

SINDROM SAGORJELOSTI NA POSLU
NAŠ PROFESIONALNI PROBLEM

BURNOUT SYNDROME
OUR PROFESSIONAL PROBLEM

Bruno Mazzi, Daniel Ferlin

HDOD-HLZ i
Istarski domovi zdravlja
ispostava Rovinj, ispostava Umag

SAŽETAK

Sindrom izgaranja na poslu je već dvadesetak godina tema o kojoj raspravljaju sva industrijalizirana društva, a mnoga profesionalna medicinska udruženja su već razvila svoje preventivne i terapijske mjere.

Kod nas se o tome tek počelo pričati, pa je ovaj stručni članak rađen s namjerom da se iznesu sve do danas poznate činjenice iz tog područja i da se potaknu naša stručna društva i država na razvoj mehanizama zaštite najugroženijih struka. Izneseni su svi dostupni podaci iz strane literature, faktori nastanka tog sindroma, postojeća definicija, simptomi koji karakteriziraju pojavu bolesti, specifičnosti nastanka te bolesti u našoj profesiji i savjeti za sprječavanje pojave bolesti. Prikazani su upitnici za otkrivanje stresa i pojavu sindroma izgaranja, uz preporuke načina sprječavanja stresa i liječenja kod pojave tog sindroma. Provedena je i anketa na 140 kolega i raspravljeni su rezultati, koji ukazuju na vrlo visok postotak zahvaćenosti sindromom sagorijevanja. Čak 75% anketiranih nalazi se u I. i II. stadiju sagorjelosti na poslu, a preko 7% ima sve simptome oboljenja. Takvo zabrinjavajuće stanje iziskuje brzu reakciju stručnih i upravnih struktura u zdravstvu kako bi se spriječile nepoželjne posljedice.

SUMMARY

The burnout syndrome is a theme that is spoken about for the last twenty years by many industrialized societies and numerous professional medical associations had already developed their own preventive and therapeutic measures. Since this is a new topic in Croatia, this article aims to list all the know facts from this field and to activate our professional societies and the government to develop mechanisms of protection for most endangered professions. All the available data from foreign literature as also the current definition, symptoms and developing factors of this syndrome are here given. The article gives the specific developing factors for the malady in our profession and advices on how to prevent it.

Uvod

Sindrom izgaranja ili iscrpljivanja na poslu koji je naširoko opisano u zapadnim industrijskim zemljama stigao je kao društveni i profesionalni problem i do nas. U kapitalističkom svijetu se on doživljava kao nešto ozbiljno, jer dugoročno svaku tvrtku može dovesti do krize. Velike svjetske tvrtke shvatile su naime da sagorijevanje na poslu njihovih djelatnika utječe na rezultate rada i da može dovesti do značajnih financijskih gubitaka tvrtke⁽¹⁾.

Mnoga ispitivanja i stručni radovi ukazuju na pojavu tog sindroma naročito u radnim sredinama u kojima se pojedinci susreću sa problemom nesigurnosti za svoje radno mjesto, gdje nema kontrole rada i nema odgovarajuće zaštite radnika, te tamo gdje su zahtjevi radnog mjesta takvi da radnike prisiljavaju na duže radno vrijeme, podvostručenje smjena, iznenadne promjene u procesu rada i hitnost intervencije, bez mogućnosti dovoljnog tjednog i godišnjeg odmora. Osim toga susrećemo ga i u sredinama sa neadekvatnim plaćama, sa kritičnim šefom, tamo gdje su radni zadaci bez kraja, gdje se na primjer radi sa neizlječivim pacijentima, gdje postoji osjećaj besmislenog posla i gdje je djelatnik prisiljen na dvoličnost i kontradiktornost uloga s nekompatibilnim zahtjevima (ako izvršiš jedan, onemogućuješ izvršenje drugog)^(1,4).

Analizom pojavnosti najugroženijima su se pokazala radna mjesta u zdravstvu, a jako su mu izloženi novinari, policajci, suci, menedžeri, učitelji i uopće sve one profesije koje rade sa ljudima. U našoj struci je taj sindrom počeo biti sve učestaliji. Razloge moramo tražiti u privatizaciji PZZ, u sve većim zahtjevima pacijenata i financijera zdravstva, u sve većoj feminizaciji struke i u sve većoj izloženosti svakodnevnom stresu i nezadovoljstvu struke s društvenim i materijalnim statusom i sve većoj radnoj i financijskoj nesigurnosti. Tako sve češće u našoj sredini susrećemo «sagorjele osobe» s kojima više ne možemo niti komunicirati, a da ne doživimo kakav neurotski ispad ili konfliktnu situaciju. Dakle osobe koje više nisu sposobne pružati stručnu pomoć svojim pacijentima, jer je stručna pomoć ustvari prvenstveno potrebna njima. Psihološke i psihijatrijske ordinacije širom industrijaliziranog svijeta prve su zamijetile sve češću pojavu simptomatike koja karakterizira taj sindrom^(6,11).

