

ANTONINA OSTROWSKA

## Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie

### PATERNALIZM I PARTNERSTWO W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Z natury relacji lekarz–pacjent wynika jej asymetria i przewaga tego pierwszego nad drugim. To pacjent potrzebuje wiedzy, umiejętności i pomocy lekarza, a nie odwrotnie. Pacjent ponadto reprezentuje tylko siebie, podczas gdy za lekarzem stoi prestiż wiedzy medycznej i system instytucji opieki zdrowotnej. Będąc w sytuacji zależności, pacjent musi się zrzec jakiejś części swojej autonomii na rzecz lekarza; spełniać jego różne polecenia, niekiedy także dotyczące spraw, o których normalnie decydowałby sam. Stopień zachowanej autonomii zależy od przyjętego modelu wzajemnych interakcji. W sytuacji pełnego podporządkowania, pacjent pozbawiony jest możliwości wyboru, a u podstaw takiej relacji leży założenie, że lekarz wie najlepiej co jest dobre dla drugiej osoby.

Od modelu takich relacji – które określimy jako paternalistyczne – różni się model partnerski. W modelu tym pacjent otrzymuje od lekarza informacje i rady, w oparciu o które wspólnie podejmują decyzje, a zatem autonomia pacjenta nie jest ograniczona w takim stopniu. Oczywiście, model partnerski jest możliwy do realizacji wtedy, gdy choroba pacjenta, jego dolegliwości i możliwości terapeutyczne stwarzają pole do negocjacji. Nie są one możliwe, gdy np. pacjent jest nieprzytomny lub też dolegliwości odczuwane przez niego tak silne czy zagrażające życiu, że zadaniem lekarza jest przede wszystkim szybka reakcja eliminująca „ostre” symptomy. Przypadki takie stanowią jednak mniejszość problemów napotykanych obecnie w praktyce lekarskiej. Większość przypadków to choroby przewlekłe, długotrwałe, nasilające się lub podlegające czasowej remisji, w procesie których pacjent – właściciel swojego ciała i obserwator dynamiki choroby – staje się powoli ekspertem i subiektywnym dopełnieniem obiektywnej wiedzy medycznej, jaką dysponuje lekarz.

Zadaniem lekarza – w modelu partnerskim – jest wówczas przedstawienie na poziomie zrozumiałym dla pacjenta patomechanizmu jego choroby, możliwych alternatywnych terapii, skutków przyjętych opcji i wspólne podjęcie realistycznych dla pacjenta decyzji co do leczenia. Model partnerski jest oczywiście łatwiejszy w realizacji, gdy pacjent posiada określoną wiedzę i kulturę medyczną (choćby podstawową wiedzę na temat budowy i funkcjonowania ludzkiego ciała), co jest na ogół pochodną poziomu ogólnego wykształcenia (Ostrowska 1980). Brak takiej wiedzy nie powinien jednak stanowić bariery nie do pokonania i stawać się przyczyną powiększania się dystansu i asymetrii władzy w interakcjach. Kwestia ta stawia problem nierówności społecznych, które mogą przejawiać się w tych relacjach.

Oba wyróżnione tu typy relacji są w pewnym sensie modelami „idealnymi”, które rzadko występują w praktyce medycznej w czystej postaci. Trudno bowiem realizować konsekwentnie model wyłącznie paternalistyczny lub partnerski, w odniesieniu do każdego pacjenta, każdego schorzenia, diagnozy i dynamiki choroby. Pomimo ogromnych postępów medycyny, lekarze nieustannie konfrontowani są z przypadkami chorób, na które nie ma skutecznego leku, a jedynym możliwym działaniem jest łagodzenie bólu i niepokoju pacjenta. Partnerskie poinformowanie go o diagnozie („pacjent ma prawo do informacji...”) w wielu takich sytuacjach mogłoby tylko powiększyć stres pacjenta (Ostrowska 2005).

W praktyce więc mamy do czynienia raczej z *continuum* obu orientacji i większą lub mniejszą przewagą obu elementów. W zależności od wybranego modelu, lekarz może uszanować samowiedzę pacjenta, uwzględnić warunki, styl jego życia, preferencje i wybory lub też samemu decydować, w oparciu o własny system wartości, co leży w jego najlepszym interesie zdrowotnym. W tej drugiej paternalistycznej opcji, priorytetem stają się na ogół fizjologiczno-biologiczne potrzeby ciała, zdefiniowane przez lekarza na podstawie obiektywnej wiedzy medycznej (wyników badań, testów).

Niekiedy do modelu paternalistycznego dążą także pacjenci; niektórym z nich odpowiada rola „ubezwłasnowolnionych” w chorobie, nie obarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia. Jednak model partnerski ma także pewne walory istotne dla samego lekarza. Badacz profesji medycznych, Elliot Freidson (1961), podkreśla, że w relacje pacjent–lekarz wbudowanych jest także wiele niepokojów i niepewności samego lekarza. Zawsze istnieje szansa błędnej diagnozy, nieskutecznych leków czy nieprzewidzianych, ubocznych efektów realizowanych terapii, które lekarz musi brać pod uwagę. Partnerstwo z pacjentem pozwala się dzielić z nim tą odpowiedzialnością.

## PRZEMIANY RELACJI PACJENT–LEKARZ W POLSCE

Społeczna uwaga koncentrująca się na służbie zdrowia i jej świadczeniach zdominowana jest ostatnio u nas problematyką niedoborów. Powszechne więc są narzekania na dysproporcje między potrzebami zdrowotnymi pacjentów a możliwościami ich zaspokojenia, braki w wyposażeniu szpitali, niskie uposażenia pracowników służby zdrowia, rosnące w tym kontekście praktyki korupcyjne. Znacznie mniej uwagi poświęca się bezpośrednim relacjom między „dawcami” i „biorcami” usług medycznych, choć do problemów tych przywiązuje się znaczną wagę w krajach zachodnich. Nie oznacza to oczywiście, że dobre stosunki – szczególnie między pacjentami a lekarzami – nie pojawiają się w oficjalnych dokumentach ustanawiających zasady funkcjonowania służby zdrowia; wydaje się jednak, że w miarę powszechne jest przekonanie, że poprawa i uzdrowienie finansów służby zdrowia zniesie automatycznie wszystkie inne problemy.

