

**Wojciech Kapała*****Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*****Streszczenie**

Artykuł omawia zagadnienie współpracy pomiędzy przedstawicielami zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Zaprezentowano w nim uwagi badaczy na temat współpracy zawodowej przedstawicieli dwóch profesji medycznych, poczynając od zależności i pełnego podporządkowania pielęgniarek względem lekarzy, do samodzielności w podejmowaniu decyzji i czynności zawodowych pielęgniarek względem tych drugich. W artykule przedstawiono również zdania i opinie lekarzy na temat współpracy zawodowej z pielęgniarkami oraz ocenę tej współpracy.

**Słowa kluczowe**

Współpraca zawodowa, wymiana informacji, pielęgniarka, lekarz.

**Wstęp**

Lekarze i pielęgniarki należą do tych profesjonalistów medycznych, którzy z racji swojej pracy spotykają się permanentnie. Ich stosunki zawodowe bywają różne, tak jak różnie mogą zachowywać się ludzie niezależnie od swojej profesji i wykonywanej pracy. Jednak w przypadku lekarzy i pielęgniarek w szczególności postulowana jest swoista zawodowa symbioza, twórcza współpraca, żeby nie powiedzieć aktywne współdziałanie. Autorzy takich postulatów (zarówno teoretycy, jak i praktycy zawodów medycznych) domagają się tego tłumacząc, że leży to przede wszystkim w interesie powierzonego im opieki pacjenta, ale również ich własnej, tj. lekarzy i pielęgniarek. Apologeci tych słów mówią, że wówczas przedstawicielom zawodów medycznych będzie się pracowało lepiej, bardziej efektywniej i z korzyścią dla wszystkich. Od dawna jednak zarówno lekarze, jak i pielęgniarki do aktywnego współdziałania podchodzą raczej z niechęcią, a przyczyn tego jest wiele.

**Pielęgniarka i lekarz – razem czy osobno?**

Pielęgniarki już od dłuższego czasu określa się jako profesjonalistów medycznych. Nie było tak jednak zawsze, ponieważ od początków powstania pielęgniarstwa pielęgniarka względem lekarza pełniła rolę przede wszystkim pomocniczą, żeby nie powiedzieć służebną. Wraz z coraz lepszym przygotowaniem pielęgniarek do zawodu ich zawodowa rola zaczęła się jednak stopniowo zmieniać. Pielęgniarkom zaczęto powierzać coraz więcej i bardziej odpowiedzialnych zawodowych zadań, które niejednokrotnie do tej pory były zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy. Zdaniem B. Sztembis i I. Wrońskiej spostrzega się to jako rozszerzenie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od podporządkowania lekarzowi do samodzielności [1]. Jak pisze M. Bogusz „*pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona (...), potrafiąca*

*podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości i utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie” [2]. K. Zdziebło pisze podobnie: uważa ona, że w przyszłości „pielęgniarka musi (...) być dobrze wykształconym profesjonalistą, którego unikalny i wyróżniający się wkład w opiekę zdrowotną, promocję zdrowia, zapobieganie chorobom, jest respektowany przez wszystkich współpracowników w ramach współpracy w dostarczaniu usług zdrowotnych najwyższej jakości” [3]. Zdaniem K. Zdziebło, należy rozważyć możliwość dalszego zwiększenia kompetencji zawodowych pielęgniarek, umożliwienia im samodzielnego wykonywania zadań przynoszących wymierne efekty zdrowotne, które będą widoczne zarówno dla pielęgniarek, jak i dla pacjentów [4]. W cytowanych zdaniach podkreśla się współpracę pielęgniarki z interdyscyplinarnym zespołem, oraz respektowanie wkładu pracy zespołu pielęgniarskiego przez wszystkich pracowników medycznych. Jak jednak owa współpraca pomiędzy pielęgniarką a interdyscyplinarnym zespołem medycznym wygląda? Czy w istocie wkład, jaki wnosi pielęgniarka, jest doceniany przez innych profesjonalistów medycznych?*