Kod pogođenih pojedinaca javljale su se **promjene ponašanja**, u vidu pada koncentracije, smanjenja samopoštovanja, apatije, nepopustljivost i krutosti u odnosima, dezorijentacije, perfekcionizma, zabrinutosti za zdravlje, nestrpljivosti, pretjerane opreznosti, povlačenja u sebe i izolacije od drugih, pretjerane zabrinutosti za obitelj, nesnošljivosti, konfliktuoznosti, preosjetljivosti itd.,

razni subjektivni simptomi kao što su nesanica, noćne more, smanjenje ili pojačanje apetita, pad seksualnosti, osjećaj iracionalnog straha, osjećaj krivnje, umor, stalno loše raspoloženje i opća slabost itd.,

psihičke promjene u vidu pojave opsesija o svrsishodnosti života, pojave osjećaja besciljnosti i suicidalnih primisli, vjerskog fanatizma ili gubitka vjere, patološkog skepticizma itd.,

organski poremećaji kao što su srčane aritmije, napadi paroksizmalne tahikardije, pojava hipertenzije, bolovi u mišićima i zglobovima, pojava probavnih smetnji, glavobolja i migrena, poremećaji menstrualnog ciklusa itd^(2,3,7).

Dokazano je da ipak glavni uzrok izgaranju na radu leži u psihološkim osobinama pojedinca.

Sindromu izgaranja su tako skloniji nezreli ljudi, neurotičari, pretjerano odgovorni, ambiciozni, neuravnoteženi ljudi i oni koji imaju visoko postavljena očekivanja u poslu i koji se previše posvećuju poslu i u radnoj sredini pronalaze smisao postojanja. Većinom su to osobe koje mnogo jače od uobičajenog doživljavaju frustracije, u slučaju kad nisu adekvatno nagrađene za svoj rad ili kad ne dobivaju nikakvo priznanje za svoje zalaganje. Izgaranje na poslu je svakako posljedica nesvjesnosti pojedinca o frustracijama, koje ga okružuju na radnom mjestu i vlastitoj preopterećenosti, što rezultira neprimjetnom pojavom sindroma sagorjelosti^(1,6,8,9).

Prema definiciji koju su postavili 1996.godine Girdino, Everly i Dusek: **Sindrom izgaranja je stanje psihičke, fizičke ili psihofizičke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim i prolongiranim stresom.** Ti autori razlikuju tri stupnja izgaranja:

- I stupanj – početna načetost stresom
- II stupanj – reaktivna kompenzacija stresa s očuvanjem energije
- III stupanj – faza istrošenosti

U početnoj načetosti stresom javljaju se psihološke i fiziološke reakcije, kao na pr. Stalna razdraženost, anksioznost, razdoblja sa povišenim tlakom, škripanje zubima u snu, nesanica, zaboravljivost, palpitacije srca, neuobičajena aritmija, problemi koncentracije, probavni problemi i akutni gastrointestinalni simptomi, posao više ne doživljavaju kao zadovoljstvo . Kod pojave bilo kojih dva od tih simptoma, možemo biti sigurni da smo ušli u prvu fazu stresa.

U drugoj fazi javlja se čuvanje energije kako bi se kompenzirao stres, javlja se pretjerano kašnjenje na posao, odgađanje poslova i nerado prihvaćanje novih radnih zadataka, produživanje radnih pauzi, opadanje seksualnih želja, stalni umor, izolacija od prijatelja i obitelji, porast cinizma, ogorčenost, pretjeranost u pušenju, ispijanju kava, opijanju, uzimanju lijekova i psihoaktivnih supstanci i pojava apatije. Pojava dva bilo koja od navedenih simptoma ukazuje na postojanje druge faze izgaranja.

U trećoj fazi iscrpljivanja već većina primjećuje da s njima nešto nije u redu, posao se počinje doživljavati kao opterećenje, javlja se kronična depresija, pad otpornosti sa stalnim poboljšanjem, kronični želučani i crijevni problemi, kronična psihička i fizička izmorenost, kronične glavobolje ili migrene, želja za bijegom iz društva i odlaskom iz obitelji, napuštanje prijateljstva i učestale suicidalne primisli. Pojava bilo koja dva od tih simptoma, siguran je znak treće faze izgaranja.(4,6,7,12)

Specifičnosti naše profesije

U našoj profesiji razvijeni su određeni mitovi koji doprinose razvoju sindroma sagorijevanja. Tako bi na pr. liječnik morao biti sveznajući, nepogrešiv, uvijek siguran u svoj stav, jer je nesigurnost znak slabosti, pacijent mu mora uvijek biti najvažniji, otkrivanje emocija znači slabost, liječnik svoje potrebe treba podrediti struci, uvijek sve mora zadovoljiti, a svi od njega očekuju i da dobro zarađuje. Prema vlastitim saznanjima i podacima iz strane literature pojavnost stresa u našoj profesiji možemo podijeliti na:

1. Opće izazivače stresa kao što su - previsoko postavljeni zahtjevi brige o pacijentu, manjak slobodnog vremena za predah u poslu, pretjeran stalni direktni kontakt sa pacijentom, slaba društvena podrška profesiji i pad društvenog ugleda profesije, manjak vremena za osobne kontakte sa kolegama, neadekvatna stručna pripremljenost za rad sa stanovništvom, opća tendencija okrivljavanja liječnika za svaki problem u zdravstvenoj zaštiti, stalno pojavljivanje problema za koji nemamo rješenje i stalni pritisak pojedinačnih zahtjeva uz kronični manjak vremena.

2. Specifične očekivane preduvjete za pojavu stresa - kao što su stalni vremenski tjesnac, dugogodišnja stresna izobrazba, neizvjesnost rezultata liječenja, kronična premorenost, razapetost između života i smrti i potreba za donošenjem brzih i teških odluka, stalni nemogući zahtjevi kroničnih bolesnika i stalna potreba za održavanjem vlastite stručne sposobnosti. Prekovremeni rad i ometanje obiteljskog života sa stalnim telefonskom pozivima. Prisiljenost na samostalnu organizaciju posla i financijsko rukovođenje.

3. Neočekivane stresove - kao što su stalne promjene u zakonima i zdravstvenim propisima, promjene na radnom mjestu s obvezom preuzimanja novih poslova i odgovornosti, miješanje trećih osoba u proces liječenja, izloženost sve učestalijim sukobima sa pacijentima, sve veća potreba za stalnim oprezom i defanzivnom medicinom, poremećaj odnosa pacijent-liječnik zbog mnogih administrativno nametnutih propisa, općenito neadekvatna podrška u društvu, stalno prisutan strah od nasilnih pacijenata i stalni financijski problemi zbog nesigurnih prihoda i sve težeg vođenja prakse.

Tome treba pridodati stalni porast različitih zahtjeva sa strane zdravstvenog osiguranja i socijalno ugroženih pacijenata . Što sve rezultira sa sve manje raspoloživog vremena za obitelj i prijatelje^(3,4,5,9,10).

Prema postojećim istraživanjima provedenim u Irskoj (Fleming, Baum, Devidson 1987. i Connor, Kellher 1998.) 50% anketiranih liječnika je pokušavalo umanjiti stres s alkoholom oko 12% pojačanim pušenjem, 30% jačim soljenjem hrane a 42% je tri puta tjedno vježbalo. Kod starijih liječnika je pak primijećeno razvijanje raznih adaptacijskih mehanizama na stres, među kojima se često javlja i određena indiferentnost prema problemima pacijenta i sporost reakcije, što može biti vrlo štetno u samom procesu liječenja.

Kod nas su inače stresogeni faktori u posljednjih desetak godina mnogo izraženiji. Posljedica je to provedene prisilne privatizacije sredinom devedesetih godina, povećane nesigurnosti za radno mjesto, povećanog nezadovoljstva primanjima i

stalnim promjenama propisa iz područja zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Razlog tome je i nezadovoljstvo položajem struke u sustavu zdravstva i društvu općenito, kao i nezadovoljstvo sa postojećim utjecajem Liječničke komore u zaštiti stručnih interesa. Osim toga zbog birokratiziranog sustava i restriktivnih mjera u području zdravstvenog osiguranja sve se češće javljaju poremećaji odnosa između pacijenta i liječnika, a zbog stalno prisutne društvene krize, liječnici su sve izloženiji agresivnom ponašanju pacijenata i javnoj kritici, sve do odvjetničkih zahtjeva za naknadu štete. Uspoređujući to sa podacima iz strane literature vidimo da smo barem po stresogenim faktorima već potpuno izjednačeni sa naprednim zapadnim zemljama^(5,15,18).

Za svladavanje sindroma izgaranja Američko društvo liječnika internista je 2001. god. predložilo pet osnovnih mjera, koje bi svatko od nas morao primijeniti da se zaštiti od pojave sindroma izgaranja. Oni tako preporučuju^(5,6,12):

1. Vodite brigu o sebi - razmotrite najprije svoj vlastiti zaštitni program. Uključite u svoj rad zabavu ili neku razbibrigu, kad ste pod stresom važno je da ste s obitelji više nego inače, da nađete vremena za svoje hobije i interese.

2. Odredite granice vašeg djelovanja - razmotrite vašu praksu i vidite gdje je potrebno povući granicu. Možda morate promijeniti vaše radno vrijeme, vaše opterećenje sa pacijentima, broj pregleda ili smanjiti broj problematičnih pacijenata. Reći ne pacijentu i riskirati njegov odlazak drugome je zdravije nego stalno popuštati i zadovoljavati njihove neopravdane prohtjeve.