Wprowadzona w roku 1999 reforma służby zdrowia ustanowiła między innymi wolny wybór lekarza (znosząc wcześniejszą regionalizację) i funkcję lekarza rodzinnego, jako podstawowego ogniwa opieki zdrowotnej. Z założenia, relacja pacjent–lekarz miała być znacznie bardziej partnerska niż dotychczas, próbując minimalizować efekty niesymetryczności wynikające z przewagi lekarza w zakresie posiadanych kompetencji, dostępu do informacji i symbolicznej władzy. Przyświecało jej coraz bardziej oczywiste przekonanie, że dobra opieka zdrowotna wymaga także aktywnej postawy pacjenta, a nie tylko pasywnego stosowania się do zaleceń profesjonalisty. W dyskursie publicznym powoli zaczęło się pojawiać słowo-klucz, jakim stały się „prawa pacjenta”. Lista ich została wywieszona we wszystkich większych placówkach służby zdrowia, choć nie jest to oczywiście jednoznaczne z ich przestrzeganiem (Halik 2000).

Także przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wymagało wprowadzenia do praktyki medycznej europejskich standardów. Zgodnie z uchwaloną w Amsterdamie w 1994 r. deklaracją Rady Europy, prawa pacjenta miały za zadanie wyposażenie go w narzędzia pozwalające kontrolować proces leczenia i wpływanie nań, a więc kreowały stosunek pacjent–lekarz jako partnerski.

Niezależnie od aktów o charakterze częściowo politycznym, potrzeba odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji pacjent–lekarz na rzecz partnerskiego, podyktowana była w Polsce, podobnie jak na Zachodzie, przemianami w obrazie chorób. Fakt, że przede wszystkim choroby przewlekłe zdominowały rynek usług medycznych, dopomagał w tworzeniu zapotrzebowania na relację, którą Szasz i Holleneder (1956) określili w swym

modelu jako *mutual participation* („lekarz pomaga pacjentowi, aby ten pomógł sobie”).

Wracając do przemian relacji pacjent–lekarz w Polsce i do procesu upowszechniania się modelu partnerskiego między nimi, trzeba odnotować istnienie w przeszłości pewnych specyficznych barier, związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia w ogóle. Były one przede wszystkim pochodną koncepcji i organizacyjnych rozwiązań obowiązujących w okresie realnego socjalizmu. Organizacji socjalistycznej opieki zdrowotnej przyświecała zasada egalitaryzmu i znoszenia – przynajmniej teoretycznie – wszelkiego rodzaju różnic i przywilejów wynikających z zajmowanej pozycji społecznej. Zasada ta doprowadziła do znacznej uniformizacji poziomu oferowanych świadczeń w publicznej służbie zdrowia, jednak uniformizacji na raczej niewysokim poziomie. Nawet stosunkowo lepiej wykształceni i zajmujący relatywnie wyższe pozycje pacjenci traktowani byli według jednego, w miarę ujednoczonego wzorca. Partnerstwo było w tych warunkach raczej rzadkim zjawiskiem i nikt nie był nim szczególnie wyróżniony. Pozycja i „władza” lekarza gwarantowana była także środkami administracyjnymi. W model relacji wkomponowane było posłuszeństwo pacjenta w stosunku do zaleceń lekarza, a komunikacja między nimi była w znacznej mierze jednokierunkowa. Lekarz pytał pacjenta o objawy i dolegliwości, ale po uzyskaniu tych informacji sam podejmował decyzję, nawet niekoniecznie informując pacjenta o diagnozie i sensie zalecanych działań. Autonomia pacjentów była niewielka; przez wiele lat nie mieli oni nawet możliwości wyboru lekarza przypisanego im na mocy obowiązującej regionalizacji.

Badanie nad kulturą medyczną Polaków przeprowadzone w roku 1976 (Ostrowska 1980) pokazało, że 2/3 badanych uznaje lekarza za jedyne i niekwestionowane eksperta w sprawach własnego zdrowia i dobrostanu. Jednocześnie 40% badanych stwierdziło, że opuszcza gabinet lekarza bez informacji na temat rozpoznania i ewentualnych przyczyn dolegliwości. Z kolei badania nad zachowaniami i postawami mieszkańców Warszawy w stosunku do zdrowia i choroby prowadzone na początku lat 70. (Titkow 1983: 179–180) pokazują, że wykształcenie niemal w ogóle nie różnicowało w tym czasie opinii o wzajemnych relacjach między pacjentami a lekarzami. Spośród wielu analizowanych wymiarów jedyną zarejestrowaną różnicą był stopień odczuwania skrępowania wobec lekarza przez pacjentów o wykształceniu pełnym bądź niepełnym podstawowym i wszystkimi pozostałymi.

Otwarta i wkomponowana w system krytyka systemu medycznego i lekarzy stała się pewną formą egzekwowania praw pacjenta dopiero w latach 90. Z jednej strony zaczął powstawać system akredytacji przyznawanych

placówkom ochrony zdrowia, które spełniały standardy dostępności i właściwej jakości świadczeń medycznych. System ten uwzględniał także stopień osiąganego partnerstwa między pacjentem a lekarzem i poziom respektowania praw pacjenta (prawo do informacji, wyrażania zgody i odmowy na leczenie, wyboru i zmiany lekarza, wyboru odpowiedniej opieki, poufności i prywatności). Z drugiej strony, stworzono legislacyjne możliwości składania skarg dotyczących mankamentów leczenia i sposobu traktowania pacjenta, łącznie z dochodzeniem roszczeń przed sądem. Wprawdzie jak dotychczas, tylko bardzo niewielki procent skarg kończy się u nas wyrokiem skazującym lekarza, co zdaje się świadczyć o silnej solidarności zawodowej lekarzy i braku właściwej reprezentacji pokrzywdzonych w procesach korporacyjnych sądów lekarskich (Sowa 2002), jednak powiększa to zakres prawnej ochrony autonomii pacjentów i stwarza możliwości ich potencjalnego wpływu na jakość opieki medycznej.

Nowe możliwości skuteczniejszego kontrolowania działalności lekarzy i systemu ochrony zdrowia w Polsce stworzyły też nowo powstające organizacje pacjentów, które w krajach zachodnich są istotnym narzędziem kształtowania właściwych wzorców relacji w służbie zdrowia. Na razie organizacje te koncentrują się u nas przede wszystkim na egzekwowaniu roszczeń zdrowotnych od państwa (Ostrowska, Sikorska, Gąciarz 2000), jednak w przyszłości mogą także stanowić element nacisku i kontroli „cywilów” nad działalnością służby zdrowia. Warto tu wreszcie wspomnieć o roli prasy i tzw. śledztwach dziennikarskich, które przyczyniły się do ujawnienia wielu patologii i nadużyć w stosunku do pacjentów<sup>1</sup>, pełniąc tym samym także funkcję kontrolną w stosunku do działalności środowisk medycznych.

