

Zaprzeczenie

Dementi: oficjalne zaprzeczenie lub sprostowanie jakiejś informacji. Nieoficjalnie w dyplomacji: gwałtowne zaprzeczenie jest zazwyczaj potwierdzeniem informacji

Rozmowa z lek. med. Danutą Dudrak, specjalistą psychiatrii i psychoterapii uzależnień, pełnomocnikiem – koordynatorem ds. zdrowia przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej

Problem uzależnienia od alkoholu to jedno z największych tabu w naszym środowisku lekarskim...

– Uzależnienie od alkoholu dotyka mniej więcej od 10 do 20 procent ogółu konsumentów. Im powszechniejsza konsumpcja alkoholu w danej kulturze, tym większej liczby osób dotyczy uzależnienie. Należy też od razu zastrzec, że owe 10 procent odnosi się do wszystkich bez wyjątku sfer społecznych: najbogatszych i najbiedniejszych, najlepiej i najgorzej wykształconych, najbardziej i najmniej poważanych, wielce wpływowych i tych mniej znaczących. I niestety środowisko lekarskie nie jest pod tym względem żadnym wyjątkiem.

Trzeba jednak powiedzieć, że uzależnienie to ciężka, nawracająca, w wielu wypadkach nieuleczalna choroba mózgu. Upośledzająca sprawność psychofizyczną oraz powodująca wielokrotnie zagrożenie dla chorego i dla innych osób.

Osiowym objawem tej choroby jest zaprzeczanie; przy czym zaprzecza nie tylko chory, ale czyni tak również jego najbliższa rodzina i otoczenie.

A więc także środowisko zawodowe...

– Zaprzeczają wszystkie środowiska: lekarze, policjanci, żołnierze, księża, politycy i wszyscy inni. Obowiązuje fałszywie pojęta solidarność, która każe mówić: nasze środowisko jest prawidłowe, patologie nas nie dotyczą, u nas niczego takiego nie ma.

Konsekwencją tego rodzaju postawy jest zaniechanie udzielania pomocy choremu. Zamiast tego wyrzuca się go poza obręb zdrowej społeczności, gdy jego zachowania nie mogą być już dłużej tolerowane. Albo biernie przygląda się temu, jak umiera z nigdy nie rozpoznanym i nigdy nie leczonym schorzeniem.

Paradoksalnie jednak wszyscy wiemy, że taka choroba istnieje. Ale jej w porę nie rozpoznajemy. Rzekomo po to, by nie robić człowiekowi krzywdy, nie zauważając przy tym, że wyrządzamy mu krzywdę jeszcze większą. Bo dzięki mechanizmowi zaprzeczania własnego i środowiska chory lekarz funkcjonuje w swoim zawodzie o 8 do 10 lat dłużej. Z postępującą chorobą upośledzającą jego życie, zdrowie i funkcjonowanie zawodowe. A przecież lekarz jest żywym narzędziem, które ma służyć pacjentom. Tylko że chore narzędzie to niesprawne narzędzie.

Widzimy więc, do czego prowadzi i jak bardzo szkodliwe jest zaprzeczanie...

Pierwszy krok w kierunku zmiany tej sytuacji został już zrobiony...

– W 2007 roku problemem uzależnionych lekarzy zajęła się Naczelna Izba Lekarska i Okręgowe Samorzady Lekarskie, powołując pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy. Wzorem innych nacji zaczynamy wreszcie rozpoznawać, że uzależnieni lekarze żyją wśród nas i próbujemy opracowywać programy zaradcze.

Tymczasem Kanadyjczycy i Niemcy prowadzą takie działania od blisko dwudziestu lat, a Amerykanie jeszcze dłużej. Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie ocenia, że uzależnienie dotyczy 25 procent lekarzy, Kanadyjczycy i Niemcy oceniają tę liczbę na 10 do 15 procent. Wszystkie te środowiska lekarskie opracowały już dawno systemy leczenia i monitoringu chorych oraz powracających do zdrowia lekarzy.



Jeśli przyjmiemy, że w Polsce jest podobnie, to problem uzależnienia może dotyczyć nawet kilkunastu tysięcy lekarzy. Dlatego dłużej nie da się już zaprzeczać, „że nie ma problemu”. Otóż jest. I to całkiem spory. Niestety ciągle jeszcze pomagamy niewielu lekarzom. To zaledwie wierzchołek góry lodowej. Mobilizujemy się zbyt późno, często dopiero pod wpływem skarg ze strony pacjentów czy sensacyjnych doniesień prasowych o kolejnym zatrzymaniu pijanego lekarza w trakcie pełnienia dyżuru. Sami jesteśmy za mało aktywni. Zbyt głęboko tkwimy w swoich uwarunkowaniach, w myśleniu, że nas to nie dotyczy, a w obliczu zagrożenia zwieramy szereg, „bo naszych biją”.

Właściwym początkiem jest nazwanie choroby po imieniu...