Bolja je manja praksa koja nam omogućuje preživljavanje, a u kojoj možemo kvalitetno raditi i posvetiti se pacijentu od one velike, profitabilnije, lošije vođene i samim time stresnije.

Odredite granice svojem profesionalnom radu i uvjerite se da u životu ima mnogo toga važnijega od medicine.

3. Odredite sredstva prevladavanja stresa - izaberite osobu kojoj se možete povjeriti, ako ne želite raspravljati vaše probleme sa kolegama, obratite se starom kolegi sa studija, bivšem profesoru ili mentoru. Možete potražiti pomoć i u vašoj vjerskoj zajednici ili kod psihoterapeuta. Moguća su i druga rješenja u vidu uključivanja u kontinuiranu edukaciju preusmjeravanja karijere ili promjene zanimanja.

4. Analizirajte sami sebe - odredite koje su vaše vrijednosti i želje, koje su vaše vještine i što volite raditi, a što ne znate i mrzite raditi. Izgaranje često proizlazi iz nesrazmjera vaših želja procjena i interesa s jedne strane i zahtjeva radnog mjesta s druge strane. Kad završite tu analizu možda se odlučite i na promjenu prakse jer će vam biti jasnije što i kako želite raditi.

5. Nadvladajte kompleks da su drugi uvijek bolji od vas i da se to samo vama događa. Naime, ovo su svakako nemirna vremena u medicini, podložna stalnim promjenama, međutim to isto se događa i u drugim zanimanjima. U toj stalnoj jurnjavi i promjenama, liječnik mora razviti vještine koje će mu pomoći da se sa tim promjenama nosi i da stvori potrebne obrambene mehanizme, kako bi se zaštitio od pojave sindroma sagorijevanja na poslu.

U SAD se tom problematikom bavi odbor za medicinsku etiku, koji je razvio i mnogobrojne testove za određivanje nivoa stresa ili stupnja sindroma izgaranja, pomoću kojih svaki liječnik može provjeriti svoje stanje^(13,16).

Tako su Girdin, Everly i Dusek 1996. u svom radu «Controlling Stress and Tension» razradili test za određivanje razine stresa na temelju saznanja o osnovna četiri faktora preopterećenja (kroničnom manjku vremena, pretjeranoj odgovornosti, manjku podrške i pretjeranom očekivanju od samoga sebe i svoje okoline)^(15,17).

U tom testu na određena pitanja treba odgovoriti jednim od ponuđenih odgovora, koji se boduju.

a) skoro uvijek - 4 boda b) često - 3 boda c) rijetko - 2 boda d) skoro nikad -1 bod

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU RAZINE STRESA

1. događa li vam se da imate premalo vremena za zabavu ?
2. osjećate li da imate premalo podrške i pomoći ?
3. javlja li vam se pomanjkanje vremena da bi efikasno završili svoj rad ?
4. imate li poteškoće sa spavanjem zbog viška problema?
5. mnogo ljudi jednostavno očekuje previše od vas ?
6. imate li osjećaj shrvanosti ?
7. primjećujete li da ste zaboravljivi i neodlučni zbog toga jer ste preopterećeni ?
8. smatrate li da ste pod velikim pritiskom ?
9. osjećate li da imate previše odgovornosti ?
10. osjećate li se premorenim na kraju radnog dana?

- *Ukupan zbroj bodova od 25-40 ukazuje na visoku razinu stresa koja nas može psihički i fizički iscrpiti.*

Vrlo koristan je i upitnik sa 15 pitanja sastavljen po Freudenbergrovoj skali sagorijevanja, gdje se svaki odgovor boduje prema jačini osjećaja u skali od 1 do 5 bodova.

UPITNIK ZA ODREĐIVANJE RAZINE SINDROMA IZGARANJA

1. da li se lako zamarate i osjećate li se iscrpljen ?
2. da li se uzrujate kad vam netko kaže da u zadnje vrijeme ne izgledate dobro?
3. radite li sve više i više, a imate osjećaj da niste ništa učinili ?
4. jeste li zajedljivi i sve više razočarani sa svijetom oko vas ?
5. osjećate li se žalosnim, a ne znate zašto ?
6. jeste li zaboravljivi, ne odete u dogovorenu posjetu ili često nešto izgubite ?
7. jeste li mrzovoljan, brzo raspaljiv, očekujete li sve više od ljudi oko vas ?
8. provodite li sve manje vremena sa prijateljima i obitelji ?
9. jeste li previše zauzeti za uobičajene potrebe (telefonski razgovor, pisanje pisma i sl.)?
10. osjećate li se uvijek loše ili ste stalno bolesni?
11. da li se osjećate smeteno na kraju radnog dana?

