

# Wybrane aspekty współpracy lekarzy i psychologów na podstawie wyników badania pilotażowego przeprowadzonego w hospicjach, domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych

*Selected aspects of physician–psychologist cooperation based on a pilot study conducted in hospices, nursery homes and medical care units*

Anna Wyszadko, Leszek Pawłowski, Justyna Janiszewska, Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

*Psychoonkologia* 2014; 3: 106–115

## Adres do korespondencji:

Anna Wyszadko  
Zakład Medycyny Paliatywnej  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk  
tel./faks +48 58 349 15 73  
e-mail: annawyszadko@gumed.edu.pl

## Streszczenie

**Wstęp:** Bio-psycho-społeczna koncepcja zdrowia człowieka zakłada wzajemny wpływ sfer biologicznej, psychicznej i społecznej. Konieczne jest zatem ich uwzględnienie zarówno w diagnozie, jak i terapii. Rzeczywista współpraca, a nie jedynie równoległe wykonywanie obowiązków poszczególnych grup zawodowych, umożliwia skuteczne dbanie o jakość życia osób objętych opieką. Współdziałanie jest istotne zwłaszcza w pracy psychologów i lekarzy, którzy opiekują się chorymi. Niezbędne jest poszukiwanie rozwiązań, które pozwolą na zapewnienie jak najwyższego poziomu współpracy w zespole interdyscyplinarnym. Dotyczy to nie tylko placówek opieki paliatywnej, lecz także opieki długoterminowej i pomocy społecznej. Celem prezentowanej pracy było określenie warunków współpracy lekarzy i psychologów oraz weryfikacja przydatności autorskiego kwestionariusza opracowanego na potrzeby badania.

**Materiał i metody:** W badaniu pilotażowym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę statystyczną uzyskanych danych. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz skierowany do lekarzy i psychologów w wybranych losowo hospicjach, domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych w całej Polsce.

**Wyniki:** Rodzaj wzajemnej relacji 73% lekarzy oraz 44% psychologów określiło jako partnerstwo i zaufanie, przy czym 27% lekarzy oraz 44% psychologów podało, że pracują „obok siebie”. Wszyscy psychologowie, którzy udzielili odpowiedzi, twierdzili, że mają zaufanie do lekarzy jako profesjonalistów, natomiast 80% lekarzy wyraziło zaufanie do psychologów. Wyniki badania zawierają ponadto ocenę czynników wpływających na satysfakcję ze współpracy, a także samej współpracy oraz opisują wzajemne postrzeganie celów zawodowych.

**Wnioski:** Współpraca lekarzy z psychologami jest istotna ze względu na konieczność całościowego rozumienia sytuacji pacjenta (zgodnie z założeniami modelu bio-psycho-społecznego).

## Abstract

**Background:** The bio-psycho-social conception of human health implies the mutual influence of biological, psychological and social dimensions. Therefore, it is necessary to take them into account in diagnosis and therapy. Real collaboration, not merely simultaneous work of different specialists, allows patients' quality of life to be improved efficiently. Cooperation between physicians and psychologists helping patients is of great importance. It is necessary to search for answers how to provide a high level of interprofessional cooperation in

an interdisciplinary team. This applies not only to palliative care, but also to long-term care and nursery homes. The aim of this work is to define the characteristics of cooperation of physicians and psychologists and to verify the applicability of a questionnaire prepared for researching the cooperation.

**Material and methods:** A diagnostic survey was performed in this pilot research, and the results were statistically analyzed. An anonymous questionnaire was sent to physicians and psychologists in randomly selected hospices, nursery homes and long-term units in Poland, which were randomly selected.

**Results:** Seventy-three percent of physicians and 44% of psychologists described their vocational relationship as characterized by partnership and trust, while 27% of physicians and 44% of psychologists reported that they work "separately". All psychologists claimed to trust doctors as professionals, while 80% of doctors claimed to trust psychologists. Moreover, research results describe the assessment of aspects which may influence cooperation as well as the cooperation itself, satisfaction with cooperation and understanding vocational goals.

**Conclusions:** Physician-psychologist cooperation is important in terms of the necessity of holistic understanding of the patient's situation (according to the bio-psycho-social model).

**Słowa kluczowe:** współpraca, relacje zawodowe, psychologowie, lekarze.

**Key words:** collaboration, interprofessional relations, psychologists, physicians.

## Wstęp

Zarówno medycyna, jak i psychologia doceniają wielowymiarowość człowieka, któremu ze swoich założeń mają pomagać. Znajduje to odzwierciedlenie w definicji zdrowia WHO: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia / dobrostanu (*well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego”.

„Naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka. Celem jego działalności profesjonalnej jest niesienie pomocy innej osobie w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiąganiu lepszej jakości życia na drodze rozwoju indywidualnych możliwości oraz ulepszania kontaktów międzyludzkich” (Kodeks etyczny-zawodowy psychologa). Podobne są cele działań lekarza: „Służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc” (Kodeks etyki lekarskiej).

Przedstawiciele obu tych zawodów, z racji swojego wykształcenia oraz zakresu powierzonych zadań, mają większą wiedzę i koncentrują podejmowane działania albo na problemach somatycznych, albo psychicznych pacjenta. Niezbędne jest jednak, aby mieli podstawową wiedzę o wymiarach człowieka, które mogą wpływać na kwestie będące głównym przedmiotem ich zainteresowania zawodowego i oddziaływać terapeutycznych. Ważna jest również umiejętność współpracy z przedstawicielami innych zawodów w celu zapewnienia całościowego rozumienia stanu chorego oraz leczenia go. Istotne

jest więc, aby lekarze wykazywali otwartość i zrozumienie wobec problemów psychicznych pacjenta i potrafili współdziałać z psychologami w ich rozwiązywaniu. Dotyczy to również psychologów i ich współpracy z lekarzami w podejmowaniu działań wymagających zaangażowania zarówno wiedzy medycznej, jak i psychologicznej.