Reasumując, można oczekiwać, że respektowanie pełni praw pacjentów i partnerski model relacji pacjent–lekarz jest dopiero w fazie krystalizacji i stopniowego upowszechniania się. Relacja pacjent–lekarz nie była u nas przedmiotem systematycznych badań, które pozwoliłyby śledzić ją w aspekcie dynamicznym. Jednak istnieją możliwości porównania w czasie i przemian niektórych jej aspektów<sup>2</sup>, a mianowicie stopnia osiąganego komunikacji we własnych kontaktach z lekarzem, autonomii pacjentów, oraz zaufania do lekarzy i medycyny w ogóle. Przemiany zachodzące w tej ostatniej

<sup>1</sup> Chodzi tu m.in. o nagłośnienie i poruszenie zarówno opinii publicznej, jak i kompetentnych organów ścigania w takich sprawach, jak „handlarz skór”, fotografie z wcześniakami, czy różnego rodzaju błędy w sztuce lekarskiej.

<sup>2</sup> Podstawą dokonania takiego porównania mogą być identycznie brzmiące pytania zadawane w ogólnopolskich reprezentacyjnych badaniach socjologicznych w 1976 r. (N=1957, OBOP), w 1995 (N=1487, IFiS PAN) oraz 1999 (N=1323, IFiS PAN). Autorem wszystkich tych badań jest A. Ostrowska.

kwestii dobrze oddają kontekst, w jakim ulega przemianom relacja paternalizm–partnerstwo. Pokazują one z jednej strony zmniejszającą się wiarę w lekarza jako niekwestionowany autorytet w sprawach zdrowotnych, z drugiej strony rosnącą wiarę w coraz większe możliwości medycyny naprawczej, ale i świadomość ubocznych, niekorzystnych skutków jej działania, zwłaszcza środków farmakologicznych (Ostrowska 2001). To ograniczające się zaufanie zachęca do stawiania pytań, podejmowania dyskusji i aktywnego udziału w procesie leczenia – a więc właśnie dążenia do bardziej partnerskich relacji. W przytaczanych tu badaniach tendencja taka rosła wraz z poziomem wykształcenia. Podobną obserwację czyni Halik (2000), analizując kwestię wyrażania zgody przez pacjentów na leczenie i wykonywane zabiegi.

Pomimo to, w badaniu realizowanym kilka lat później<sup>3</sup> ciągle widać wyraźną dominację modelu paternalistycznego. Relacje pacjentów wskazują na jednostronne podejmowanie decyzji przez lekarzy; nie proponują oni na ogół alternatywnych terapii (65,8%), nie oferują wyboru dostępnych a często różniących się cenami leków (62,9%), rzadko informują o celu dodatkowych zleconych badań (45,9%) czy udzielają wyjaśnień dotyczących sposobu działania zaordynowanych leków (37,4%). Warto jednak podkreślić, że to stosunkowo częste niedopełnienie powyższych praktyk nie było w większości wypadków oceniane krytycznie przez respondentów. Świadczy to o ciągle jeszcze powszechnej akceptacji i aprobacie modelu paternalistycznego, także wśród pacjentów, oraz uznaniu niekwestionowanego posłuszeństwa za oczywisty element relacji pacjent–lekarz.

Można jednak przyjąć, że zapoczątkowane procesy są kontynuowane, a pogłębiające się partnerstwo między pacjentem i lekarzem jest nieodwracalne. Symptomy zachodzących zmian są także widoczne w sferze symboli, jakimi posługuje się medycyna, przynajmniej w podstawowej opiece zdrowotnej. Z wielu gabinetów znikają przeszklone szafki z narzędziami budzącymi lęk i respekt, a tradycyjny, biały fartuch lekarski (symbol septycznej czystości i autorytetu naukowych laboratoriów) jest coraz częściej zastępowany normalnym ubraniem lekarza, co być może służy względom praktycznej wygody, ale w efekcie zmniejsza dystans między partnerami interakcji. Rygory życia szpitalnego stają się mniej ograniczające dla pacjentów, a ich rodziny mają coraz swobodniejszy dostęp do nich, także w sytuacjach, w których do niedawna mogli uczestniczyć tylko przedstawiciele profesji medycznych (np. obecność męża w czasie porodu żony).

<sup>3</sup> Wyniki badania surveyowego zrealizowanego w 2002 roku przez Instytut Reumatologii w Warszawie, na ogólnopolskiej próbie reprezentacyjnej 2167 osób.

## PARTNERSTWO W POLSCE I W EUROPIE

Nasuwa się pytanie, jak relacja ta przedstawia się w porównaniu z innymi krajami europejskimi? Szansę na uzyskanie odpowiedzi stwarza Europejski Sondaż Społeczny z 2004 r. Kwestionariusz badań zrealizowanych w 17 krajach europejskich zawiera blok pytań dotyczących relacji pacjent–lekarz, a jego część poświęcona jest właśnie oszacowaniu stopnia partnerstwa vs paternalizmu w tych relacjach<sup>4</sup>. Uzyskane na ten temat odpowiedzi z badanych krajów poddano analizie czynnikowej. Wykazała ona, że we wszystkich tych krajach układają się one w dwa niezależne czynniki, reprezentujące dwa wymiary relacji pacjent–lekarz: pierwszy z nich można określić jako wymiar partnerstwa i współpracy, drugi – komunikacji. Zakres wyjaśnionej przez nie wariancji wahał się w granicach 57,7%–63,5%.

Dla ilustracji, przyjrzyjmy się wynikom analizy w trzech krajach: w Polsce, Wielkiej Brytanii i Portugalii.

