wobec personelu medycznego i we wszystkich jest podkreślone, że dane są skrajnie niedoszacowane, ponieważ nie istnieje system, który by nas obligował do zgłaszania takich sytuacji. Ponadto w środowisku medycznym istnieje przekonanie, że jest to część naszej pracy. I tutaj też chcę wyraźnie podkreślić: agresja nie jest czymś zwyczajnym, nie jest czymś normalnym.

A jednak często się zdarza...

Pamiętam, jak zostałem wezwany do dwóch policjantów, którzy zostali zmuszeni do użycia broni palnej. Od razu zostali przewiezieni do placówki medycznej, gdzie udzielono im pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Bo takie są procedury. To jest norma. Tymczasem lekarze i pracownicy ochrony zdrowia są w tych sytuacjach pozostawieni samym sobie. W najlepszym razie starszy kolega podejdzie i poklepie po plecach.

I powie: ja miałem gorzej...

Tak albo: masz szczęście, że nic ci się nie stało, przywykniesz. Tu nie ma do czego przywykać. To nie jest i nie powinna być sytuacja, którą traktujemy jak normę. Przenieśmy to na inny grunt i wyobraźmy sobie taką sytuację w korporacji albo w jakiejkolwiek innej pracy. To nie do pomyślenia. Tymczasem u nas to standard. Uważam, że to bardzo szkodliwe podejście.

Wspomniał pan, że sam nie zgłosił niebezpiecznej sytuacji, czyli potraktował ją pan jak standard.

Kończymy studia, zaczynamy pracę i kompletnie nie jesteśmy przygotowani na to, co nas czeka. Patrzymy na starszych kolegów i powielamy ich zachowania. Radzimy sobie

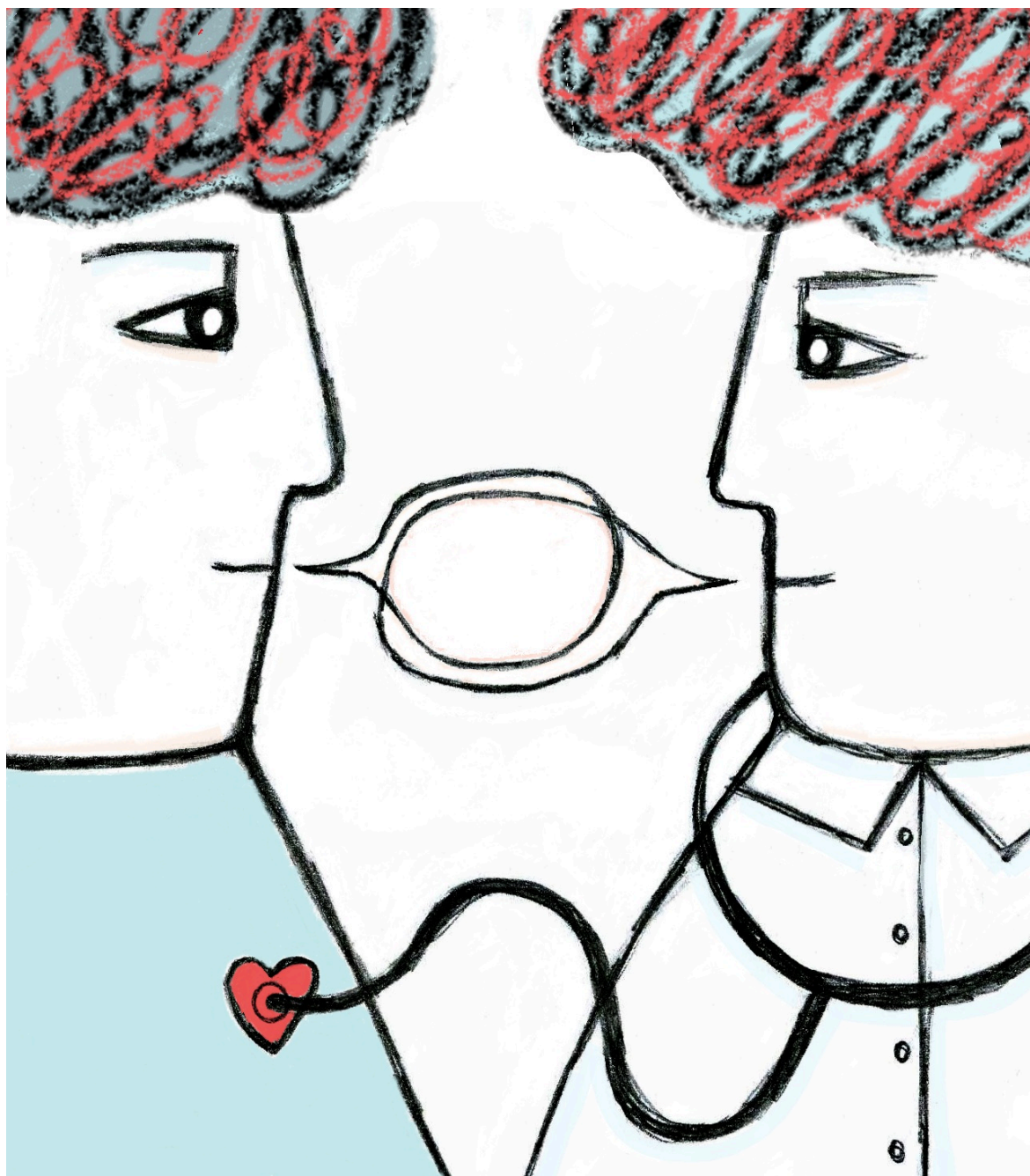
na własną rękę.