Konieczność całościowego rozumienia pacjenta, a także wzajemnego wpływu sfer biologicznej, psychicznej i społecznej obrazuje koncepcja bio-psycho-społeczna zdrowia człowieka [1]. Diagnostyka psychoonkologiczna dotycząca osób z chorobami nowotworowymi także uwzględnia wielowymiarowość człowieka. Powinna ona prowadzić do rozpoznania nasilenia objawów cielesnych, psychicznych, zasobów somatycznych i społecznych [2]. Istotnego znaczenia w związku z powyższym nabiera świadomość możliwych zależności między ciałem, psychiką a otoczeniem społecznym pacjenta oraz współpraca interdyscyplinarna [3].

Kwestię współpracy wielodyscyplinarnej porusza się zwłaszcza w kontekście opieki paliatywnej. Stosunkowo liczne są publikacje na temat współpracy lekarzy z pielęgniarkami. Można także znaleźć, chociaż mniej liczne, prace na temat współpracy psychologów z lekarzami. Temat ten jest istotny ze względu na zapewnienie pacjentom całościowej, profesjonalnej pomocy.

W Polsce psychologowie są zatrudniani między innymi w placówkach opieki paliatywnej, domach pomocy społecznej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Zakres i sposób zaangażowania psychologa i lekarza

w każdym z wymienionych miejsc jest zróżnicowany w zależności od formy opieki. Natomiast świadczenia udzielane przez lekarza są najbardziej zintensyfikowane w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a znacznie mniej w opiece długoterminowej. Z kolei w stacjonarnych placówkach pomocy społecznej, które z założenia nie udzielają świadczeń zdrowotnych, przebywający w nich podopieczni z reguły korzystają z wizyt domowych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zróżnicowanie dotyczy również pacjentów lub podopiecznych wyżej wspomnianych placówek ze względu na odrębne, a w pewnym zakresie nawet wykluczające się kryteria, które pozwalają na zakwalifikowanie osoby do wymienionych form opieki zdrowotnej lub pomocy społecznej. Niemniej jednak większość osób korzystających z powyższych form opieki to osoby przewlekle chore, a ponadto w wielu przypadkach niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnej egzystencji. Wszelkie wsparcie tych osób wymaga uwzględnienia zarówno ich stanu somatycznego, jak i psychicznego. W związku z tym w wybranych placówkach istnieją warunki i potrzeba współpracy lekarzy i psychologów.

Opieka paliatywna często rozumiana jest jedynie jako sprawowana nad osobami umierającymi, u kresu ich życia. Jednak zgodnie z definicją WHO powinna ona być realizowana także jako sposób postępowania zmierzającego do łagodzenia objawów chorób nieuleczalnych i postępujących w początkowych ich fazach, równoległe z leczeniem przyczynowym [4].

Jednocześnie w domach pomocy społecznej i w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej przebywają często osoby nieuleczalnie chore, które nie kwalifikują się do objęcia świadczeniami gwarantowanymi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, jednakże w świetle wyżej cytowanej definicji wymagają postępowania z zakresu opieki paliatywnej. Niezbędne jest bowiem całościowe rozumienie ich sytuacji oraz wielowymiarowe zapewnienie i utrzymanie jak najwyższej jakości ich życia. Jakość życia ocenia się zarówno w odniesieniu do stanu fizycznego, jak i psychicznego pacjenta, biorąc pod uwagę obiektywne oceny (np. psychologa, lekarza) i subiektywną samoocenę chorego [5]. Z tych powodów za zasadne uważamy skupienie się na współpracy lekarzy i psychologów w wymienionych miejscach, by poznać specyfikę tej współpracy w zakresie uniwersalnych „dobrych praktyk” i charakterystycznych dla danego rodzaju placówek. Poniższe badania przygotowano jako pilotaż ewentualnych szerszych badań w tym zakresie.

## Material i metody

W celu poznania specyfiki współpracy psychologów i lekarzy w stacjonarnych placówkach opieki paliatywnej (hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej), długoterminowej (zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych) i pomocy społecznej (domach pomocy społecznej) opracowano autorski kwestionariusz. Na podstawie danych z literatury [6–9] oraz osobistych doświadczeń i obserwacji badaczy zostały przygotowane dwie wersje pytań, dostosowane do każdej grupy zawodowej. Różnice między wersjami polegały na zmianie formy niektórych pytań (odnoszących się bezpośrednio do relacji), np. „Psychologowie konsultują się ze mną w sprawach dotyczących pacjentów” – w wersji dla lekarzy, „Lekarze konsultują się ze mną w sprawach dotyczących pacjentów” – w wersji dla psychologów.

Każdy kwestionariusz zawierał 24 pytania, z czego 6 miało charakter otwarty, 11 wymagało zaznaczenia odpowiedzi tak lub nie, 3 wybrania jednej odpowiedzi (rodzaj placówki, określenie satysfakcji z pracy z pacjentami, rodzaj relacji z psychologiem/lekarzem współpracownikiem), 3 oszacowania wartości na skali Likerta.

Poruszane w kwestionariuszu kwestie obejmują określenie: co wpływa na zadowolenie ze współpracy zawodowej, relacji z przedstawicielami innego zawodu w miejscu pracy, celów realizowanych w pracy w odniesieniu do pacjentów przez lekarzy i psychologów, a także ocenę własnego postrzegania współpracy psycholog – lekarz (szacowanie na 11-stopniowej skali Likerta od 0 do 10). Dodatkowo badani mogli podać ze swojego doświadczenia przykłady dobrej i złej współpracy między lekarzem a psychologiem oraz opisać, na czym polega wzajemna współpraca (pytania otwarte).