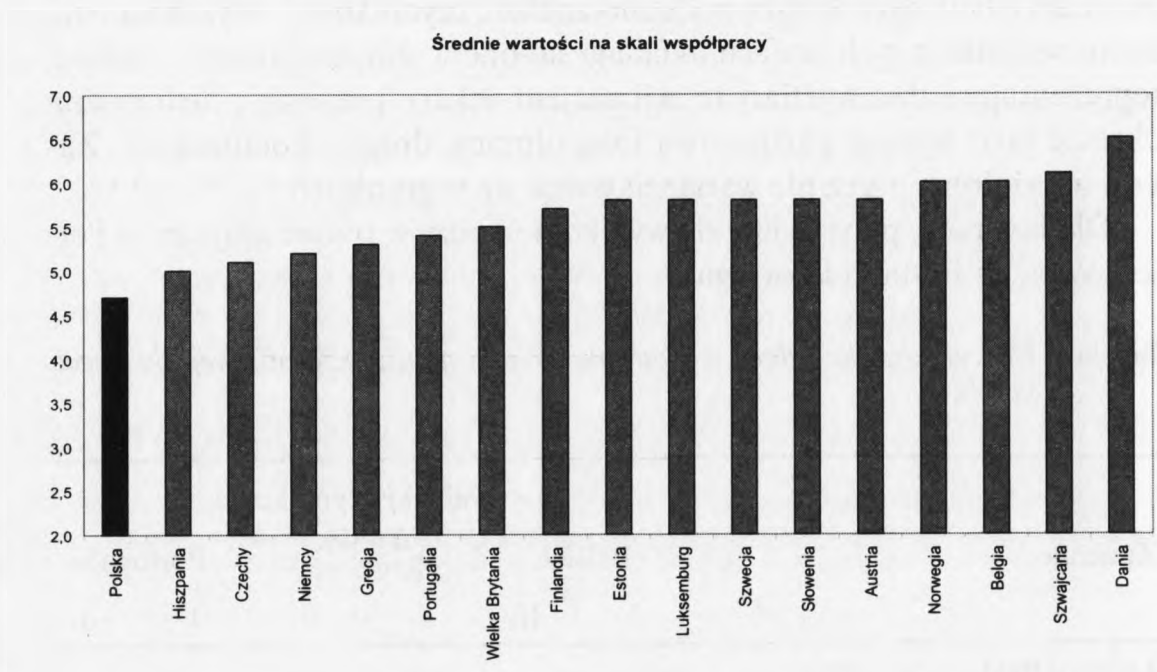
Tabela 1. *Charakterystyka relacji z lekarzem. Wyniki analizy czynnikowej dla trzech krajów*

Zmienne	Ładunki czynnikowe					
	Polska		Wielka Brytania		Portugalia	
	I	II	I	II	I	II
Lekarze traktują pacjentów po partnersku, jak równych	0,82	-	0,80	-	0,82	-
Lekarze dyskutują z pacjentami o kuracji	0,84	-	0,77	-	0,76	-
Lekarze są skłonni przyznawać się do błędów	0,41	-	0,68	-	0,71	-
Pacjenci nie mają oporów przed zadawaniem wszystkich pytań	-	0,82	-	0,80	-	0,82
Lekarze nie używają niezrozumiałej terminologii	-	0,77	-	0,79	-	0,84

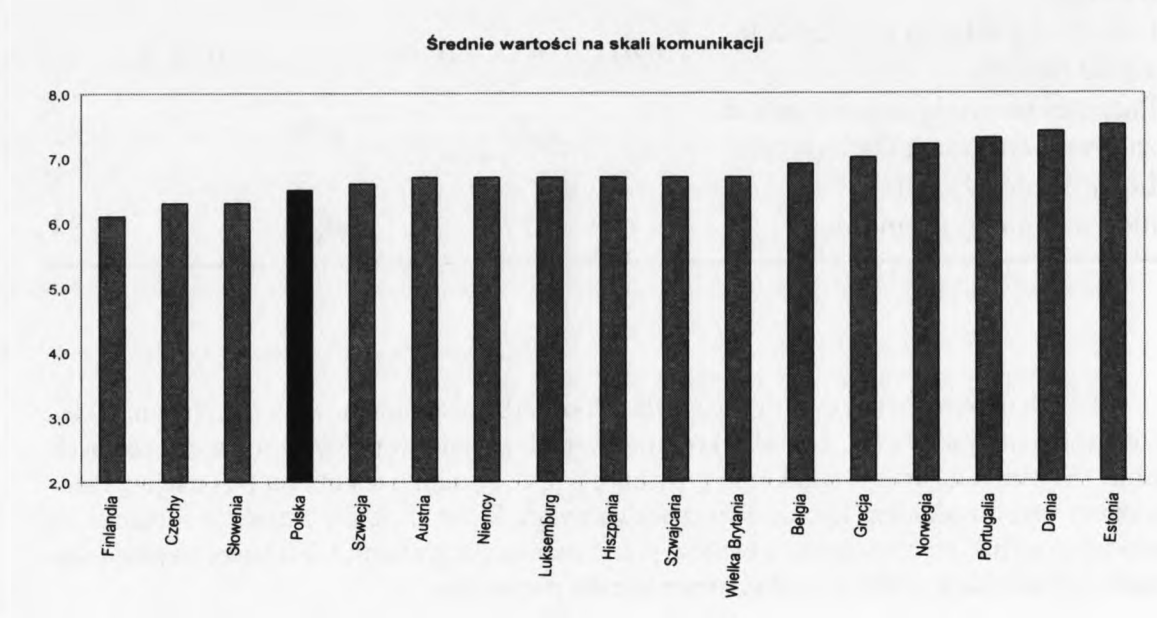
<sup>4</sup> Przedmiotem analizy czynnikowej były odpowiedzi respondentów na pięć pytań: (i) lekarze rodzinni (pierwszego kontaktu) traktują swoich pacjentów po partnersku, jak równych sobie; (ii) zanim lekarze ustalą kurację, dyskutują ją ze swoimi pacjentami; (iii) pacjenci mają opory przed zadaniem lekarzowi wszystkich pytań, które chcieliby zadać; (iv) lekarze są skłonni przyznać się do własnych błędów przed swoimi pacjentami; (v) lekarze używają wyrazów lub określeń, które są mało zrozumiałe dla pacjentów.

Traktując powyższe wymiary jako podstawę ocen stopnia postrzeganego partnerstwa między pacjentami a lekarzami, spójrzmy teraz jak przedstawiają się one dla Polski w zestawieniu z innymi krajami europejskimi. Poniższy rysunek ukazuje średnie wartości uzyskane na skalach „współpracy” i „komunikacji” (wartości średnie sumarycznych indeksów odpowiedzi tworzących oba czynniki) dla siedemnastu krajów europejskich.