Miejsce pielęgniarki w zespole medycznym, zdaniem niektórych badaczy, jest determinowane kilkoma czynnikami, tj. postępowaniem naukowo-technicznym, jaki się dokonał w dziedzinie medycyny na przestrzeni lat, wyposażeniem placówek służby zdrowia w aparaturę medyczną, kwalifikacjami pielęgniarek (samokształcenie, szkolenia, kursy, studia zawodowe) oraz prawidłowym (co oznacza to słowo dokładnie w odczuciu autorów cytowanego artykułu, tego do końca nie wiadomo, bowiem nie napisali oni tego – przyp. autora) współdziałaniem lekarzy i pielęgniarek [5]. W podobnym tonie, wskazującym na konieczność aktywnej współpracy zawodowej, wypowiada się D. Głowacka i wsp. Jak pisze ona: „*Na efektywną działalność pielęgniarki oddziałowej i ordynatora ma wpływ ich aktywne współdziałanie*”. Zauważa ona jednak, że „*przeszkodą dla prawidłowej współpracy, są nadal często spotykane w środowisku lekarskim pewne stereotypy, ujmujące pielęgniarkę oddziałową oraz jej funkcje kierownicze i zawodowe, jako osobę całkowicie podporządkowaną lekarzom*” [6]. Tymczasem, jak pisze L. Wołowicka i wsp.: „*Leczenie i pielęgnowanie jest ciągłym zintegrowanym procesem działań w zakresie profilaktyki, diagnozowania, terapii, opieki nadzoru i rehabilitacji. Taka koncepcja – przyznaje dalej L. Wołowicka – nie wyklucza samodzielności postępowania lekarskiego i samodzielności realizowania całościowej opieki pielęgniarskiej*”. Sama jednak dodaje: „*Istnieje duże niezrozumienie problemu i delikatnie mówiąc nietolerancja wynikająca z braku możliwości potrzeb i możliwości integracji wzajemnych tych samodzielnych zawodów i profe-*

si” [7]. J. Salvage, który także dyskutowany tu problem badał napisał, że „wzajemne stosunki między lekarzami i pielęgniarkami nigdy nie były proste”. Występujące różnice, jakie są dostrzegane w możliwościach działania, perspektywach, wykształceniu, zarobkach i stanie społecznym lekarzy i pielęgniarek, a przede wszystkim różnice płci doprowadzają do ciągłego braku zrozumienia i wzajemnej akceptacji. „Przyzwolenie pielęgniarek na lekceważące traktowanie i niechętna postawa lekarzy wobec kwestionowania ich decyzji – pisze dalej J. Salvage – stworzyły podłoże napięć”. Napięcia te mogą być maskowane w warunkach praktycznych, przy łóżku chorego, jednak na pewno istnieją. Jak pisze dalej J. Salvage, można zakładać, że dwie grupy osób, których podobno wspólnym celem jest służenie chorym, dobrze ze sobą współpracują. Można również byłoby przypuszczać, że obie grupy zawodowe są zainteresowane badaniem wzajemnych stosunków, jeśli te wymagają poprawy. „Jednakże, w rzeczywistości – alarmuje J. Salvage – mimo obecnie koniecznej poważnej odbudowy wzajemnych relacji, sensowna dyskusja między lekarzami i pielęgniarkami odbywa się bardzo rzadko” [8]. Jak się jednak przewrotnie przyznaje „zjednoczenie tych dwóch grup (lekarzy i pielęgniarek – przyp. autora) następuje dopiero w obliczu wspólnego wroga, jakim jest administracja szpitalna”, jako jedynej metody „walki” – używając słów M. Studniarskiego – z „nieodkształconą starą kadrą” administracyjną, „wspominającą niekiedy z rozrzewnieniem czasu swojej urzędniczej władzy” [9].