W ramach badania pilotażowego zestawu kwestionariuszy do anonimowego wypełnienia zostały rozesłane do 48 losowo wybranych ośrodków w całej Polsce. Z listy placówek umieszczonych w bazie danych rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z rejestrów domów pomocy społecznej wylosowano po jednej placówce każdego typu (hospicjum stacjonarne, ZOL i DPS) ze wszystkich województw Polski oraz wysłano do nich za pośrednictwem poczty w marcu 2014 r. zestaw kwestionariuszy (do wypełnienia przez pracujących w nich psychologów i lekarzy). Losowy był wybór numeru porządkowego danej placówki każdego typu w każdym województwie (numeracja według listy dostępnej w internecie).

## Wyniki

Uzyskano zwrot kwestionariuszy z 17 ośrodków (co stanowi 35% wylosowanych placówek), w tym z 5 zarówno od lekarzy, jak i psychologów, a z pozostałych od przedstawicieli jednej grupy zawodowej. Łącznie w badaniu wypowiedziało się 15 lekarzy i 9 psychologów (tab. 1.).

Jako najbardziej wpływające na poziom zadowolenia ze współpracy (bardzo ważne lub ważne) badani wskazali wzajemny szacunek, następnie zaufanie do kompetencji współpracownika i umiejętność rozwiązywania konfliktów. Co ciekawe, jedynie w grupie lekarzy pojawiły się odpowiedzi, że zadowolenie ze współpracy nieznacznie lub w średnim stopniu zależy od tych czynników (oszacowania 2–3–4 na skali 0–10).

W przypadku posiadania wspólnych celów zawodowych oraz wzajemnej sympatii zdania były bardziej podzielone (tab. 2.).

Jak lekarze i psychologowie opisali swoje wzajemne relacje zawodowe? Badani mogli wybrać jeden z 5 wymienionych rodzajów relacji: partnerstwo i zaufanie, moja zależność, moje zwierzchnictwo, konflikty, pracujemy „obok siebie”. Najczęściej wskazywano partnerską współpracę – 15 osób (w tym 11 z 15 lekarzy i 4 z 9 psychologów), 8 osób podało, że „pracują obok siebie” (w tym 4 z 15 lekarzy i 4 z 9 psychologów), jeden psycholog określił swoją relację z lekarzem jako „moja zależność” (tab. 3.).

Interesująca jest analiza opisu, na czym polega współpraca w ramach wykonywania pracy w grupach, które w różny sposób określiły rodzaj relacji w miejscu pracy.

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy: wiek, miejsce pracy

*Table 1. Characteristics of the group: age, workplace*

| Grupa zawodowa | Liczba ważnych odpowiedzi dotyczących wieku | Wiek (lata) |      |       |     | Miejsce pracy |           |     |                 |
|----------------|---|-------------|------|-------|-----|---------------|-----------|-----|-----------------|
|                |   | średnia     | min. | maks. | SD  | ZOL, ZOP      | hospicjum | DPS | brak odpowiedzi |
| lekarze        | 14  | 43,14       | 29   | 60    | 9,8 | 6             | 8         | 1   | 0               |
| psychologowie  | 7   | 36,14       | 29   | 49    | 8,3 | 4             | 2         | 2   | 1               |

**Tabela 2.** Oszacowanie istotności czynników wpływających na zadowolenie ze współpracy zawodowej

*Table 2. Assessment of the significance of factors affecting satisfaction with the professional collaboration*

| Czynniki wpływające na zadowolenie ze współpracy zawodowej | Istotność czynników wpływających na zadowolenie ze współpracy zawodowej |         |      |       |      |         |         |      |       |      |               |         |      |       |      |
|--|---|---------|------|-------|------|---------|---------|------|-------|------|---------------|---------|------|-------|------|
|  | ogółem  |         |      |       |      | lekarze |         |      |       |      | psychologowie |         |      |       |      |
|  | n   | średnia | min. | maks. | SD   | n       | średnia | min. | maks. | SD   | n             | średnia | min. | maks. | SD   |
| wzajemna sympatia  | 24  | 7,04    | 0    | 10    | 3,17 | 15      | 7,13    | 0    | 10    | 3,44 | 9             | 6,89    | 1    | 10    | 2,85 |
| posiadanie wspólnych celów zawodowych                      | 24  | 7,63    | 2    | 10    | 2,48 | 15      | 7,13    | 2    | 10    | 2,88 | 9             | 8,44    | 6    | 10    | 1,42 |
| umiejętność rozwiązywania konfliktów                       | 23  | 8,22    | 2    | 10    | 2,54 | 14      | 7,79    | 2    | 10    | 3,07 | 9             | 8,89    | 7    | 10    | 1,27 |
| wzajemny szacunek  | 24  | 9,04    | 3    | 10    | 1,90 | 15      | 8,73    | 3    | 10    | 2,31 | 9             | 9,56    | 8    | 10    | 0,73 |
| zaufanie do kompetencji zawodowych współpracownika         | 23  | 8,39    | 2    | 10    | 2,17 | 14      | 8,14    | 2    | 10    | 2,60 | 9             | 8,78    | 7    | 10    | 1,30 |

**Tabela 3.** Określenie własnej relacji zawodowej respondentów ze współpracownikami

*Table 3. Definition of respondents' own professional relations with coworkers*

| Określenie relacji zawodowej | Lekarze       |    | Psychologowie |      | łącznie       |      |
|------------------------------|---------------|----|---------------|------|---------------|------|
|                              | liczba (z 15) | %  | liczba (z 9)  | %    | liczba (z 24) | %    |
| partnerstwo i zaufanie       | 11            | 73 | 4             | 44,5 | 15            | 62,5 |
| moja zależność               | 0             | 0  | 1             | 11   | 1             | 4    |
| moje zwierzchnictwo          | 0             | 0  | 0             | 0    | 0             | 0    |
| konflikty                    | 0             | 0  | 0             | 0    | 0             | 0    |
| pracujemy „obok siebie”      | 4             | 27 | 4             | 44,5 | 8             | 33,5 |

Lekarze i psychologowie, którzy określili wzajemną relację jako partnerską współpracę, podawali, że:

- wymieniają informacje na temat funkcjonowania pacjenta w zakładzie/placówce, rozmawiają o problemach psychofizycznych pacjenta,
- współpracują przy ustalaniu sposobu pomocy pacjentowi,
- ustalają cele pracy w odniesieniu do pacjentów,
- dokonują podziału zadań,
- wspólnie rozwiązują problemy.