Rysunek 1. Średnie wartości uzyskane na skali współpracy dla siedemnastu krajów



Rysunek 2. Średnie wartości uzyskane na skali komunikacji dla siedemnastu krajów





Jak więc widać, najwyższe wskaźniki na skali współpracy osiągają Dania, Norwegia, Szwajcaria i Belgia. Relacje pacjentów i lekarzy w Polsce plasują się na końcu badanych krajów europejskich. Oznacza to, że wzajemne relacje określa się u nas częściej jako paternalistyczne. Oceny takie nie mogą być zaskoczeniem w świetle prezentowanych wcześniej danych na temat konkretnych doświadczeń naszych pacjentów w relacjach z ich lekarzami. Niskie wskaźniki współpracy obserwujemy także w Hiszpanii, Czechach, Niemczech i w Grecji.

Można się zastanawiać, co łączy te kraje? Polska i Czechy na końcu listy prowokują hipotezę o spuściznę poprzedniego systemu. Wyjaśnieniu takiemu przeczyłaby jednak stosunkowo wysoka pozycja Estonii. Nie są to także kraje biedniejsze, o słabo rozwiniętej infrastrukturze medycznej, skoro są wśród nich Niemcy. Jeśli chodzi o dominujący system organizacji i zarządzania, który może mieć wpływ na programowanie tych relacji, to są tu zarówno kraje o publicznym, krajowym i scentralizowanym systemie realizującym świadczenia w oparciu o placówki państwowej służby zdrowia, jak Polska, Czechy, Portugalia, czy nie najwyższej lokująca się Wielka Brytania, ale także jeden z niższych wskaźników obserwujemy w Niemczech, gdzie struktura organizacyjna jest regionalna (landy), zdecentralizowana, finansowana przez kasy chorych i świadczona w większości przez podmioty korporacyjne. Nie widać więc tu jednej, spójnej formuły. Patrząc na makrospołeczne uwarunkowania, można by się także zastanawiać, czy dla kształtowania się partnerskiej współpracy nie ma wpływu czynnik czasu, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi, i w związku z tym stopień nasycenia kadrami lekarskimi. Biorąc pod uwagę wskaźnik lekarzy na 100 tys. mieszkańców w różnych krajach, widzimy, że i to wyjaśnienie nie może być satysfakcjonujące. Grecja i Hiszpania mają najwyższe wskaźniki nasycenia kadrami lekarskimi (450 i 454 na 100 tys.), a ten sam wskaźnik w przodującej Danii jest zbliżony do Portugalii (343/100 tys. i 325/100 tys.).

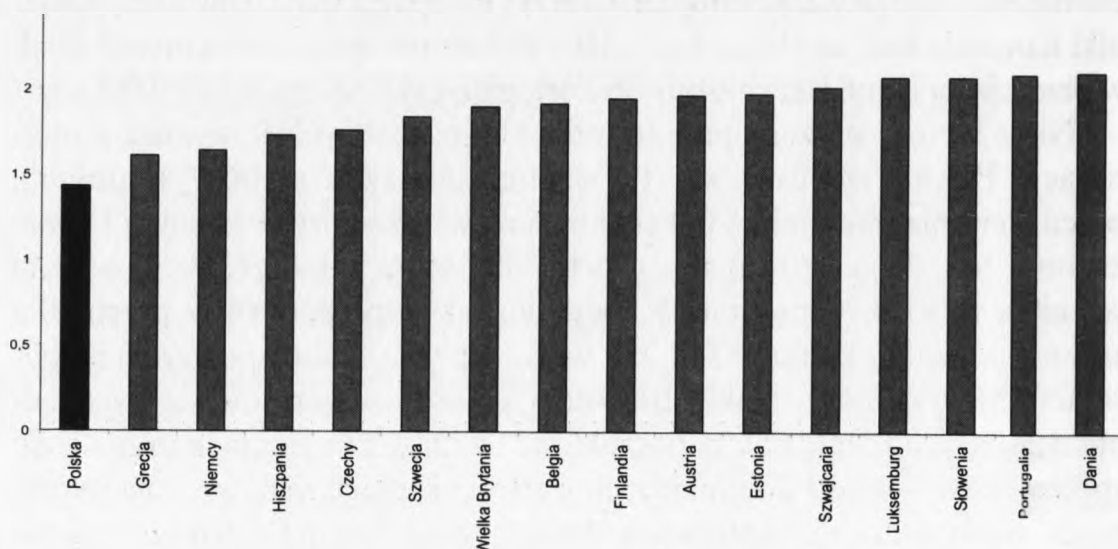
Nieco lepiej z naszego punktu widzenia przedstawia się wymiar komunikacji. Polska znajduje się tu strefie „niższych stanów średnich”, przed Słowenią, Finlandią i Czechami. A najwyższe pozycje zajmują Dania, Estonia, Norwegia i Portugalia. (Portugalia, która jednocześnie plasowała się nisko na skali współpracy.) Podobnie jak poprzednio i w przypadku stopnia osiągniętej komunikacji, nie widać wpływu makrospołecznych charakterystyk systemów opieki zdrowotnej, co może sugerować, że wyjaśnienia istniejących różnic należy poszukiwać na innych poziomach organizacji społeczeństw – wśród dominujących wartości społecznych, wzorów współpracy międzyludzkiej, istniejących dystansów społecznych, wreszcie norm obowiązujących w świecie medycznym – elementów socjalizacji lekarzy do zawodu i kultury zdrowotnej pacjentów w poszczególnych krajach. Ilu-

stracą tego zjawiska może być tu niewysoka, ale istotna statystycznie korelacja między wskaźnikami czynnikowymi partnerskiej współpracy między pacjentami a lekarzami a stopniem zaufania i wiarą w dobre intencje w relacjach między ludźmi w ogóle<sup>5</sup> (dla przykładu: w Wielkiej Brytanii  $r = 0,12$ , w Estonii  $r = 0,25$ , w Danii  $r = 0,13$ , w Portugalii  $r = 0,17$ , w Polsce  $r = 0,09$ ). A ponieważ poziom zaufania ludzi do siebie nawzajem jest u nas raczej niewysoki, to być może fakt ten znajduje swoje odzwierciedlenie w stopniu partnerstwa i gotowości do współpracy także między pacjentem i lekarzem.