– Diagnoza ma polski odpowiednik w rozpoznaniu. Ale jeszcze wcześniej musimy chorobę widzieć. Niestety mam wrażenie, że my ją widzimy, jednak jesteśmy wyjątkowo opieszali właśnie w jej rozpoznawaniu. Bo powiedzenie koledze, że „ma problem” sprawia nam osobiście taki dyskomfort, że wolimy mu raczej pomóc w ukrywaniu problemu. Zastępujemy go na dyżurze, wyręczamy w pracy, bagatelizujemy wyczuwalny zapach alkoholu, dajemy zwolnienie lekarskie na grypę, głęboko wierząc, że w ten sposób pomagamy w potrzebie. I liczymy na jakieś cudowne zdolności naprawcze kolegi. A smutna prawda jest taka, że nieleczona choroba rozwija się dalej. Tak naprawdę pomagamy więc jedynie temu uzależnieniu się rozwijać.

Uważam, że obowiązkiem lekarza jest diagnozować (rozpoznawać) chorobę. Nawet jeżeli nie każdy pacjent, któremu rozpoznamy chorobę, zechce być przez nas leczony. Wielu pacjentów decyduje się na leczenie dopiero wtedy, gdy słyszy potwierdzenie tej samej diagnozy po raz kolejny. Dotyczy to w takim samym stopniu naszych chorych na uzależnienie od alkoholu lekarzy. Rozpoznanie musi być więc usłyszane wielokrotnie. Chory podejmuje bowiem leczenie najczęściej dopiero wtedy, gdy czuje się zagrożony, gdy ból staje się nie do zniesienia i gdy kosztą niedziałania zaczynają być zbyt duże.

Wspomniała Pani o kilkunastu tysiącach uzależnionych lekarzy. Tylko gdzie oni w takim razie są?

– Oczywiście wśród nas. We wszystkich specjalnościach i na wszystkich możliwych stanowiskach. I naszym obowiązkiem jest pomagać tym lekarzom. Właściwie, a więc nazywając problem po imieniu. Nie wyręczając. Nie pomagając w ukrywaniu skutków picia. Nakłaniając do kontaktu ze specjalistą od uzależnień, kontaktując z ruchem samopomocowym Anonimowych Alkoholików albo z już niepijącymi lekarzami, jeśli takich znamy. Nie ma bowiem niczego lepszego i silniejszego od dobrego przykładu. Taki przykład obala uprzedzenia i jest skuteczną odpowiedzią na połowę zaprzeczeń, w stylu: „dla mnie nie jest to możliwe”.

W ostateczności zaś mamy obowiązek interweniować w samorządzie lekarskim. Samorząd może skłonić chorego lekarza do podjęcia leczenia, a w przypadku odmowy ma prawo zawieszenia lub nawet pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Konieczność sięgnięcia po tak drastyczne rozwiązania wynika z naszych powinności, jakie mamy wobec pacjentów. Prawo wykonywania zawodu jest bowiem pożądanym i elitarnym dobrem, które powinno znajdować się we właściwych rękach i gwarantować naszym pacjentom jak najlepszą pomoc.

Chory lekarz, który sam nie chce się leczyć ani dbać o swoje zdrowie, nie powinien opiekować się innymi chorymi. I nie powinien mieć prawa leczenia innych, dopóki sam nie zadba o swoje zdrowie.

Kto może skłonić lekarza uzależnionego od alkoholu do podjęcia leczenia?

– Największy wpływ na podjęcie tej decyzji może mieć konsekwentny, wymagający szef. Ale ma to być szef, który sam nie jest częścią zaprzeczającego systemu, szef, któremu leży na sumieniu dobra jakość zespołu, a nie fałszywie miła, pseudokoleżeńska, zaprzeczająca jakimkolwiek problemom atmosfera. Taki szef jest w stanie uważnie przyglądać się podwładnemu i dyktować warunki dalszej współpracy: nakłonić do kontaktu ze specjalistą, zobowiązać do leczenia, dać szansę powrotu do zespołu po zakończeniu leczenia. Osobiście uważam zresztą, że szansa leczenia powinna zawsze poprzedzać zwolnienie z pracy. To drugie rozwiązanie jest naprawdę ostatecznością.

W drugiej kolejności liczy się także wpływ przyjaciół, którym los chorego nie jest obojętny. Oni również mogą skontaktować go z „kim należy”, towarzyszyć w drodze do specjalisty uzależnień, pomóc w znalezieniu odpowiedniej osoby, z którą warto porozmawiać, czy motywować do dalszych wysiłków.

Wreszcie niezwykle istotna jest także pomoc najbliższych: współmałżonka, rodzeństwa, rodziców, dzieci. Zdarza się, że rodzina szuka pomocy dużo wcześniej od samej uzależnionej osoby, zazwyczaj w sytuacji, gdy cierpienie staje się zbyt duże, a zagrożenie narasta. Często jednak zagrożenie utratą pracy działa silniej od groźby rozpadu rodziny.