I w ten sposób kolejne pokolenia lekarzy uczą się radzić sobie ze stresem na różne, niekoniecznie prawidłowe sposoby.

My się w ogóle nie uczymy, jak sobie radzić ze stresem w pracy. To prosta droga do wypalenia zawodowego. Miałem do czynienia z wieloma lekarzami, którzy dochodzili do wniosku, że skoro za bardzo przeżywają czy odczuwają, to nie nadają się do tej pracy. To kompletna bzdura! To jest właśnie ich wielki zasób, wrażliwość można przecież doskonale wykorzystać. Jeżeli taka osoba mądrze zaopiekuje się swoimi emocjami, będzie wspaniałym lekarzem, który nie będzie się wypalał i robi wiele dobrego dla swoich pacjentów.

Jak więc reagować będąc ofiarą lub świadkiem agresji?

Możliwości jest wiele. Po pierwsze, jeśli widzimy, że ktoś w naszym otoczeniu jest ofiarą agresji, wesprzyjmy go. Zapytajmy, jak się czuje, czy potrzebuje wsparcia. Po drugie, pamiętajmy, by zawsze zgłaszać takie sytuacje. Wpisywać do książki raportów, zgłaszać przełożonemu. Kolejne kroki to policja, prokuratura, sąd. Ale najważniejsze, by reagować i podkreślać, że to nie jest normalna sytuacja i wymaga nadzwyczajnej reakcji.



ilustracja: Nika Jaworska

Wróćmy na chwilę do gabinetu. Badania pokazują, że najbardziej stresujące i niebezpieczne sytuacje mają miejsce na SOR-ach i oddziałach psychiatrycznych, jednak gabinet lekarza POZ, czy lekarza specjalisty też może okazać się miejscem, w którym dochodzi do tarć.

Statystyki pokazują, że po szpitalach psychiatrycznych i SOR-ach, najwięcej aktów agresji ma miejsce w gabinetach POZ i AOS.

Tym bardziej zasadne wydaje się pytanie: jak sobie z tym radzić. Czy lekarz powinien mieć jakieś dodatkowy zasób empatii?

Najchętniej odpowiedziałbym, że tak, tylko skąd ten zasób wziąć?

Więc skąd?