Przyczyn braku konstruktywnej i szczerzej dyskusji pomiędzy reprezentantami tych dwóch profesji medycznych jest wiele. Przede wszystkim lekarze nie wydają się być zadowoleni z usamodzielnienia się środowiska pielęgniarskiego. Lekarze przyzwyczajeni do bezwzględного posłuszeństwa ze strony pielęgniarek są niezadowoleni i rozgoryczeni malejącym wpływem decydowania o realizowaniu niektórych czynności przy chorym człowieku oraz z dyskusowania przez pielęgniarki niektórych decyzji wydanych przez lekarzy, jako tych, które pielęgniarki uważają za niewłaściwe czy niepotrzebne. Jak wynika bowiem z niektórych badań zdenerwowanie i stres u lekarzy może wywołać m.in. brak ścisłego podporządkowania się ze strony podległych im pracowników, w tym także pielęgniarek [10]. Problem ten dostrzegła także A. Ksykiewicz-Dorota, która pisząc o problemie samodzielności decyzyjnej w pionie pielęgniarskim wymieniła wśród problemów, które utrudniają wykonywanie usług medycznych przez pielęgniarki, do tej pory tradycyjnie zarezerwowanych przez lekarzy, obronę interesów przez grupę zawodową lekarzy przyzwyczajonych do hierarchicznego sposobu sprawowania opieki, nieograniczonej autonomii klinicznej oraz decydowania o pracy innych członków zespołu medycznego (tutaj: pielęgniarek). „Niechęć lekarzy do substytucji usług –

pisze A. Ksykiewicz-Dorota – *wynikać może z ich paternalistycznej postawy, przyjmowanej nie tylko wobec pacjentów, ale i innych pracowników medycznych*”. Na zakończenie swojego artykułu A. Ksykiewicz-Dorota pisze jednak, że doświadczenia innych krajów wskazują, że względy ekonomiczne i coraz lepsze wykształcenie pielęgniarek i położnych jest poważną przesłanką do substytucji świadczeń zdrowotnych [11].

Lekarze są przyzwyczajeni do posłuszeństwa wśród pielęgniarek. Jak pokazują wyniki badań I. Rzewskiej z 1972 roku ankietowani przez nią lekarze (n = 216) wśród oczekiwań względem członków zespołu pielęgniarskiego na pierwszym miejscu wymienili zdyscyplinowane wykonywanie poleceń, a na drugim miejscu dopiero posiadanie przez pielęgniarki wszechstronnej informacji o stanie powierzonej jej opiece chorych [12]. W antagonizmie do tych dociekań stoją wyniki badań, które przeprowadziła A. Liszka w 2005 roku na grupie przedstawicieli wyższego personelu medycznego (n = 66); grupę badawczą stanowili lekarze, magistrowie analityki medycznej, magistrowie farmacji i magistrowie rehabilitacji ruchowej (lekarze stanowili 67% badanej grupy). Zdaniem zdecydowanej większości badanych przez nią respondentów (82%) pielęgniarki w Polsce, w swojej pracy zawodowej, powinny być bardziej samodzielne. Argumentacja tego zdania wśród ankietowanych była bardzo różna: część argumentacji dotyczyła lepszej jakościowo współpracy interdyscyplinarnej (przykład wypowiedzi): *„Tak. Bez partnerskiego układu pielęgniarka – lekarz – chory, leczenie nie jest często optymalne”*. W wypowiedziach respondentów, jak zauważa A. Liszka, pojawiły się także argumentacje dotyczące częstszego kontaktu pielęgniarek z chorym, niż ma to miejsce w przypadku lekarza (przykład wypowiedzi): *„Tak, ze względu na większy kontakt z pacjentem przed, jak i po zabiegu operacyjnym”*. Wśród wypowiedzi ankietowanych można było także spotkać argumentacje odnoszące się do wykształcenia pielęgniarek (przykład wypowiedzi): *„Wykształcona pielęgniarka to samodzielny pracownik, dla którego lekarz to tylko konsultant”* oraz argumentacje odnoszące się do stażu pielęgniarek (przykłady wypowiedzi): *„Moim zdaniem pielęgniarki mogą wykonywać wiele czynności samodzielnie, zwłaszcza pielęgniarki z kilkunastoletnim stażem zawodowym”*, *„uważam, że wiele pielęgniarek z długoletnim stażem, mogłoby wykonywać wiele badań samodzielnie”*. Kilka argumentacji respondentów dotyczyła kwestii wykonywania zadań, które w obecnej chwili wykonuje lekarz (przykłady wypowiedzi): *„Tak, powinny być bardziej samodzielne. Mogłyby w niektórych sytuacjach zastąpić lekarza”*, *„pielęgniarka potrafi niejednokrotnie to samo, co lekarz, więc dlaczego nie może tego robić sama?”*, *„pielęgniarki potrafią wykonywać często te same rzeczy co lekarze, więc należy to uprawomocnić”* [13].