Stopień osiąganey u nas komunikacji między pacjentami a lekarzami trudno traktować jako optymistyczny. Badania prowadzone w Polsce nad sposobem komunikowania się lekarzy z pacjentami wskazują, że ci pierwsi zbyt często posługują się medycznym językiem i używają terminologii nie zawsze zrozumiałej dla pacjentów (Tobiasz-Adamczyk 1995). Problem ten nabiera szczególnej wagi, jeżeli uświadomimy sobie, że wraz z postępującym gwałtownie technologicznym rozwojem biomedycyny, możliwościami nowych wyrafinowanych badań i nowoczesnych terapii, pacjent jest coraz bardziej zagubiony w świecie medycyny.

Jako swojego rodzaju prawidłowość warto jeszcze odnotować że spośród wszystkich analizowanych tu zmiennych stosunkowo najmniejsze różnice między poszczególnymi krajami obserwujemy w przypadku gotowości lekarzy do przyznania się przed pacjentami do własnych błędów. Widać więc, że nie lubią tego lekarze w żadnym kraju. Wygląda jednak na to, że polscy lekarze nie lubią tego najbardziej.

Rysunek 3. Średnie wartości na skali postrzegania gotowości lekarzy do przyznawania się przed pacjentami do swoich błędów w 17 krajach



<sup>5</sup> Czy uważa Pan (i) że ludzie przede wszystkim starają się służyć pomocą innym, czy też, że przede wszystkim dbają o własny interes?

Pozostaje jeszcze do rozważenia praktyczny aspekt zaistnienia określonych relacji między pacjentami a lekarzami. Warto postawić pytanie, czy bierne i niekwestionowane przyjmowanie zaleceń, nieopatrzonych wyjaśnieniem i uzasadnieniem, a opartych wyłącznie na sile autorytetu lekarza, sprzyja bardziej rygorystycznemu stosowaniu się do nich, czy też większą konsekwencję w stosowaniu się do ustalonej terapii osiągamy wówczas, gdy jest ona efektem partnerskiego modelu relacji. Podstawą kontaktów między personelem służby zdrowia a odbiorcami ich usług jest zaufanie i przekonanie o posiadaniu przez personel odpowiednich kwalifikacji. W praktyce, stopień zaufania, jakim cieszą się lekarze, jest zróżnicowany i pozostaje w znacznej mierze funkcją takich czynników, jak prestiż i pozycja w zawodzie, prestiż instytucji, w której pracuje, posiadane przez niego doświadczenie, opinie o skuteczności jego leczenia itd. Problem, czy ma tu wpływ stopień paternalizmu lub partnerstwa, jest otwarty; badania realizowane na ten temat nie rozstrzygają tej kwestii jednoznacznie. Większość z nich wskazuje (Davis 1968), że pełne respektowanie zaleceń lekarskich jest powszechniejsze w modelu partnerskim, charakteryzującym się dobrą komunikacją i stwarzającym trwalsze podstawy do wzajemnego zaufania. Jednak inne zdają się wskazywać, że typ relacji nie ma tu większego znaczenia (Stoeckle 1987).

Badanie EES pokazało, że we wszystkich analizowanych krajach większość badanych deklaruje bezwzględne stosowanie się do zaleceń lekarza, choć obserwujemy tu wyraźne różnice między nimi. Najwyższe odsetki dokładnego i rygorystycznego przestrzegania zaleceń deklarują mieszkańcy Portugalii i Wielkiej Brytanii (powyżej 80%). Polscy respondenci lokują się pod tym względem na końcowych pozycjach (66,0%) i częściej niż w większości innych krajów sami „modyfikują terapię” – np. przyjmując leki w inny niż przepisany sposób, przerywając leczenie przed jego zakończeniem czy korzystając z leków przepisanych dla innej osoby. Być może, taka jest właśnie ich reakcja na niski stopień partnerstwa z lekarzem. Oznaczałoby to, że własne zdanie pacjenta na temat sposobu leczenia dochodzi do głosu już po wyjściu z gabinetu lekarza. Zależności między dokładnym stosowaniem się do zaleceń lekarza a oceną relacji jako partnerskich i nacechowanych dobrą komunikacją, choć istotne statystycznie są tu jednak niskie ( $r=0,10$  i  $r=0,11$ ) i zachęcają do poszukiwania innych czynników współodpowiedzialnych za respektowanie tych zaleceń.

## PARTNERSTWO A POZYCJA SPOŁECZNA PACJENTA

O ile przegląd powyższy służy uzyskaniu ogólnej orientacji, co do rozpowszechnienia modelu partnerskiego i paternalistycznego w Europie – to jednak nasze pytania badawcze koncentrują się także wokół zróżnicowań społecznych pacjentów, którzy w poszczególnych krajach są odbiorcami bardziej partnerskich czy też paternalistycznych usług oferowanych im przez lekarzy.

Badania zachodnie dostarczają wielu argumentów na rzecz tezy, że sposoby korzystania ze służby zdrowia przez osoby zajmujące niższe pozycje społeczne odbiegają od wzorców klasy średniej i wyższej (Cassell 1986; Cockerham 1986). Dotyczy to zarówno opieki otwartej, jak i decyzji o umieszczaniu pacjentów w szpitalach i warunków ich hospitalizacji. Oferowane wyjaśnienia reprezentują szeroki wachlarz możliwości – od argumentów wywodzących się z koncepcji kultury nędzy, poprzez strukturalne koncepcje ograniczonych szans niższych klas, do analiz wywodzących się z teorii organizacji, wskazujących, że zasady leżące u podstaw w służby zdrowia mogą w nie mniejszym stopniu wpływać na sposób korzystania z opieki medycznej niż cechy charakteryzujące użytkowników (Coe 1978; Boulton 1986; Atkinson 1995). Dostarczane przez nie argumenty, które wydają się szczególnie przystające do rozważań nad szansami poszczególnych klas społecznych na partnerską relację pacjenta i lekarza, można sprowadzić do następujących kwestii.

– Główne założenia, na których opiera się struktura służb zdrowotnych, są zgodne z wartościami, oczekiwaniami i stylami życia przede wszystkim klasy średniej;

– Pacjenci o pozycji społecznej zbliżonej do pozycji lekarza mają większą szansę na nawiązanie wspólnego a jednocześnie bardziej efektywnego stylu komunikacji;

– Wzory socjalizacji w klasie średniej wyposażają jednostkę w umiejętność łatwiejszego realizowania roli pacjenta, rozumienia obiektywnej orientacji przedstawicieli służby zdrowia, minimalizowania skutków niewielkiej zresztą różnicy statusu.