Warto też poszukać innych ludzi, którzy mogą mieć na uzależnionego skuteczny wpływ – dawnych przyjaciół ze szkoły, zaprzyjaźnionego księdza czy ludzi, z których opiniami on się liczy – im więcej sojuszników, tym lepiej.

Ale bodźcem do leczenia mogą być także skargi pacjentów, uwagi ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia co do jakości pracy lekarza albo skargi składane w izbach lekarskich. Wszystko to może być dobrym początkiem rozpoznania problemu i podjęcia leczenia.

Jak dużo udało się Pani zrobić przez rok działalności w roli pełnomocnika do spraw zdrowia?

– Pomagałam ośmiu lekarzom, którzy zgłosili się, szukając leczenia. Z tej liczby czterech kolegów trafiło do mnie z rekomendacji i ze wskazania innych uzależnionych lekarzy – uczestników ruchu samopomocowego Anonimowych Alkoholików, którzy kiedyś sami przeszli terapię i dziś nie piją. Co więcej – funkcjonują z sukcesem w swoich zawodach.

Trzy osoby zgłosiły się po interwencji rodzin, które odszukały mnie poprzez innych pacjentów, korzystających wcześniej z mojej pomocy. Jeden członek rodziny trafił zaś do mnie z rekomendacji Izby Lekarskiej. I to był bardzo ważny precedens.

Wreszcie jedną osobę konsultowałam w szpitalu w ramach obowiązków lekarza konsultanta.

Dziewięć osób – to bardzo niewiele, zaledwie maleńki wierzchołek góry lodowej...

– To prawda, oceniam, że tylko w naszym wielkopolskim środowisku lekarskim pomocy potrzebować może przynajmniej 10 procent spośród nas. A zatem więcej niż tysiąc osób. Ale oni cały czas są niewidzialni, nierozpoznani, cierpiący i stanowiący zagrożenie dla siebie i dla innych.

Zastanawia mnie też fakt, że żaden z szefów nie rekomendował nikogo do szukania pomocy. A właśnie poprzez takie działania można zrobić najwięcej, bo przecież praca jest dla każdego lekarza niezwykle ważna. Dlatego właśnie w szefach widzę potencjalnych sojuszników w kwestii monitorowania zdrowia lekarzy i nakłaniania ich do podejmowania leczenia.

A jakie są najważniejsze działania, którymi zajmuje się pełnomocnik do spraw zdrowia?

– Przede wszystkim mam służyć pomocą wszystkim tym, którzy chcą podjąć leczenie. Pomagać znaleźć odpowiedni ośrodek, kontaktować z tym ośrodkiem, zachęcać do podjęcia leczenia, rekomendować placówki lecznicze. Wreszcie koordynować proces leczenia, a za zgodą pacjenta, monitorować podjęte przez niego leczenie. A zatem być podstawowym źródłem informacji dla pacjenta – podpowiadać, co warto zrobić i gdzie dalej szukać pomocy.

Z mojej wiedzy korzystać mogą także szefowie, koledzy i rodzina uzależnionego. Chętnie podpowiem im, jak można pomagać, a czego należy unikać.

Do moich zadań należy też zbieranie skarg pochodzących od pacjentów, jak również informacji od policji, sądów czy z doniesień prasowych, dotyczących pracy lekarzy pod wpływem alkoholu. Chociaż wolałabym oczywiście, by media i organa ścigania były jak najrzadszym źródłem informacji o uzależnionych lekarzach. Mam nadzieję, że my sami jako środowisko potrafimy pomagać wcześniej. Po to, by zdążyć przed kolejnym newsem o „pijanej lekarce jadącej pogotowiem do chorego”.

W jaki sposób można z Panią nawiązać kontakt?

– Osoby zainteresowane kontaktem proszę o telefon na numer stacjonarny 0-61 8 516 929 lub komórkowy 0-603 126 213 względnie o kontakt e-mailowy: danuta.dudrak@neostrada.pl.

Można także zostawiać wiadomości dla mnie w sekretariacie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu przy al. Niepodległości 37.

Lekarze na dwóch kołach

Zgodnie z wcześniejszą zapowiedzią tegoroczna inauguracja sezonu motocyklowego „DR” odbędzie się w Wielkopolsce, w powiecie wolsztyńskim, w Wieleniu Zaobrzańskim, w gminie Przemęt na terenie Przemęckiego Parku Krajobrazowego.

Organizacją zajmują się koledzy z Wolsztyna.

Termin zlotu 24–26.04.2009 r., koszt 200 zł

(cena zawiera 2 noclegi i 5 posiłków).

Koleżanki, kolegów lekarzy i stomatologów jeżdżących motocyklami serdecznie zapraszamy. Mile widziani nowi członkowie.

Wszelkich informacji o zlocie udziela i zapisy przyjmuje kolega Maciej Wojciechowski pod numerem telefonu 602 762 894 do 15.04.2009 r.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto:

PKO BP SA I Oddział w Łodzi

98 1020 3352 0000 1602 0010 0362