12. imate li poteškoća u postizanju osjećaja sreće i zadovoljstva ?
13. jeste li nesposobni narugati se ili našaliti na svoj račun ?
14. da li vas seks opterećuje i stvara više problema nego inače ?
15. da li osjećate da imate vrlo malo toga reći ljudima ?

- *Ako ukupan broj bodova nije veći od 25 vi se osjećate dobro*
- *Od 26-35 bodova – budite oprezni vi ste u području rizika*
- *Od 36-50 bodova – kandidat ste za sindrom sagorijevanja*
- *Od 51-65 bodova – vi ste zahvaćeni sindromom izgaranja*
- *Iznad 65 bodova – vi ste sagorjeli*

Metode

U radu smo koristili Upitnik za samo procjenu stresa i Upitnik za određivanje razine sindroma izgaranja koji su opisani u uvodu. Upitnici su poslani liječnicima opće i obiteljske medicine koji rade u ordinacijama PZZ, na hitnoj medicinskoj pomoći te pedijatrima i ginekolozima u PZZ. Slan je poštom, faxom i elektronskom poštom. Na isti način su stizali i odgovori. Upitnik je bio anoniman i nismo tražili nikakve dodatne podatke od ispitanika. U ovom radu smo htjeli istražiti proširenost stresa i burn out sindroma, a nismo istraživali druge razlike između ispitanika (dob, spol, dužina rada, da li je zakupac ili ne itd.) Stiglo je 140 potpuno popunjenih upitnika. Svi su ispunili oba upitnika, te smo sve uzeli u o obradu.

Rezultati

Tablica 1. rezultati Upitnika za samo procjenu stresa:

	Broj bodova > 25	Broj bodova < 25
Bodovi	74	66
%	52,86	47,14
Ukupno	140	

Tablica 2. rezultati Upitnika za određivanje razine sindroma izgaranja:

Bodovi	< 26	26-35 I stupanj	36-50 II stupanj	51-65 III stupanj	> 65 IV stupanj
Broj	25	46	59	10	0
%	17,86	32,86	42,14	7,14	0

Rasprava

U literaturi koju smo obrađivali, navodi se postotak liječnika koji su zahvaćeni *burnout* sindromom u rasponu od 23-50%. Prema tome su naši podaci izuzetno loši. Samo 17,86% liječnika koji su ispunili anketu nemaju neke od simptoma navedenog sindroma. Podaci se ne mogu primijeniti na sve liječnike, ali ipak govore o stanju liječnika primarne zdravstvene zaštite. Čak 42 % liječnika se nalazi u drugom stupanju izgaranja, koji se opisuje kao – *kandidat za sindrom sagorijevanja*. Kolege još ne gore, ali opasno tinjaju i ako se takav trend nastavi i u budućnosti, postoji opasnost od psihičkog sagorijevanja i radne nesposobnosti. Treći stupanj izgaranja ili *zahvaćenost sindromom izgaranja* nalazimo kod 7,14% kolega. To možda ne izgleda puno, ali u općoj medicini u Hrvatskoj radi oko 2.560 liječnika, pa ako te podatke primijenimo, radi se o najmanje 183 kolege. Sve to ukazuje na zabrinjavajuće stanje u našoj profesiji, koje je očito posljedica zbivanja u zadnjem desetljeću, a predstavlja upozorenje svima, da su promjene u organizaciji rada i opterećenosti nužne, ukoliko se uskoro ne želimo susresti sa masovnom pojavom psiho-fizičke sagorjelosti među našim liječnicima.

Istraživanje u Australiji (Melburn) pokazalo je da je najčešći stresor u liječnika opće medicine vremensko ograničenje za pregled pacijenta. Odmah iza toga je glavni stresor prijetnja sudske tužbe i parničenja¹⁹. Kod nas je ovaj drugi uzrok stresa (parnice) još uvijek slabo izražen, ali je to samo pitanje vremena kad će se i kod nas to postati problem. Nedostatak vremena za pregled je jako izražen. Današnji sustav organizacije forsira ugovaranje što većeg broja pacijenata a i primanja liječnika ovisi samo o broju pacijenata. Kvaliteta rada je potpuno zanemarena. Posljedice osjećamo u smanjenju preventive, kućnih posjeta, rada sa kroničarima i smanjenju broja medicinskih zahvata. Svi mi više radimo, ali sve manje imamo vremena za pacijente i sve manje možemo koristiti svoje znanje, a sve više smo izloženi nametanju tuđih, često oprečnih mišljenja i stavova. Zbog vremenske stiske ne možemo se posvetiti bolesniku, saslušati sve njegove tegobe i djelovati na njega svojim savjetima, toplom riječi i drugim postupcima koji su bitni za rad liječnika obiteljske medicine. Nažalost, danas najveći dio raspoloživog vremena potrošimo na administrativni i upravni dio. Ispitivanje u Velikoj Britaniji je pokazalo da su pacijenti nezadovoljni ako nisu kod liječnika barem 20 minuta, što je svima nama koji radimo sa pacijentima jasno. Međutim, u praksi nikako da to provedemo, što rezultira smanjenjem našeg spektra usluga i često nepotrebnim korištenjem dijagnostike i poliklinike. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora uporno pokušava dokazati onima koji o tome odlučuju, da treba smanjiti broj pacijenata po liječniku. Naime, jedino tako ćemo liječniku omogućiti primjenu svog znanje i jedino tako ćemo povećati broj riješenih slučajeva bez nepotrebnog korištenja drugih vidova zdravstvene zaštite. Tako ćemo dobiti efikasnijeg i zadovoljnijeg liječnika i pacijenta, a troškovi zdravstvene zaštite će se sigurno smanjiti. Pacijent će biti upućeniji u svoje stanje i bolje savjetovan, a prevencija će biti bolja, za što imamo primjera u susjednim državama. Nažalost, kod zakonodavca ne nailazimo na razumijevanje i stalno se pokreću reforme u kojima se zadovoljavaju potrebe određenih medicinskih i političkih lobija na štetu naše struke i pacijenata, a time posredno i cijelog sustava zdravstva.