– Taka socjalizacja, łącznie z przewagą klasy średniej w dziedzinie wykształcenia, zapewnia łatwość dopasowania się do istniejących form organizacyjnych i funkcjonowania w strukturach biurokratycznych, sprzyja umiejętności werbalizowania swoich odczuć, oczekiwań i potrzeb i podejmowania negocjacji z lekarzem.

Jeżeli przyjąć, że powyższe tezy mają charakter w miarę uniwersalny dla społeczeństw kapitalistycznych, można oczekiwać, że i w postransformacyj-

nej Polsce pojawią się różnice pomiędzy pacjentami z klasy średniej i niższej, a ci ostatni będą mieli mniej szans na realizację modelu partnerskiego w swoich kontaktach z lekarzami. Kwestie te są niewątpliwie interesujące dla międzynarodowych porównań.

Zacznijmy od przedstawienia zróżnicowania ocen postrzeganych relacji pacjent–lekarz w Polsce.

Tabela 4. *Regresja współpracy pacjenta z lekarzem na wybrane cechy demograficzne, społeczne i zdrowotne. Polska*

Zmienne niezależne	Współczynniki	
	B	beta
Płeć (mężczyźni=1, kobiety=2)	-0,01	-0,01
Wiek do 29 lat	Kategoria referencyjna dla wieku	
Wiek do 30 lat	0,09	0,05
Wiek powyżej 60 lat	0,21	0,08*
Wielkość miejsca zamieszkania	-0,04	-0,03
Liczba lat nauki	-0,07	-0,11*
Właściciele	Kategoria referencyjna dla kategorii zawodowych	
Inteligencja	-0,06	-0,02
Pracownicy umysłowi	-0,14	-0,06
Robotnicy	-0,08	-0,03
Rolnicy	-0,06	-0,03
Samooceńca sytuacji materialna	-0,06	-0,04
Samooceńca stanu zdrowia	-0,05	-0,05
Częstość wizyt u lekarza	0,06	0,07*
Stałe przyjmowanie leków	-0,05	-0,03
R <sup>2</sup>	0,035	

\*p<0,05

Na wstępie trzeba zauważyć, że zmienne traktowane w tym modelu jako wyjaśniające wyjaśniły łącznie bardzo niewiele ogólnej zmienności czynnika „współpracy” i partnerstwa między pacjentami i lekarzami. Istotne zależności notujemy tylko z wiekiem – kategorią powyżej 60. roku życia (zależność dodatnia) – częstością wizyt u lekarza (zależność dodatnia) oraz poziomem wykształcenia (zależność ujemna). Osoby starsze wiekiem częściej postrzegają swoje kontakty z lekarzami jako partnerskie. Sprzyja temu niewątpliwie rodzaj dolegliwości, z którymi przychodzą do lekarzy – choroby przewlekłe – które niekako wymuszają większe partnerstwo. Można także założyć, że dysponująca ogół większą ilością wolnego czasu, a także lepiej znając swo-

je dolegliwości, skuteczniej egzekwują od lekarza informacje na temat leków, alternatywnych terapii itd. Sprzyjają temu także częstsze wizyty u lekarza. Warto jednak także wziąć po uwagę, że osoby starsze, bardziej tradycyjnie postrzegające rolę i autorytet lekarza, mają mniejsze oczekiwania co do stopnia pożądanego partnerstwa i tym samym ich zapotrzebowanie w tym zakresie jest łatwiejsze do usatysfakcjonowania.

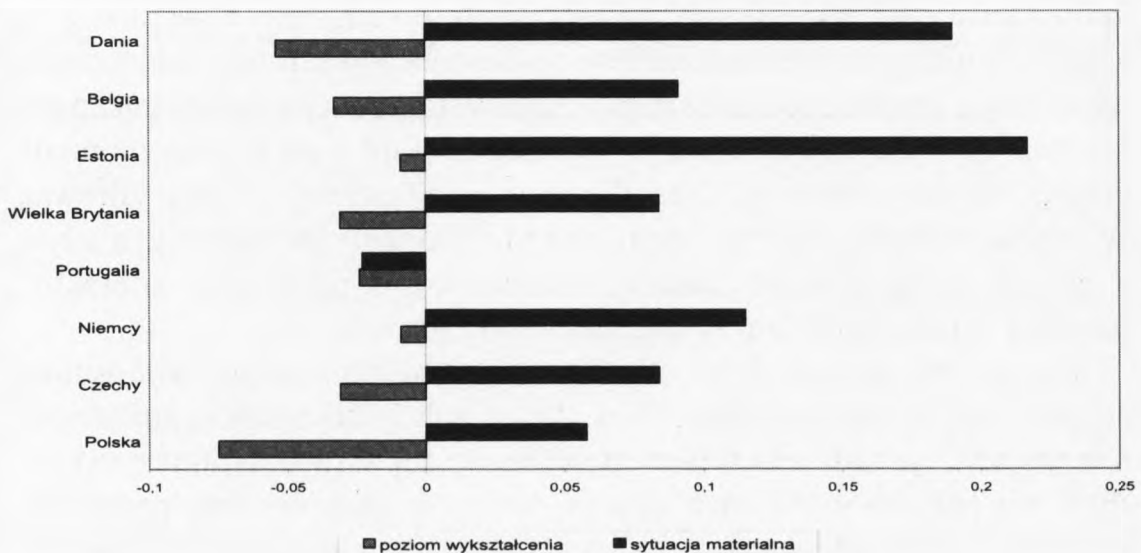
Negatywna zależność między postrzeganym stopniem partnerstwa a wykształceniem pokazuje właśnie dysproporcje między oczekiwanym, pożądanym modelem interakcji a rzeczywistością. Im wyższe wykształcenie pacjentów, tym większe potrzeby rozumienia i aktywnego uczestnictwa w terapii. Widać więc, że to bardziej wykształceni pacjenci zapoznali się z „kartą praw pacjenta” i są bardziej wyczuleni niedostatki w tym zakresie. Przynależność do określonej grupy społeczno zawodowej nie wykazuje statystycznie istotnej zależności z postrzeganym stopniem współpracy, ale największe prawdopodobieństwo określenia relacji jako paternalistycznych pojawia się wśród pracowników umysłowych. Mniej wyraziste opinie inteligentów wiązać można z faktem, że ze względu na zbliżone pozycje społeczne z pozycją lekarza są traktowani mniej paternalistycznie lub też wyższy poziom ich własnej wiedzy medycznej uniezależnia ich od lekarzy. Wyjaśnienie takie potwierdzałyby badania dotyczące własnych doświadczeń związanych z przebiegiem wizyt lekarskich. Świadczą one o zwiększonych szansach na partnerstwo osób bardziej wykształconych (Ostrowska 2001; 2003).