Ja to widzę tak, jeśli pacjent przychodzi do lekarza, to przychodzi z pewnym bagażem. I lekarz też ma swój bagaż. Każdy ma ze sobą wielki kufer wypełniony różnymi problemami. W przypadku pacjenta te problemy to: boli mnie, boję się, jest mi duszno, nie wiem, co się ze mną dzieje, system opieki zdrowotnej mnie kompletnie przeorał, czekałem na wizytę kilka miesięcy itd. Z drugiej strony mamy lekarza, który też jest tylko człowiekiem, który również dźwiga swój kufer. A w nim: Jak ja dam radę? Ile będę miał jeszcze dyżurów? Ile razy spotkam się z pacjentami i ich agresją? Kiedy ostatnio widziałem swoje dzieci? Kiedy byłem na urlopie? Czy to jest moja 40, 50 czy 60 godzina pracy?

I system też nie oszczędza...

System ma to do siebie, że wyciska jak gąbkę zarówno lekarza, jak i pacjenta. Jeśli w gabinecie spotkają się te dwie wspomniane wcześniej osoby, natychmiast przyjmują odczłowieczającą postawę. Lekarz, żeby się uporać z psychicznym trudem, zaczyna traktować pacjenta nie jak człowieka, a jak kolejny przypadek. Pacjent nie widzi lekarza, tylko element złego, niedomagającego systemu. Lekarz jest więc ostatnim ogniwem w łańcuchu kolejnych frustracji. I to on zbiera największe cięgi. Ważne więc, żeby pamiętać, że ta złość pacjenta nie jest do nas. To trudne, ale możliwe. W sytuacji, w której spotykają się dwie osoby, obciążone swoimi kuframi, jest nam bardzo trudno wyjść z poziomu wysokich emocji i przejść na bardziej racjonalny poziom.

Czy jest jakieś rozwiązanie?

Po pierwsze, trzeba zaopiekować się sobą i zastanowić, skąd wziąć zasoby, o których wcześniej rozmawialiśmy. Jeżeli jesteśmy przemęczeni, nie ma szans, żebyśmy reagowali w sposób adekwatny. Jesteśmy wtedy jak telefon, który działa w trybie oszczędzania baterii. Ani telefon, ani człowiek nie funkcjonuje wtedy prawidłowo.

Czy zdarza się to panu?

Miałem w swoim życiu taki etap. Mój niechlubny rekord to 100 godzin pracy bez przerwy. Dziś wiem, że najgorsze, co się wtedy stało, to to, że nikt z mojego otoczenia nie zapytał mnie, po co ja to właściwie robię i czy na pewno mi to służy. I to też jest coś, co chciałbym przekazać moim kolegom. To nie jest normalne, nikt nie jest w stanie tyle pracować. Ocenia się, że lekarz po 24 godzinach pracy, następnego dnia funkcjonuje, jakby miał we krwi promil alkoholu. To skrajnie niebezpieczne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Kierowcy ciężarówek mają obowiązek zatrzymywać się i odpoczywać w czasie pracy. A lekarze?



Nie da się im zainstalować tachografów.

Czyżby? Ja uważam, że można stworzyć system monitorujący godziny pracy lekarzy i to mogłoby być rozwiązanie problemu. Ale tu już dotykamy kwestii politycznych.

Wróćmy więc do gabinetu, w którym spotykają się dwie osoby objuczone kuframi. W ostatnich dniach wciąż przysłuchuję się rozmowom lekarzy, którzy opowiadają o zdarzeniach z agresywnymi pacjentami. Jest tych historii zatrważająco dużo. Mam wrażenie, jakby pękła jakaś tama, która wcześniej nie pozwalała o tym mówić. Co możemy zrobić? Nie pytam o zmiany systemowe, bo o nich już się mówi. Co można zrobić na poziomie gabinetu? Poprawić komunikację?