Uvođenjem zakupa došlo je do pojave poslovne nesigurnosti kod naših liječnika, zatvaranja u vlastite okvire i slabljenja međusobnih komunikacija. Uz osnovni posao javilo se i mnoštvo drugih nemedicinskih poslova, upravne i administrativne naravi,

na koje većina nije bila pripremljena, pa su i frustracije bile sve veće. Ugasila se u svojim temeljnim funkcijama, ustanova, koja je povezivala liječnike i brinula se za dio poslova, koje sad sami moraju obavljati. Liječnici opće/obiteljske medicine, za razliku od bolničkih, nemaju razrađen sustav stručnog i položajnog napredovanja, niti mogućnost promjene vrste posla. Javlja se osjećaj besperspektivnosti, a sa smanjenjem spektra rada i osjećaj dosadnog ponavljanja istih postupaka, što predstavlja jaki stresogeni faktor.

Liječnici su prisilno odlazili u zakup u neizjednačenim-neravnopravnim uvjetima u odnosu na veličinu prostora, opremljenost ili broj pacijenata. Govorilo se usprkos našeg upozorenja, da će dobri liječnici imati više pacijenata, a lošiji manje, što je praksa odmah opovrgnula. Broj pacijenata je u prvom redu ovisio o položaju ordinacije, broju ordinacija u susjedstvu i zatečenom broju pacijenata. Gradske ordinacije su imale općenito manji broj pacijenata od prigradskih i seoskih. Osim toga se pokazalo da vrlo mali broj pacijenata mijenja liječnika, čak i kad nije zadovoljno s njegovim radom. U promjene idu većinom problematični i rentno motivirani pacijenti, koji stalno traže neka svoja «prava» (bolovanja, sanitetske prijevoze, često korištenje dijagnostike i PKZZ itd.), a samo manji broj pacijenata mijenja liječnika sa stvarno utemeljenim razlogom. Time je pala u vodu tvrdnja da će dobri liječnici značajno povećati broj svojih pacijenata, jer se već danas događa suprotno. Kvalitetniji liječnik koji poštuje propise češće dolazi u konfliktne situacije s pacijentima i izloženiji je stresu. Osim toga, mnogi koji imaju stariju populaciju gube pacijente, a novi im zbog pada nataliteta ne dolaze, pa im je sve ugroženija egzistencija.

Dokazano je da i svaka reforma u radu liječnika PZZ pogoršava zdravstveno stanje liječnika. Istraživanje na uzorku liječnika u Engleskoj pokazalo je značajno veći stupanj sindroma sagorijevanja među liječnicima nakon uvođenja reforme. Zanimljivo je da nije nađena razlika u dobi liječnika i stadija sagorijevanja²⁰. Možemo parafrazirati Heraklita i kazati da kod nas samo reforma stalna jest. Ne možemo se sjetiti koliko je reformi bilo u zadnjih 15 godina, ali svi imamo utisak da iz reforme još nismo izašli. Zanimljivo je da niti jedna nije završena tj. da ju stručna javnost nije uspjela evaluirati, a već se odmah kretalo u novu reformu, ali sa potpuno istih pozicija, ne vodeći računa koje su bile pozitivne a koje negativne posljedice ranije reforme. Sa svakom reformom dolazi sve više posla i administriranja, a manje vremena za pacijenta. Mijenjaju se prava i dužnosti liječnika i pacijenata i time se stalno stvara osjećaj nesigurnosti. Sve to rezultira poremećajem odnosa između pacijenta i liječnika a time i općim nezadovoljstvom, pa nije čudo da svaka reforma predstavlja jaki stresogeni faktor.

