

Problemes de la salut dels metges

Conferència realitzada
per la professora Jenny Firth-Cozens



PROBLEMES DE LA SALUT DELS METGES
CONFERÈNCIA REALITZADA PER LA PROFESSORA JENNY FIRTH-COZENS
AMB MOTIU DE LA PRESENTACIÓ DE LA FUNDACIÓ GALATEA

Edita: Fundació Galatea

Autora: Jenny Firth-Cozens

*Doctora en Psicologia i assessora especial sobre modernització del Deganat de Formació Mèdica
Postgraduada de la Universitat de Londres*

Dipòsit legal: B:D.L.3019-08

Conferència realitzada a Barcelona el 10 de juny de 2003

Problemes de la salut dels metges

El que demostren els estudis

Moltes gràcies per haver-me convidat avui. Parlaré sobre els meus programes de recerca al llarg dels anys, sobretot relatius als metges, però també a altres professionals de la salut. També parlaré d'estudis realitzats per altres persones, especialment del Regne Unit, i també dels Estats Units.

Aquestes són les dificultats a les quals fan front els metges avui en dia al Regne Unit, als Estats Units i a Austràlia, i crec que si a Espanya encara no, aviat hauran de fer-ho (veure **FIGURA 1**).

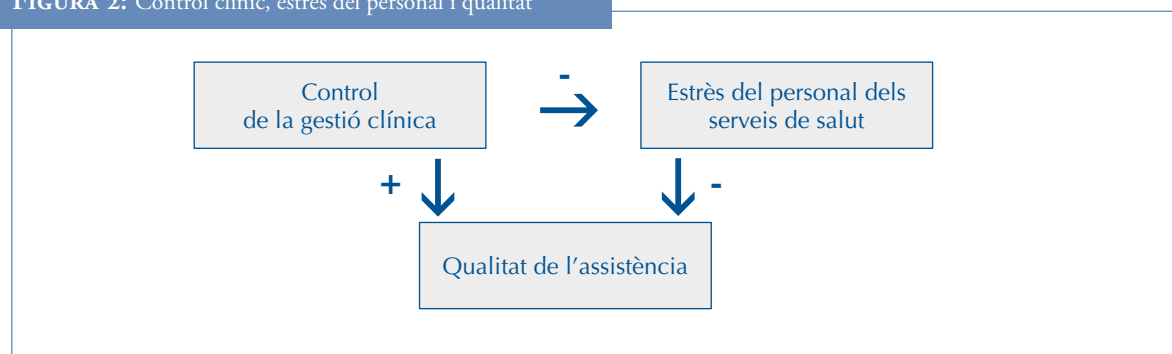
FIGURA 1: Reptes que han d'encarar els metges actualment

- » Recursos ↓
- » Control governamental ↑
- » Estatus professional ↓
- » Expectatives dels pacients
- » Plets ↑, ús il·legal de drogues ↑, envelliment ↑
- » Desig d'assistència mèdica més segura
- » Els mitjans destaquen el dolent, mai allò bo

Els recursos humans destinats a la salut disminueixen, el control del govern central augmenta, i l'estatus professional dels metges i altres professionals, encara que particularment dels metges, és inferior al que era, i crec que això és important en sí mateix. Les expectatives dels pacients augmenten: volen més assistència sanitària, esperen més miracles, hi ha més litigis quan les coses no surten bé, hi ha més consum de drogues entre els pacients mateixos. Tot plegat és un problema seriós per als metges de capçalera del Regne Unit. El nombre de gent gran augmenta, la qual cosa significa que els metges fan front, especialment en l'atenció primària, a més a més malalties cròniques, que de vegades són més difícils de tractar, donat que persisteixen a molt llarg termini. Pel que fa als mitjans de comunicació i a la publicitat, aquests destaquen les coses dolentes, de les bones no n'informen, i això dificulta la tasca de tots els professionals de la salut.

A Anglaterra tenim establert un control clínic, basat en un programa de qualitat de la gestió de danys. Consisteix en compilar els errors que els metges i els infermers cometien, i aprendre'n. En sí mateix, és un programa molt bo, i hauria de millorar de totes totes la qualitat de l'assistència. En la pràctica, als professionals de la salut els produeix tensió el fet de ser avaluats un munt de vegades només per recopilar dades per un programa de gestió. Per tant, aquest programa també té un efecte negatiu en els professionals. I el fet que els professionals de la salut estiguin tensos afecta la qualitat de l'assistència (veure **FIGURA 2**).

FIGURA 2: Control clínic, estrès del personal i qualitat



Així doncs, necessitem avançar en l'aspecte de la salut dels professionals, encara que creiem que a Anglaterra el control clínic és un bon programa de qualitat.