Respondenci, którzy opisali działania lekarza i psychologa jako realizowane „obok siebie”, mówili przeważnie o takich interakcjach, jak zlecenie badania pacjenta i wskazanie osoby do skonsultowania, ale także o pomocy pacjentowi lub jego rodzinie, opisie mieszkańca, ocenie pacjenta. Można przypuszczać, że w takim przypadku każdy wykonuje swoje zadania, nie będąc w interakcji ze współpracownikiem.

Czynnikami wiążącymi się z poczuciem partnerstwa w pracy mogą być zatem wspólne planowanie, wymiana informacji istotnych dla pomocy danemu pacjentowi, świadomość tego, co robi współpracownik, oraz przekonanie, że dąży się do tego samego celu terapeutycznego.

Jak psychologowie i lekarze pracujący w badanych placówkach postrzegają swoje wzajemne relacje zawodowe? Wszyscy psychologowie, którzy wypowiedzieli się w badaniu, podali, że konsultują się z lekarzami, aby poznać ich punkt widzenia

w sprawach dotyczących pacjentów, oraz że mają zaufanie do lekarzy jako profesjonalistów. Spośród lekarzy 2/3 stwierdziło, że konsultuje się z psychologami w sprawach pacjentów. Co piąty lekarz nie wyraził zaufania do psychologa jako profesjonalisty. Większość przedstawicieli obu grup zawodowych zauważyła, że ich obserwacje, wnioski, propozycje dotyczące prowadzenia terapii są brane pod uwagę przez współpracujących z nimi lekarzy lub psychologów.

W tabeli 4. zestawiono wyniki dotyczące doświadczeń ze współpracy z przedstawicielami innej niż własna grupy zawodowej.

Czy cele lekarza i psychologa w kontakcie z pacjentem są podobne czy różne? Jak oceniają oni samych siebie, a jak „tych drugich”?

Przedmiotem zainteresowania badaczy była również kwestia znajomości i wzajemnego postrzegania celów zawodowych współpracowników. Zarówno lekarze, jak i psychologowie określali, w jakim stopniu dany cel jest celem zawodowym lekarza oraz psychologa (skala: 0 – to w ogóle nie jest cel zawodowy, 10 – bardzo istotny cel zawodowy). Średnie oszacowanej istotności określonych celów przedstawia tabela 5.

W odniesieniu do niektórych celów obu grup zawodowych można zauważyć rozbieżności w ocenach przedstawicieli opisywanego zawodu i osób wykonujących inny zawód. Na przykład „miłe spędzenie czasu z pacjentem” przez samych psy-

**Tabela 4.** Doświadczenia ze współpracy z przedstawicielami innej niż własna grupy zawodowej  
*Table 4. Experiences in cooperation with representatives of a professional group other than one's own*

| Odczucia dotyczące współpracy  | Ogółem (z 24) | Lekarze opisują swoje relacje z psychologami, liczba z 15 (%) | Psychologowie opisują swoje relacje z lekarzami, liczba z 9 (%) |
|--|---------------|---|---|
| Moje obserwacje, wnioski, propozycje dotyczące prowadzenia terapii są brane pod uwagę                                      | 19            | 11 (73)   | 8 (89)  |
| Konsultuję się w sprawach dotyczących pacjentów z lekarzami/psychologami, aby poznać ich punkt widzenia na pomoc pacjentom | 19            | 10 (67)   | 9 (100)   |
| Lekarze/psychologowie konsultują się ze mną w sprawach dotyczących pacjentów, aby poznać mój punkt widzenia                | 18            | 11 (73)   | 7 (78)  |
| Mam wrażenie, że lekarze/psychologowie rozumieją mnie, kiedy mówię (moje wypowiedzi są zrozumiałe dla lekarzy/psychologów) | 22            | 14 (93)   | 8 (89)  |
| Rozumiem, co mówią lekarze/psychologowie (rozumiem ich język, punkt widzenia)  | 22            | 14 (93)   | 8 (89)  |
| Mam wrażenie, że lekarz/psycholog w kontakcie ze mną występuje jedynie w swojej roli zawodowej (nie jako człowiek)         | 4             | 3 (20)  | 1 (11)  |
| Rozumiem, co lekarz/psycholog robi zawodowo (jakie ma metody pracy i co może osiągnąć)                                     | 18            | 10 (67)   | 8 (89)  |
| Zauważam efekty pracy lekarza/psychologa   | 19            | 11 (73)   | 8 (89)  |
| Uważam, że lekarz/psycholog za mało mówi mi o tym, co robi lub może zrobić w odniesieniu do konkretnych pacjentów          | 9             | 6 (40)  | 3 (33)  |
| Mam zaufanie do lekarza/psychologa jako do profesjonalisty   | 21            | 12 (80)   | 9 (100)   |

chologów nie zostało raczej określone jako cel ich pracy, natomiast lekarze określili to jako cel psychologa w średnim stopniu. W odniesieniu do zawodu lekarza wyraźna była różnica w ocenie celu „wyleczyć pacjenta”. Lekarze określili, że jest to dla nich zadanie w średnim stopniu (w znacznie większym chcą przynosić ulgę w cierpieniu, przeciwdziałać mu, ustalać wraz z pacjentami cele i przebieg terapii oraz pomagać osiągać lepszą jakość życia), natomiast psychologowie uznali wyleczenie pacjenta za ważny cel zawodowy lekarza. Warto jednak zaznaczyć, że odpowiedzi lekarzy mogły być tutaj warunkowane miejscem pracy, w którym udzielali oni odpowiedzi. W odniesieniu do pacjentów, którzy potrzebują leczenia paliatywnego, samo wyleczenie jest celem mniej istotnym niż zapewnienie choremu dobrej jakości życia. Możliwe, że psychologowie oceniali cele lekarzy bardziej ogólnie niż sami lekarze.