Praca zawodowa między lekarzami a pielęgniarkami przebiegająca w postulowanej w literaturze wzajemnej koordynacji, kooperacji, współpracy i współodpowiedzialności zawodowej, daje szereg pozytywnych i powszechnie pożądaných korzyści. C. Davies pisze, że „*praca razem oznacza przyznanie, że wszyscy wykonawcy wnoszą jednakową wiedzę i fachowość pochodzące z doświadczenia zawodowego i osobistego*”. Przyznaje ona jednak dalej, że w przeszłości lekarze byli niezależni i nie są do końca gotowi (może nigdy nie będą? – przyp. autora) do zmiany podejścia: od pełnej autonomii do pełnej współpracy. Może się to objawiać, według I. Wrońskiej, w skrajnych poglądach przejawiających się w ostrych sformułowaniach typu: „*Lekarze pracują mózgiem, pielęgniarki nogami*” [14]. W tradycji pielęgniarstwa także widać problem hierarchii zawodowej – dawniej pielęgniarkom wpajano przecież, że mają „być posłuszne lekarzom” i karnie wykonywać ich polecenia. „*Poszczególne pielęgniarki i poszczególni lekarze mogą starać się zmienić zakorzeniony obraz swojego zawodu, ale* – argumentuje dalej C. Davies – *nie pozwala na to doniosły wpływ tradycji, w tym tradycyjnego myślenia przez pryzmat płci*”. Prawda jest jednak taka, że żadna grupa zawodowa nie może obecnie pracować samodzielnie, zwłaszcza lekarze i pielęgniarki. (...) *nikt pracujący w izolacji nie może przodować w dziedzinie wiedzy wobec szybkiego tempa zmian organizacyjnych i klinicznych*” dowodzi C. Davies [15].

## Zakończenie

Reasumując należy wspomnieć, że obecne postrzeganie pielęgniarek przez lekarzy, a co za tym idzie, współpraca między tymi dwoma grupami zawodowymi zaczyna się zmieniać. Jak wykazała w swoim badaniu A. Liszka, najważniejszym czynnikiem, zdaniem ankietowanych przez nią osób, który wpływa na współpracę w relacji pielęgniarek z innymi specjalistami medycznymi jest przede wszystkim wykształcenie pielęgniarki, zaś do innych czynników wpływających na relację pielęgniarka-inny specjalista medyczny ankietowani wymienili wiedzę zawodową pielęgniarki oraz staż jej pracy. Merytoryczne przygotowanie pielęgniarek do zawodu, w opinii członków wyższego personelu medycznego, jest „dobre” i „bardzo dobre”. Trzeba także podkreślić, że zdaniem prawie połowy ankietowanych (44%) przez A. Liszkę przedstawicieli wyższego personelu medycznego, w tym także samych lekarzy, w kształceniu pielęgniarek w Polsce należałoby zwrócić uwagę na większą samodzielność zawodową. Przykłady uzasadniające takie zdanie były następujące: „*Pielęgniarki powinny częściej podejmować samodzielne decyzje. Jest to szczególnie ważne w ratowaniu życia pacjenta*” oraz „*jak najbardziej tak! Pielęgniarka nie jest tylko maszynką do wykonywania lekarskich poleceń*”.