Kontrola nad svojim radom, planiranje posla, radnog vremena i poslovna sigurnost smanjuje razinu stresa. Naš liječnik se time nažalost ne može pohvaliti, on ne može birati radno vrijeme, jer mu je točno rečeno koliko puta mora raditi popodne, koliko subota u mjesecu, u koliko sati mora započeti sa radom kad završiti, kad mora ići u kućne posjete itd. Osim toga on radi pod stalnim pritiskom, da li će prekoračiti stopu bolovanja, da li će prekoračiti dozvoljeni broj dijagnostičkih postupaka ili uputnica, dali će prekoračiti ograničenja u troškovima liječenja, hoće li imati dovoljno recepata, dali će stići sa pojedinim izvješćima na vrijeme itd.

Primanja i financijska sigurnost su vrlo bitni, a poznato je da čak 30% naših liječnika ima nedostatan broj pacijenata da bi si osigurao minimalnu plaću, koju bi prema Uredbi o sistematizaciji radnih mjesta i Kolektivnom ugovoru morao imati. Prava

pacijenta kod nas nisu nikad utvrđena. Pacijent ima doslovno sva prava ukoliko ih uspije ostvariti, što se najčešće odnosi na ordinacije opće obiteljske medicine, čiji su liječnici i najviše frustrirani, jer su bolnice razvile zaštitne mehanizme u vidu odgađanja prijema i naručivanja za nekoliko mjeseci. Pacijenti u naše ordinacije mogu doći nebrojeno puta, rijetko se pridržavaju sustava naručivanja i bez ikakva ustručavanja zaustavljaju liječnike na cesti ili ih zovu zbog savjeta ili u kućnu posjetu, u bilo koje doba dana i noći. Obiteljski život liječnika opće medicine je zato sve samo ne idiličan, pa i sve manji broj djece liječnika obiteljske medicine upisuje medicinske fakultete, što se na pr. kod bolničkih liječnika ne primjećuje.

Zaključci

Možemo zaključiti da je kod nas sindrom sagorijevanja izražen kod većeg broja kolega nego u razvijenijim zemljama, jer je ugled naših liječnika opće medicine nizak, jer postoji loša financijska stimulacija rada i Hrvatska liječnička komora ne štiti dovoljno liječnike (barem je među liječnicima izražen takav stav). Nemamo nikakav utjecaj na zdravstvenu politiku. Financijska primanja nam ne omogućavaju život primjeren našem zalaganju i nije nam omogućeno potrebno stručno usavršavanje. Suradnja između liječnika je slaba, ili izražena samo prilikom dogovaranja o zamjenama za godišnje odmore, a izuzetno rijetko se radi o stvarnoj stručnoj suradnji. Liječnici koriste manji broj dana godišnjeg odmora u odnosu na onaj koji bi im pripadao, a i broj dana bolovanja je jako smanjen među zakupcima, jer to povlači za sobom ekonomsko opterećenje (zbog plaćanja zamjene) i rizik gubitka pacijenata. Količina posla stalno raste, a nju nikad ni približno ne prati ekonomska stimulacija. Na naše osjećanje bitno utječe i frustriranost pacijenata, zbog postojeće ekonomske krize i nezaposlenosti, kojima mi služimo za pražnjenje.

Protiv pojave tog sindroma koji prije svega razara motivaciju za rad, najbolje se je boriti prevencijom. U tom smislu potrebne su promjene zakonskih odredbi u oblasti zdravstva, obrazovanja i radnih odnosa, kojima bi se izmijenili postojeći odnosi u društvu. Tako Zakonom o radu treba osigurati zanimanjima, koja su izloženija tom sindromu, odgovarajuća razdoblja za dnevni, tjedni i godišnji odmor, a redovitim godišnjim preventivnim pregledima na vrijeme utvrditi pojavu određenih simptoma. Potrebno je točno precizirati maksimalnu dužinu rada za pojedina ugroženija radna mjesta, a opisom radnog mjesta točno odrediti što radnik mora raditi, kako ne bi dolazilo do čestih promjena u radnom procesu. Zakon o obrazovanju morao bi omogućiti svakom učeniku da stekne realnu sliku o zanimanju za koje se školuje, o frustracijama koje ga u struci očekuju i o vještinama koje mora savladati da bi mogao raditi. Dakle nužno je preusmjeravanje teoretske izobrazbe prema praktičnoj, kako bi se izbjegli sadašnji šokovi, koje u našoj profesiji svaki mladi liječnik doživljava ulaskom u radni proces. Zakon o zdravstvenoj zaštiti bi se pak morao pobrinuti da se barem za slijedećih desetak godina odredi sustav organizacije i načina rada u PZZ i da se prekine s postojećom praksom učestalih organizacionih promjena i pokusa. Takvo stanje naime, osim stručne štete i opće nesigurnosti, izaziva sigurnu pojavu sindroma sagorjelosti kod cijele profesije. Liječnici moraju imati veću kontrolu nad svojim radom i radnim vremenom i više slobodnog vremena za odmor.