El fet és que, si no tenim en compte la salut dels professionals, no aconseguirem millores en la qualitat de l'assistència. Fa més de vint anys que estudio els professionals de l'assistència sanitària, fent estudis longitudinals i transversals. Vaig voler descobrir en quina mesura l'estrès i els problemes tenien origen en els professionals de la salut mateixos, i en quina mesura eren provocats per aspectes organitzatius de la seva tasca. Darrerament, he estat relacionant tot això amb l'actuació mèdica i l'error. També he estat estudiant com, individualment i de manera organitzada, podem intervenir per ajudar a trobar solucions (veure **FIGURA 3**).

FIGURA 3: Objectius dels estudis

- » Estudiar els predictors individuals i organitzatius de l'estrès, depressió, consum d'alcohol i jubilació prematura en el lloc de treball.
- » Relacionar l'anterior amb rendiment/error.
- » Estudiar les intervencions individuals i organitzatives.

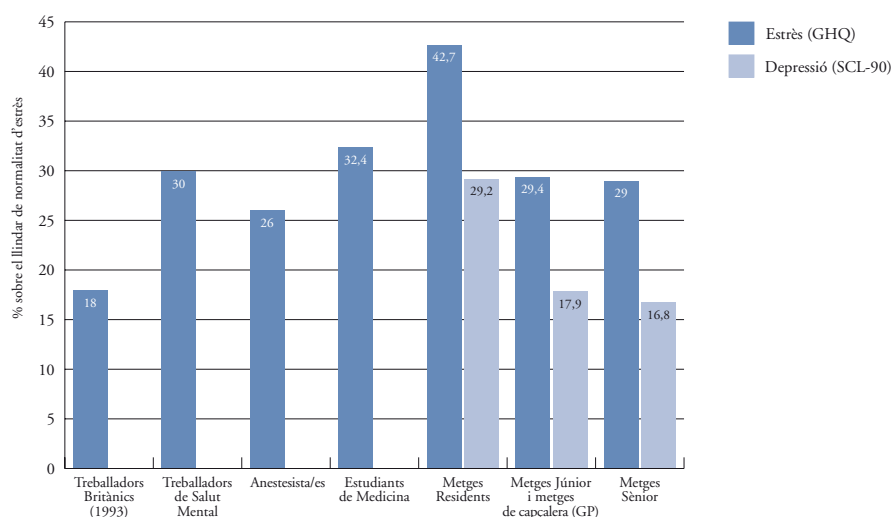
L'estudi longitudinal més important que he dut a terme va començar el 1983 amb estudiants de medicina. Els mesurava l'estrès, la depressió, el consum d'alcohol, la personalitat (en termes de nivell d'autocrítica), i també les seves relacions familiars (veure **FIGURA 4**).

FIGURA 4: Estudi longitudinal de l'estrès i la depressió en els metges

- » 318 estudiants de medicina de 4rt any (78%), 1983.
Estrès, depressió, consum d'alcohol, personalitat, família.
- » 176 acabats de graduar (72%), 1985.
Estrès, depressió, consum d'alcohol, personalitat, família.
- » 224 GPs/SPRs (74%), 1993.
Estrès, depressió, consum d'alcohol, cura del pacient, factors de treball.
- » 195 GPs/Consultants (62%), 1999.
Estrès, depressió, consum d'alcohol, cura del pacient, factors de treball, actituds de delació.

Després vaig fer un seguiment d'aquests 318 estudiants mitjançant qüestionaris, durant els darrers 20 anys.

Ara acabo de fer un altre estudi, i sempre he estat estudiant qüestions semblants, però fixant-me cada vegada en els aspectes organitzatius de les seves feines, fent el supòsit que els aspectes personals que els afecten continuen.

GRÀFIC I: Estrès (GHQ) i depressió (SCL-90): Proporcions per sobre del llindar

Al **GRÀFIC I** observem que les darreres quatre columnes són les mesures de l'estudi longitudinal. El color blau fosc indica els resultats del qüestionari de salut general, el G.H.Q.. Aquest qüestionari, que és una mesura de l'estrès (que crec que també utilitzen al seu país, i s'utilitza arreu del món) resulta molt útil, ja que estudia el nombre de persones per sobre el llindar de normalitat de l'estrès. Com poden veure, dels enquestats, quan eren estudiants de medicina, el 32% estava per sobre el llindar, cosa que va augmentar

dràsticament en el seu primer any després de la carrera, com a metges residents, fins al 42%, i després s'estabilitza al voltant del 30%. De fet, aquests resultats són molt semblants en tots els estudis que s'han fet a la Gran Bretanya i, pel que tinc entès, també a Espanya: al voltant del 30% dels professionals de la salut pateixen nivells d'estrès i de depressió per sobre de la normalitat. Per tant, si utilitzant la mateixa mesura comparem aquests resultats amb els dels treballadors britànics en general, que és d'un 18%, la conclusió és que els treballadors de la salut pateixen força més estrès que la resta de treballadors. El color blau clar mostra els nivells de depressió, i es veu que, efectivament, com a metges residents, durant aquest difícil primer any, els residents pateixen força més depressió que la resta de la comunitat mèdica. Això després disminueix fins a situar-se una mica per sobre de la resta del col·lectiu mèdic.