Pozwala to sądzić, że zarówno pielęgniarki, ale i także obecnie już sami lekarze zaczynają dostrzegać konieczność i zalety aktywnego zawodowego współdziałania. Pozytywne jest także to, że lekarze wysoko oceniają przygotowanie zawodowe pielęgniarek, ale jest to tym samym sygnał, że właśnie owe dobre przygotowanie do zawodu pozwala wystawić współczesnym pielęgniarkom wysoką notę i stanowić o możliwości nawiązania z nimi, tj. z pielęgniarkami, konstruktywnej współpracy, której podmiotem będzie chory człowiek. Ankietowani przez A. Liszkę lekarze przyznali: u pielęgniarek cenię „brak kompleksów, że nie są lekarzami. Pozwala to współpracować bez niepotrzebnych problemów”, oraz: cenię u pielęgniarki „kompetencję, odpowiedzialność, sprawność manualną, uprzejmość wobec pozostałego personelu. Taka pielęgniarka jest partnerem dla lekarza, można mieć do niej zaufanie” [13]. Pozytywne jest także to, że ankietowani zaczynają dostrzegać i akceptować konieczność wzrastającej autonomii i samodzielności pielęgniarskiej grupy zawodowej. Pozytywny jest również fakt, że w środowisku medycznym zauważalna jest potrzeba wspólnego dialogu między tymi dwoma najbardziej znaczącymi grupami zawodowymi. Nie powinna już bowiem mieć miejsca sytuacja, w której oba najbardziej bliskie pacjentowi zawody medyczne (lekarze i pielęgniarki) komunikowały się pośrednio i manipulacyjnie, bez ciepła i wzajemnego wsparcia, jak złe małżeństwo, o czym pisze M. Zwarenstein [16]. Można zatem powiedzieć, że mijają czasy w medycynie w których dostrzegana była niekiedy pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami zawodowa niechęć i atmosfera rywalizacji, zaś nadchodzą czasy aktywnego współdziałania, choć z całą pewnością jeszcze wiele na tym polu należy zrobić, aby były one w pełni satysfakcjonujące dla obu zainteresowanych stron.

### **Piśmiennictwo**

1. Sztembis B, Wrońska I. *Od ery medycznej do postmedycznej. Współczesny system ochrony zdrowia*. Mag Piel i Poł 2001; 12: 5-6.
2. Bogusz M. *Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne*. Antid 2002; 9: 41-47.
3. Zdziebło K. *Kształcenie pielęgniarek dla przyszłości*, Międz. Konf. Nauk Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości, 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej, Kraków 11-12 X 2002. Mat. konf.: 225-228.
4. Zdziebło K. *Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek*. Zdr Publ 2002; 4: 492-496.
5. Zielińska J.B, Wrotniak L. *Miejsce pielęgniarki we współczesnej medycynie*. Piel Pol 1991; 2: 101-107.
6. Głowacka D, Olek E, Łopacińska B. *Wybrane elementy współpracy ordynatora i pielęgniarki oddziałowej*. Wybr Zagadn Piel 1993; VIII a: 247-252.
7. Wołowicka L, Dyk D, Trojanowska I, et al. *Czy istnieje i jest potrzebna integracja w nauczaniu studentów wydziału lekarskiego i pielęgniarskiego?* Wybr Zagadn Piel 1993; VIII: 68-70.

8. Salvage J. *Lekarze i pielęgniarki: każdy sobie*. BMJ 2000; 11: 6-7.
9. Studniarski M. *Zakon dyrektorów*. Men Zdr 2005; 4: 40-44.
10. Waszkiewicz L, Bolanowski W, Jasiak-Pańczyńska E. *Stres u lekarzy*. Now Lek 2004; 5: 376-380.
11. Ksykiewicz-Dorota A. *Zakres samodzielności decyzyjnej w podsystemie pielęgniarstwa*. Piel Pol 2005; 1: 63-67.
12. Rżewska I. *Współczesna pielęgniarka. Modele, opinie*. CRZZ, Warszawa 1977; 23, 29, 37.
13. Liszka A. *Współczesna pielęgniarka w opinii wyższego personelu medycznego. Analiza literatury i badania własne*. Nie opublikowana praca magisterska. Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Poznaniu 2005.
14. Wrońska I. *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*. CEM, Warszawa 1997; 84-85.
15. Davies C. *Aby środowiska zawodowe opieki zdrowotnej pracowały razem*. BMJ 2000; 11: 9-10.
16. Zwarenstein M. *Co jest takiego wspaniałego we współpracy?* BMJ 2000; 11: 11.

### **Informacje o autorze artykułu**

mgr pielęgniarstwa Wojciech Kapała – Redaktor Programowy Czasopisma „*Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo*”, pracownik Oddziału Chirurgii Ogólnej „B” i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, wykładowca na Wydziale Zamiejscowym Nauk o Zdrowiu w Kołobrzegu Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie.

---

### **Wykorzystując treść powyższego artykułu należy zastosować następujący przypis:**

Kapała W. *Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 2007; 1 (1). Portal Pielęgniarek i Położnych - <http://www.pielengniarki.info.pl/>