Kad već dođe do pojave tog sindroma, u svrhu spašavanja potrebnog nam djelatnika, nužno je promjenama na njegovom radnom mjestu smanjiti uzroke stresa i dotičnog uključiti u terapijski postupak. Danas se smatra da je u svrhu liječenja potrebno psihološkim i psihijatrijskim tretmanom povećati svjesnost same osobe o

sagorijevanju na radu, kako bi sama prepoznala uzroke i posljedice i definirala svoj položaj u svojoj radnoj sredini.

U tu svrhu koriste se i vježbe tehnika relaksacije, usmjereni terapijski postupci (od hipnoze do farmakoterapije) i vježbanje stjecanja socijalnih vještina i sposobnosti psihološke samozaštite na radnom mjestu. Korisne bi bile i t.zv. Balintove grupe, liječnika opće medicine, koje su nažalost, zadnjih godina prestale sa radom, umjesto da se zbog porasta postojeće problematike razvijaju u svakoj sredini. Naša liječnička komora i Hrvatski liječnički zbor morali bi razraditi sustav pomoći kolegama koji su zahvaćeni tim sindromom, otvaranjem tzv. vruće telefonske linije, gdje bi se svako mogao obratiti za savjet i pomoć te organizacijom psihoterapeutskih grupa i omogućavanjem brze psihološke i psihijatrijske pomoći.

U eri nužnih organizacionih i stručnih promjena u našoj struci treba hitno uvesti sve navedene preventivne i terapijske mjere kako bi spriječili pojavu sagorijevanja na poslu i terapijski pomogli mnogobrojnim kolegama, koje je taj sindrom već zahvatio. Naime, došlo je vrijeme da napokon i država svoj interes usmjeri prema pojedincu i da naročito stručni kadar kojega i tako ima malo, zaštititi barem u mogućnostima s kojima društvo raspolaže^(12,13,14,16).

Literatura

1. Brody D.S.A Physician's Guide to Personal Stress Management, Comp. Ther.28(2):160-164,2002.
2. Calkins,E.V,Arnold L, Willoughby T.L. Medical Students' Perceptions of Stress: Gender and Ethnic Considerations. Academic Medicine 69(10):522-524, 1994.
3. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician Burnout: An Examination of Personal, Professional and Organizational Relationships. Medical Care 32(7):745-754, 1994.
4. Gunderson L. Physician Burnout. Anal. of Int. Med. 135(2):145-148.2001.
5. Lewis J.M, et al. Work stress in lives of physicians. Texas Medicine 89(2):62-67, 1993.
6. Michaels R.M. Physician Burnout. Pennsylvania Medicine (99):18-21,1996.
7. Linzer M,Visser M,Oort F.J,et al. Predicting and Preventing Physician Burnout: Results From the Unites States and the Netherlands. The Am .Journal.of Med. 111:170-174, 2001.
8. Persaud R. Editorial: Reducing the Stress in Medicine. Postgrad. Med.J. 78:1-3.2002.
9. Potter B.A. Overcoming Job burnout: „How to renew enthusiasm for work” P, Ranin 1998.
10. Potter B.A. Preventing Job burnout: “Transforming Work Pressures Into Productivity”. Crisp Publications 1995.
11. Pollack R.Dental office ergonomics: How to reduce stress factors and increase efficiency. J. Can. Dent. Assoc. 1996; 62:508-10.
12. Mason B.J,Markowitz J.C,Klerman G.L. Interpersonal psychotherapy for dysthymic Disorder. U. Klerman G.L., Weissman M. M., editors. New Applications of Interpersonal Psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
13. McCullough J.P, Klein D.N, Shea M.T, and others DMS-IV field trial major depression, dysthymia, and minor depression. Abstracts of the American Psychological Association Annual Meeting. Washington, DC; 1992.
14. Kocsis J.H, Frances A.J, Voss C, and others. Imipramine treatment for chronic Depression. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45:253-7.
15. Weissman M.M, MarkoWitz J.C. Interpersonal psychotherapy: current status. Arch.Gen.Psychiatry 1994; 51:599-606.
16. Whitley T.W,et al. Work-Related Stress and Depression Among Practicing Emergency Physicians: An International Study. Annals of Emergency Medicine 23(5):10, 2001.
17. Williams E.S,Konrad T.R,Scheckler W.E. et al. Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health. Health Care Manage.Rev. 26(1):7-19.2001.
18. E.N.Gruber. Liječnici opće/obiteljske medicine i stres-pregled literature. MFC 2001; 9(2):59-67.
19. Schattner PL, Coman GJ. The stress of metropolitan general practice. Med J Aust. 1998;169(3):133-7
20. Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general Practitioners. British J of General Practice 1995; 45(394): 259-60