Ogólnie rzecz ujmując, większość celów psychologów i lekarzy w odniesieniu do pacjenta jest spójna, często także podobnie oceniają oni wzajemnie swoje cele. Cele, które zostały różnie oszacowane przez przedstawicieli „własnego” zawodu i ich współpracowników z innej branży, mogą być punktem ewentualnych nieudomówień, sporów, niejasności, nie-realnych oczekiwań co do wykonywanej pracy (jej „przecenienia” lub niedocenienia) w danym miejscu.

Osoby udzielające odpowiedzi na zawarte w kwestionariuszu pytania mogły również opisać krótko przypadek dobrej i złej współpracy. Spośród 24 osób 15 udzieliło odpowiedzi na te pyta-

nia. Przykłady współpracy podane w kwestionariuszach odzwierciedlały opisane wyżej wymiary, zwracając dodatkowo uwagę na kwestie organizacyjne (np. czas na konsultacje).

Wybrane wypowiedzi opisujące dobrą współpracę wskazujące na wagę wymiany informacji oraz wspólnego ustalania celów (lekarz zauważa i docenia znaczenie czynników psychologicznych w odczuwaniu bólu, psycholog rozumie wpływ czynników biologicznych na *psyche* pacjenta, wymieniają informacje, utrzymują współpracę):

- *Silny ból mimo zwiększenia i modyfikacji dawek leków przeciwbólowych, po kilku rozmowach z psychologiem źródło bólu okazało się też społeczne, po włączeniu pracownika socjalnego i jego pomocy ból fizyczny opanowano (mniejszymi dawkami leków) – lekarz;*
- *Lekarz prosi o konsultację pacjenta w obniżonym nastroju. Po rozmowie z pacjentem wspólnie z lekarzem prowadzącym ustalamy sposób postępowania – psycholog;*
- *Lekarz zauważa obniżony nastrój, płaczliwość, kłopoty ze snem. Na spotkaniu z psychologiem analizuje wspólnie podłoże tych objawów, całą sytuację pacjenta. Wspólnie ustalamy plan dalszej współpracy z pacjentem. Dzielimy się zadaniami w celu poprawy nastroju pacjenta – psycholog;*
- *Pacjent zagrożony samobójstwem. Lekarz zareagował na myśli samobójcze, zgłasza mi, ja badam sytuację, prowadzę interwencję, udzielam wskazówek lekarzowi (odnośnie do odreagowywania, wspierania pacjenta), lekarz proponuje rozwiązania problemów zgłoszonych mi przez pacjenta. Współpraca trwa do naturalnej śmierci pacjenta – psycholog.*

Tabela 5. Oszacowanie istotności określonych celów zawodowych w kontakcie z pacjentem

Table 5. Estimation of specified vocational goals related to patient

| Cele w kontakcie z pacjentem   | Oszacowanie istotności określonych celów zawodowych w kontakcie z pacjentem (skala: 0 – to w ogóle nie jest cel zawodowy, 10 – bardzo istotny cel zawodowy) |      |       |     |                            |      |       |     |                            |      |       |     |                               |      |       |     |
|--|---|------|-------|-----|----------------------------|------|-------|-----|----------------------------|------|-------|-----|-------------------------------|------|-------|-----|
|  | lekarza – ocenia lekarz   |      |       |     | lekarza – ocenia psycholog |      |       |     | psychologa – ocenia lekarz |      |       |     | psychologa – ocenia psycholog |      |       |     |
|  | średnia   | min. | maks. | SD  | średnia                    | min. | maks. | SD  | średnia                    | min. | maks. | SD  | średnia                       | min. | maks. | SD  |
| wyleczyć pacjenta  | 5,6   | 0    | 10    | 4,2 | 8,3                        | 0    | 10    | 3,2 | 3,1                        | 0    | 10    | 3,7 | 4,8                           | 0    | 10    | 4,1 |
| ulżyć pacjentowi w cierpieniu  | 9,9   | 9    | 10    | 0,3 | 9,1                        | 6    | 10    | 1,4 | 7,5                        | 1    | 10    | 3,1 | 9                             | 7    | 10    | 1   |
| przeciwdziałać cierpieniu  | 9,5   | 7    | 10    | 0,9 | 8,9                        | 6    | 10    | 1,4 | 7,2                        | 2    | 10    | 7,2 | 9                             | 8    | 10    | 1   |
| pomoc w rozwiązaniu trudności życiowych                                | 6,2   | 2    | 10    | 2,9 | 5,3                        | 1    | 10    | 3,8 | 8,8                        | 3    | 10    | 2,3 | 9                             | 7    | 10    | 1,3 |
| pomoc w osiągnięciu lepszej jakości życia                              | 8,4   | 2    | 10    | 2,1 | 6,9                        | 1    | 10    | 3,2 | 8,8                        | 5    | 10    | 2,3 | 9,7                           | 8    | 10    | 0,7 |
| współpraca z pacjentem w zakresie ustalania celów i przebiegu leczenia | 8,3   | 5    | 10    | 1,5 | 7                          | 2    | 10    | 2,9 | 8,1                        | 2    | 10    | 2,5 | 7,7                           | 1    | 10    | 3   |
| miło spędzić czas z pacjentem  | 3,5   | 0    | 9     | 3,1 | 1,8                        | 0    | 6     | 2,3 | 6,5                        | 0    | 10    | 4,2 | 4,1                           | 0    | 10    | 3,4 |

Wybrane wypowiedzi opisujące sytuację, gdy lekarz rozumie istotę wsparcia także rodziny pacjenta:

- *Wsparcie przez psychologa rodziny, w której umierał ojciec i było także 7-letnie dziecko, przygotowanie do odejścia żony i dzieci, opieka w żałobie. Częsty kontakt pomiędzy mną, żoną a psychologiem – lekarz;*
- *Współpraca z pacjentką, personelem, rodziną. Dobra współpraca i praca terapeutyczna – psychologiczna. Bardzo wspierała duża wrażliwość personelu na potrzeby, reakcje pacjentki oraz systematyczna wymiana informacji między psychologiem, personelem oraz rodziną. Wzajemne zrozumienie i ustalanie celów i działań wspierających – lekarz;*
- *Codziennie konsultacje i wymiana doświadczeń – lekarz.*

Podano także przykłady złej współpracy wynikającej z czynników organizacyjnych oraz osobowych:

- *Lekarz prosi o interwencję u depresyjnej pacjentki. Rozpoznają sytuację, planują panią wspierać, ale jest kilka kwestii, które pacjentka i jej rodzina potrzebują skonsultować z lekarzem. (...) lekarz na zebraniu zespołu powierzchownie odnosił się do moich obserwacji i propozycji. Sprawiał wrażenie, jakby problem obniżonego nastroju chorej już przestał być dla niego ważny – psycholog. Wypowiedź ta obrazuje znaczenie ciągłości współpracy i fakt, że przekazanie informacji o tym, którego pacjenta należy skonsultować, może nie wystarczyć;*
- *Mimo prośby o pomoc psychologa, odmówił nawiązania kontaktu z pacjentem, twierdząc, że musi mieć dłuższy czas na rozmowę i nie zdążył (pacjent pogorszył się w zakresie funkcji poznawczych i ogólnie) – umierał w niepokoju mimo modyfikacji leków – lekarz;*
- *Brak „spontanicznego” zainteresowania – lekarz;*
- *W wypadku zaostrzenia choroby, narastania zachowań niepożądanych u mieszkańca – brak czasu na wspólne wypracowanie sposobów postępowania – psycholog.*

Podsumowując przytoczone wypowiedzi, jako czynniki wpływające na zadowolenie ze współpracy podane przez respondentów można wymienić: dostrzeganie sensu i znaczenia łączenia swoich działań z przedstawicielami innego zawodu w celu zapewnienia całościowej i skutecznej pomocy człowiekowi, ciągłą wymianę informacji dotyczących istotnych kwestii związanych z pomocą, która gwarantuje całościowe rozumienie sytuacji chorego, wspólne ustalanie planu działania.

## Dyskusja

Zagadnienie współpracy interdyscyplinarnej lekarzy i psychologów, mimo że jest istotne z punktu widzenia zarówno sprawowania całościowej opieki i leczenia pacjentów, jak i dobrej jakości pracy, spotkało się z nieznacznym zainteresowaniem przed-

stawicieli tych zawodów, o czym można wnioskować na podstawie niewielkiego procentowo zwrotu wypełnionych kwestionariuszy. Dostępne publikacje na omawiany temat często są pogładowe lub opierają się na niewielkich grupach badanych i w znacznej mierze są badaniami jakościowymi. Mimo że wprowadzają cenne perspektywy rozumienia relacji zawodowych badanych, w niewielkim stopniu pozwalają uogólniać wnioski.

Również w niniejszym badaniu pilotażowym nie sposób generalizować wyników, które mogą posłużyć jedynie za podstawę do przeprowadzenia badania na dużą skalę.

Cenne z punktu widzenia analiz statystycznych będzie uzyskanie odpowiedzi od większej grupy respondentów, dzięki czemu możliwe stanie się poznanie ewentualnych podobieństw i różnic charakteru pracy i współpracy badanych w poszczególnych typach placówek. Może to być interesujące w szczególności w odniesieniu do celów zawodowych. Z pewnością istotnym celem lekarza jest wyleczenie pacjenta, jednak gdy staje się ono niemożliwe, lekarz skupia się na łagodzeniu objawów, dążąc do uzyskania dobrej jakości życia chorego. W prezentowanym badaniu pilotażowym lekarze, którzy udzielili odpowiedzi, oszacowali cel „wyleczyć pacjenta” jako średnio istotny dla siebie. Możliwe, że wpłynął na to fakt, że 8 z 15 respondentów pracowało w hospicjach.

Zwraca uwagę, że w prezentowanym badaniu jeden na trzech lekarzy przyznawał, że nie rozumie, co zawodowo robi psycholog (jakie ma metody pracy i co może osiągnąć). Zdaje się, że jest to znaczna część, jeśli weźmie się pod uwagę, że wypowiadali się lekarze, którzy deklarowali, że w ich miejscu pracy jest także zatrudniony psycholog. O ile współpraca psychiatrów z psychologami, najpewniej z powodu specyfiki chorób psychicznych, wydaje się oczywista, o tyle w ogólnej praktyce medycznej trzeba ją wspierać. Przybliżenia lekarzom zakresu możliwości współpracy zawodowej z psychologami podjął się między innymi Majkovicz [10].

Z drugiej strony jako jedną z barier działania psychologów w podstawowej opiece zdrowotnej Fisher i Dickinson (2014) wymieniają brak świadomości niektórych psychologów w zakresie możliwego wpływu cielesnych mechanizmów, procesów i chorób na pewne objawy psychiczne, a także brak orientacji w strukturze i organizacji służby zdrowia. Można to rozumieć jako pewne pominięcie sfery somatycznej w diagnozie i oddziaływaniach terapeutycznych psychologa [11].

Istotne jest, by psychologowie pomagający zawodowo osobom cierpiącym na choroby somatyczne znali medyczne podstawy tych zaburzeń oraz język, którym posługują się pracownicy medyczni, by skutecznie się z nimi porozumiewać

i rozumieć raporty [12]. Kwestię orientacji w całościowym rozumieniu chorych poruszono także w modelu szkoleniowym mającym na celu rozwój umiejętności współpracy psychologów z lekarzami, tak by odpowiadali oni na rzeczywiste potrzeby związane ze zdrowiem swoich pacjentów w ramach modelu bio-psycho-społecznego [13].