Ciekawym wynikiem jest brak zależności między statusem materialnym pacjentów a postrzeganym stopniem partnerstwa. Ciekawym, bo raczej nietypowym w Europie. Przyjrzyjmy się zatem, czy i jak cechy położenia społecznego pacjentów determinują współpracę we wzajemnych interakcjach w innych krajach europejskich. Jest to zarazem pytanie o rozkłady postrzeganych nierówności społecznych w traktowaniu pacjentów przez lekarzy. Poniższa tabela przedstawia tę kwestię dla wybranych ośmiu krajów europejskich: o niskim poziomie partnerstwa – Polska, Czechy, Niemcy, o średnim – Portugalia, Wielka Brytania, Estonia i wysokim – Belgia i Dania.

Jeżeli więc wykształcenie traktować jako kapitał wiedzy i kultury medycznej, a dobrą sytuację materialną jako zdolność kupowania lepszych usług medycznych – to można sądzić, że wykształcenie sprzyja raczej wyższym oczekiwaniom co do partnerstwa, a lepsza sytuacja materialna pozwala go doświadczyć. We wszystkich krajach wykształcenie sprzyja wyraźniejszemu postrzeganiu relacji jako paternalistycznych – jednak w Polsce jest to najbardziej widoczne. Z kolei we wszystkich krajach (poza Portugalią) dochód sprzyja postrzeganiu relacji jako partnerskich. W Polsce relacja ta jest stosunkowo najmniej widoczna. Wynik ten może budzić zdziwienie

wszak korupcja w środowisku lekarskim uchodzi za powszechne zjawisko, a zatem zależność między jakością opieki a pieniądzem powinna być bardziej widoczna. Jednak wygląda na to, że partnerstwo nie jest jakością, którą można kupić za pieniądze. Zdają się to także potwierdzać badania nad zjawiskiem korupcji w Polsce (Bank Światowy 2001); nieformalne płatności dotyczą u nas na ogół dostępu do trudno osiągalnych placówek i zabiegów lub wykonania badania czy operacji przez wybranego lekarza. W tych przypadkach problemy paternalizmu i partnerstwa schodzą na drugi plan.

Rysunek 4. *Metryczne współczynniki regresji dla liczby lat nauki i samooceny poziomu materialnego w modelu, w którym zmienną wyjaśnianą jest stopień współpracy (przy kontroli kategorii społeczno-zawodowej, wieku, płci, miejsca zamieszkania i ocen dotyczących zdrowia i opieki lekarskiej)*



Jeśli chodzi o drugi z wyodrębnionych przez nas relacji pacjent–lekarz, wymiar komunikacji, to w Polsce żadna ze zmiennych społeczno-, demograficzno-zdrowotnych (zmiennie niezależne) nie korelowała w istotny sposób z osiąganym poziomem komunikacji. Zależności takich nie zaobserwowaliśmy także w Danii. W pozostałych spośród analizowanych krajów prawdopodobieństwo osiągnięcia właściwej komunikacji wzrastało wraz z poziomem wykształcenia, a także z wiekiem. W Belgii, Portugalii i Czechach istotna była ponadto lepsza sytuacja materialna.

Brak wyraźniejszych związków między oceną relacji pacjent–lekarz i stopniem wzajemnej komunikacji między nimi a pozycją społeczną tego ostatniego jest niewątpliwie zaskakującym i ciekawym wynikiem. Wydaje się, że można go interpretować na dwa sposoby. Pierwsze wyjaśnienie na-

wiązywałyby do hipotezy „dziedzictwa socjalizmu”. Wynik ten może więc świadczyć o istnieniu zunifikowanego stosunku lekarzy do pacjentów, wykształconego w poprzednim systemie. Nowe, pojawiające się zróżnicowania społeczne nie pociągnęły za sobą jak dotychczas wyraźniejszych zmian w świadomości społecznej pacjentów i lekarzy, odpowiadających pogłębiającej się stratyfikacji społecznej – i nie odbiły się na jakości kontaktów między nimi.

Problem ten byłby interesujący do ponownego badania po upływie czasu, w miarę dalszego utrwalania się w tych krajach podziałów społecznych charakterystycznych dla kapitalizmu i przenikania ich do sfery świadomości. Można też oczekiwać, że tak jak w krajach zachodnich, tworząca się klasa średnia zacznie i u nas realizować w wyraźniejszy sposób wzór charakterystyczny dla relacji konsumenckich, w którym pacjent jest klientem dokonującym świadomego, opartego na właściwych informacjach wyboru (*informed choice*) w zakresie usług medycznych, podczas gdy klasy niższe są w większym stopniu biernymi odbiorcami oferowanych usług. Interesujące też byłoby u nas prześledzenie różnic między stopniem paternalizmu i partnerstwa we wzajemnych relacjach, w zależności od tego, czy wizyta miała miejsce w prywatnym gabinecie, czy w powszechnej służbie zdrowia. W omawianym badaniu nie dysponujemy takim rozróżnieniem, a użyte w pytaniu sformułowanie „lekarz rodzinny, lekarz pierwszego kontaktu” sugeruje przedstawiciela powszechnej służby zdrowia.

Drugie wyjaśnienie, które zresztą nie jest konkurencyjne w stosunku do pierwszego, wskazywałoby, że w Polsce należy poszukiwać zmiennych różnicujących kształt relacji pacjent–lekarz raczej wśród charakterystyk lekarzy niż pacjentów. Są więc lekarze, którzy mają generalnie partnerski stosunek do pacjentów, i tacy, którzy go nie mają, niezależnie od społecznej charakterystyki swoich pacjentów. Poszukiwanie odnośnych wyjaśnień dotyczyłoby zmiennych charakteryzujących raczej indywidualną wrażliwość, rodzaj socjalizacji do zawodu, koncepcji własnych ról zawodowych, oczekiwań środowiska, być może wykonywanej specjalności w obrębie praktyki medycznej i rodzaju instytucji, w której ma miejsce praktyka lekarska. I tu nasuwałoby się wówczas pytanie, czy wraz z upływem czasu, utrwalaniem się reguł rynkowych i krystalizacją wspólnych norm i wartości klasy średniej nie pojawią się u nas wyraźniejsze zróżnicowania stosunku lekarzy do pacjentów, tak jak obserwujemy to w innych krajach europejskich.