Zajmuję się komunikacją w medycynie od dziesięciu lat i mogę z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że jest ona nie do przecenienia. W Polsce mówi się o podziale kompetencji na twarde i miękkie, już sama nazwa wskazuje, że te drugie traktuje się mało poważnie. Tymczasem w Wielkiej Brytanii mówi się o kompetencjach medycznych. Kropka. Umiejętności komunikacyjne samo ważne w pracy lekarza, jak umiejętność odczytania zapisu EKG. Dlatego bardzo zachęcam do zgłębiania zasad komunikacji, bo prawidłowa komunikacja, będzie przede wszystkim chronić lekarza. Z kolei pacjenci bardziej ufają lekarzom, którzy mają rozwinięte zdolności komunikacyjne.

Jak to zrobić, by komunikacja lekarz-pacjent przebiegała prawidłowo?

Zachęcam, żeby pamiętać, że po drugiej stronie jest człowiek. Warto wziąć głęboki oddech i zobaczyć niesiony przez niego kufer. Jeżeli widzimy, że pacjent jest „nabuzowany”, spróbujmy zaprosić go do rozmowy, zamiast załatwiać kolejny przypadek. Można powiedzieć: widzę, że jest pan w wielkich emocjach, widzę, że jest pan naprawdę zły. Okazanie zainteresowania i dostrzeżenie problemu nie zajmie wiele czasu, a ustawi spotkanie z pacjentem na zupełnie innym poziomie.

"Miałem do czynienia z wieloma lekarzami, którzy dochodzili do wniosku, że skoro za bardzo przeżywają czy odczuwają, to nie nadają się do tej pracy. To kompletna bzdura! To jest właśnie ich wielki zasób, wrażliwość można przecież doskonale wykorzystać".

„Proszę się uspokoić” nie załatwi tematu?

A kiedykolwiek załatwiło? Takie zdanie pokazuje pacjentowi, że jego emocje są nieważne. To tylko eskaluje problem. Tutaj chodzi o dostrzeżenie cudzych emocji. Prawdopodobnie one wtedy opadną, bo ta osoba dostanie przestrzeń, żeby sobie z nimi poradzić. Jeżeli poświęcimy minutę na dostrzeżenie emocji pacjenta, jest spora szansa, że pozostałe sześć minut wizyty przebiegnie prawidłowo. Warto też zaprosić pacjenta do gabinetu i się przedstawić. To rzeczy, które mogą się wydawać banalne, ale pokazują pacjentowi, że traktujemy go jak człowieka i on zaczyna w nas dostrzegać lekarza, a nie tylko kitel.

Uprzedmiotowienie jest pewnym mechanizmem obronnym. Sądzę, że wielu lekarzy unika nadmiernego zbliżania się do pacjentów z obawy, że wyleje się na nich cała historia życia chorego. A na to w gabinecie zwyczajnie nie ma czasu.

Zastanawiam się, jak realne jest to ryzyko i czy faktycznie uprzejmość może doprowadzić do takiej sytuacji. Myślę, że nawet niewielkie umiejętności z zakresu asertywności wystarczą, by nie pozwolić sobie „wejść pacjentowi na głowę”. I znowu, jeżeli dobrze znamy swoje emocje i mamy je zaopiekowane, nic złego nam nie grozi.

Zastanówmy się więc, gdzie szukać sposobów, żeby się sobą zaopiekować.

Na szczęście nie trzeba szukać daleko. Przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi działa Grupa Balinta. To metoda wywodząca się z nurtów psychoanalitycznych, która opiera się na spotkaniach lekarzy i wzajemnej wymianie doświadczeń. Spotkania są moderowane przez przeszkolonego lidera. Podczas tych spotkań mamy możliwość „wejść w cudze buty” i spojrzeć na różne trudne sytuacje z wielu perspektyw. To bardzo pomaga w przypomnieniu sobie, że jesteśmy ludźmi, ale po drugiej stronie też jest człowiek. W OIL działają też pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Dyżurujemy dla państwa i staramy się pomagać.