W ocenie lekarzy medycyny pracy, aby ich współpraca z psychologami była efektywna, obie grupy zawodowe muszą znać podstawy tej drugiej profesji oraz mieć jasne wytyczne dotyczące współpracy [14].

Interesujące jest także spostrzeżenie, że większość lekarzy i psychologów w prezentowanym badaniu pilotażowym uznała, że rozumie przedstawicieli tej drugiej specjalności i czuje się rozumiana. Mogłoby to wskazywać na stosunkowo dobry poziom komunikacji, możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości i ustalania wspólnych celów. Częste deklarowane konsultacje interdyscyplinarne oraz branie pod uwagę uzyskanych podczas nich informacji mogą prowadzić do lepszego rozumienia pacjentów oraz ustalenia optymalnych działań, jednak interdyscyplinarność wciąż nie jest zasadą współpracy.

W prezentowanym przez nas badaniu pilotażowym istotna grupa lekarzy (6 z 15) oraz psychologów (3 z 9) uznała, że jest niedoinformowana (otrzymują zbyt mało informacji od współpracownika). Zapewne wiele czynników może wpływać na taką sytuację, jednak wydaje się, że istotne znaczenie mogą mieć kwestie tajemnicy zawodowej. Lekarze i psychologowie mogą się bowiem obawiać naruszenia obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem (klientem), a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Wynika on odpowiednio z art. 40 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 ze zm.) i art. 14 ust. 1 Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. nr 73, poz. 763 ze zm.). Również Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.) w art. 13 przewiduje prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji z nim związanych, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Wyżej opisane obawy są nieuzasadnione, zwłaszcza gdy lekarz przekazuje psychologowi, który uczestniczy w opiece nad chorym, niezbędne informacje o pacjencie związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Artykuł 40 ust. 2 pkt 6 pierwszej z wymienionych ustaw przewiduje taką możliwość jako wyjątek od zasady. Warto podkreślić, że informacje mogą zostać przekazane psychologowi wyłącznie w niezbędnym za-

kresie, wynikającym z potrzeb prowadzonej przez psychologa terapii [15]. Również w okolicznościach, gdy psycholog przekazuje niezbędne informacje lekarzowi, obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem nie zostanie przez niego naruszony, ponieważ druga z wyżej wymienionych ustaw w art. 14 ust. 3 przewiduje możliwość ujawnienia informacji w przypadku, gdy tak stanowią ustawy. Natomiast art. 14 ust. 2 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dopuszcza przekazanie informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Dotyczy to również informowania lekarzy zaangażowanych w opiekę nad pacjentem, który korzysta z pomocy psychologa.

Kwestie moralne związane ze współpracą (w szczególności z wymianą informacji o pacjencie między psychologami a lekarzami) podnieśli między innymi Paproski i Haverkamp (2000) [16] oraz Liew [17].

Zwracano także uwagę na przygotowanie formalne i przynależność do rejestrowanej grupy zawodowej jako czynnik zwiększający wiarę współpracowników w kompetencje (także etyczne) oraz w razie potrzeby reakcję środowiska zawodowego.

Wymiana informacji istotnych ze względu na pomoc pacjentowi jest ważna, ponieważ stanowi podstawę całościowego zrozumienia jego sytuacji, a także zaplanowania odpowiednich działań mających na celu dobro chorego. W badaniu Granier i wsp. lekarze za najbardziej istotne we współpracy z psychologami uznali uzyskiwanie informacji zwrotnych w zakresie wyników badań klinicznych i zaleceń. Zauważali, że niektórzy psychologowie nie zapewniali im odpowiednich informacji na temat kierowanych do nich pacjentów. Brak informacji od psychologów w przeszłości 22% lekarzy wskazało jako przyczynę niekierowania pacjentów do psychologa (przy czym 21% z powodu braku psychologa w okolicy, 95% ze względów finansowych dotyczących pacjenta). Warto zaznaczyć, że w tym samym badaniu większość (z wyjątkiem 1%) lekarzy uznała, że włączenie psychologów w podstawową opiekę zdrowotną byłoby cenne z różnych względów [18]. W innym badaniu po rocznej „eksperymentalnej” współpracy lekarzy z psychologami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (psycholog był przypisany do ośrodka, a lekarz mógł do niego kierować pacjentów na konsultacje, diagnozę lub wsparcie, terapię) 9 na 10 lekarzy uznało, że ich wiedza na temat możliwości i metod pracy psychologa wzrosła, wysoko także został oceniony poziom informacji zwrotnej od psychologów w dyskusjach, rekomendacjach, adnotacjach służbowych. Ograniczenie tego badania polegało na braku grupy kontrolnej [19]. Podobne wnioski uzyskano



w wyniku przeprowadzenia próbnie wspólnych dyżurów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i psychologa (w jednym gabinecie, jednocześnie). Okazało się, że współpraca taka jest możliwa i efektywna, przedstawiciele obu zawodów nauczyli się wiele na temat związku emocji i relacji społecznych z funkcjonowaniem ciał pacjentów, udało się pomóc w sferze psychicznej wielu osobom, które może nie poszłyby same do psychologa, a chętnie skorzystały „przy okazji”. Dodatkowo zaobserwowano spadek o 31% wydatków na leki w porównaniu z wcześniejszym okresem, kiedy lekarz pracował sam [20]. Możliwe, że sami pacjenci w podobnym stopniu jak lekarze nie wiedzą dokładnie, w czym może im pomóc psycholog i jakimi metodami.

W związku z dyskusją prowadzoną w Stanach Zjednoczonych na temat uprawnienia psychologów ze stopniem naukowym doktora do przepisywania niektórych leków APA (*American Psychological Association*) opowiedziało się za większą opłacalnością i efektywnością kooperacji psychologów z lekarzami, którzy wypisują recepty na leki, niż przygotowywaniem psychologów w zakresie rozumienia patofizjologii chorób psychicznych tak, by odpowiedzialnie ordynowali konkretne lekarstwa swoim pacjentom. Zauważono także, że jest to zgodne z wytycznymi WHO w zakresie współpracy interdyscyplinarnej [21].

Szwedzcy badacze zauważyli, że nie wystarczy samo zachęcanie ludzi do tego, by rozmawiali ze sobą, potrzeba także aktywnego kierownictwa w zespole, by jego praca była efektywna [22]. To z kolei podkreśla znaczenie czynników organizacyjnych w realizacji współpracy interdyscyplinarnej.

Wartość zaangażowania psychologów w opiekę nad pacjentami polega między innymi na wprowadzeniu w obszar zainteresowania zespołu interdyscyplinarnego sfery psychicznej, zastosowaniu psychologicznych zasad i wytycznych w działaniu na rzecz chorego, co skutkuje wypełnieniem założeń modelu bio-psycho-społecznego. Warto podejmować ten temat i dążyć do realizowania dobrej współpracy przedstawicieli różnych zawodów (w tym lekarzy i psychologów), aby jak najlepiej pomagać pacjentom.

## Wnioski

Wnioski ogólne:

- współpraca interdyscyplinarna jest podstawą całościowej diagnozy i leczenia człowieka (w ujęciu modelu bio-psycho-społecznego);
- potrzebna jest orientacja poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego w zakresie kompetencji zawodowych przedstawicieli wszystkich zawodów;

– wzajemne postrzeganie celów zawodowych może mieć istotne znaczenie;

– istnieje potrzeba, by psychologowie i lekarze mieli jasność co do zgodnego z prawem i służącego pacjentowi wymieniania istotnych z punktu widzenia oddziaływań terapeutycznych informacji o nim.

Wnioski dotyczące badania kwestionariuszowego:

– należy przeprowadzić właściwe badanie, na dużej liczbie respondentów, aby poznać specyfikę współpracy lekarzy i psychologów, a także móc przeanalizować podobieństwa i różnice współpracy w różnych typach placówek;

– należy rozważyć zastosowanie lub równoległe przeprowadzenie badania internetowego w celu zwiększenia możliwości uzyskania odpowiedzi;

– należy uzupełnić kwestionariusz o kwestie etyczne i związane z formalnym kształceniem, przynależnością do ugrupowań zawodowych, a także organizację pracy, aby poznać poziom istotności różnic i podobieństw we współpracy badanych grup;

– należy rozszerzyć kwestionariusz o kwestie organizacyjne dotyczące współpracy (np. zebrania, dokumentacja).

## Piśmiennictwo

1. Sheridan C, Redmacher R. Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2008.
2. Dorfmuller M. Psychoonkologia – diagnostyka, metody terapeutyczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
3. Thompson J. Multidisciplinary collaboration between pain physicians and psychologists: ageless wisdom for the new millennium. *Pain Physician* 2003; 6: 223-226.
4. Smith T, Temin S, Alesi E i wsp. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 880-887.
5. De Walden-Gatuszko K, Majkowicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Zakład Medycyny Paliatywnej AMG, Gdańsk 2000.
6. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communications and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 949.
7. Drummond N, Abbott K, Williamson T, Somji B. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: implications for education and training. *Can Fam Physician* 2012; 58: 450-458.
8. Vissers K, van den Brand M, Jacobs J i wsp. Palliative medicine update: a multidisciplinary approach. *Pain Practice* 2013; 13: 576-588.
9. Babska K, Tkaczyk M, Nowicki M. Współpraca w zespole terapeutycznym – podstawowa zasada profesjonalnej opieki nad chorym dializowanym otrzewnowo – założenia a rzeczywistość. *Pol Merk Lek* 2008; 24 Supl. 4: 12.
10. Majkowicz M. Rola psychologa klinicznego w praktyce ogólnolekarskiej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007; 7: 87-92.

11. Fisher L, Dickinson W. Psychology and primary care: new collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *Am Psychol* 2014; 69: 355-363.
12. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K i wsp. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. *Jpn J Clin Oncol* 2013; 43: 286-293.
13. Bluestein D, Cubic B. Psychologists and primary care physicians: a training model for creating collaborative relationships. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16: 101-112.
14. Waszkowska M, Garczarek A. Psychologia i badania psychologiczne w ocenie lekarzy służby medycyny pracy. *Medycyna Pracy* 2005; 56: 147-153.
15. Barcikowska-Szydło E, Majcher K, Malczewska M, Preiss W, Sakowski K, Zielińska E. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Wolters Kluwer 2014; Malczewska M: Komentarz do art. 40 poz. 23.
16. Paproski D, Haverkamp B. Interdisciplinary collaboration: ethical issues and recommendations. *Can J Counselling* 2000; 34: 85-97.
17. van Liew J. Balancing confidentiality and collaboration within multidisciplinary health care teams. *J Clin Psychol Med Settings* 2012; 19: 411-417.
18. Grenier J, Chomienne M, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Can Fam Physician* 2008; 54: 232-233.
19. Chomienne M, Grenier J, Gaboury I, Hogg W, Ritchie P, Farmanova-Haynes E. Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 282-287.
20. Solano L, Pirrotta E, Ingravalle V, Fayella P. The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation. *Ment Health Fam Med* 2009; 6: 91-98.
21. Robiner W, Tumlin T, Tompkins T. Psychologists and medications in the era of interprofessional care: collaboration is less problematic and costly than prescribing. *Clin Psychol Sci Prac* 2013; 20: 489-507.
22. Thylefors I. All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams. *Scand J Caring Sci* 2012; 26: 505-512.