A la **TAULA I** veiem les dues puntuacions més altes en el consum d'alcohol al llarg de 17 anys.

L'escala de la **TAULA I**, és sobre 5; només mostra els que van puntuar 4 i els que van puntuar 5, i no es tractava d'un qüestionari anònim. Això vol dir que hi ha persones que responen i diuen que són al capdamunt de l'escala de consum d'alcohol en un qüestionari en el qual jo sé els noms dels enquestats! Sens dubte tenen un problema considerable.

TAULA I: Consum elevat d'alcohol en el temps

	% puntuació 4: sovint	% puntuació 5: la major part del temps
Estudiants	17%	4%
Metges residents	14%	5%
Metges júnior i metges de capçalera	6%	5%
Metges sènior	10%	4%

Tots els estudis han arribat a la conclusió que, de tots els grups professionals, els metges són els que més morts per cirrosi acumulen i els que pateixen més hospitalitzacions degudes a l'alcohol. Perquè succeeix això? El que jo crec, és que, a diferència del que passa amb altres grups de professionals, els metges, de joves, no tenen temps per utilitzar altres mitjans que els ensenyin a fer front a l'estrès.

Vegin aquestes dues cites de la **FIGURA 5**, la primera sobretot:

FIGURA 5: Consum d'alcohol i capacitat d'afrontar situacions

"De vegades agafo una trompa després de la mort d'un pacient de l'UCI que m'afecta particularment".

"Crec que hi ha una tendència general entre els metges més joves a fer poc exercici, encara que tinguin temps lliure ja que a l'estar tan cansats, fer vida social amb alcohol és molt més fàcil".

Les pressions de temps en medicina són tan dures que els metges joves poden no tenir l'oportunitat de desenvolupar altres maneres d'afrontar les dificultats.

Al Regne Unit encara no sabem quin nombre de persones fa servir drogues il·legals en la seva vida social, però sabem que la xifra augmenta enormement entre els metges joves, i sabem també que la cocaïna i l'heroïna s'utilitzen cada cop més, i substitueixen l'alcohol. En qualsevol cas, jo crec que donades les exigències i els horaris de la medicina, els nostres metges joves no aprenen les maneres de fer front a l'estrès que els altres grups de professionals sí utilitzen, com ara l'exercici, diferents maneres de socialitzar, aficions, i altres. Treballen massa hores.

FIGURA 6: Consum d'alcohol

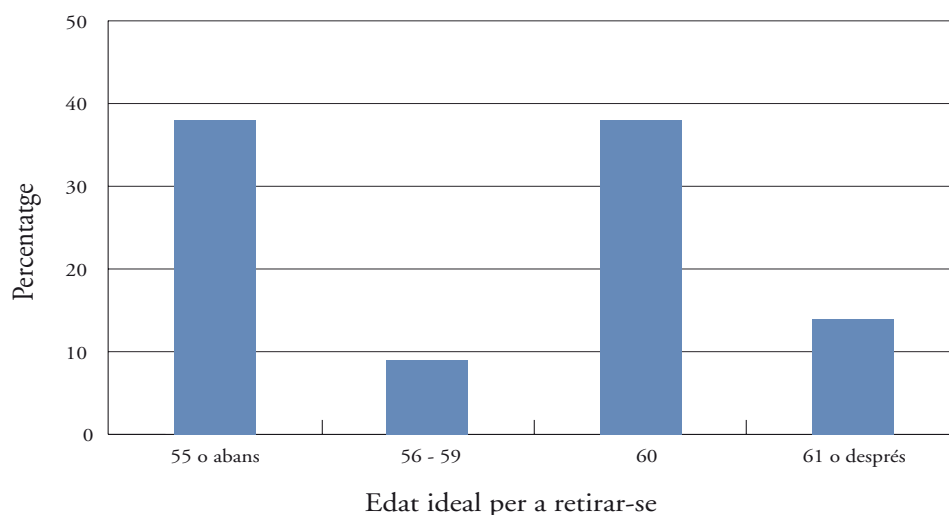
- » *Gran consistència del consum al llarg del temps.*
- » *Les metgesses tenen més problemes que altres professionals.*
- » *Els metges d'hospital consumeixen més alcohol per afrontar dificultats, especialment les dones.*
- » *Major nombre de queixes contra el metge, major és el consum d'alcohol per afrontar-les.*

La **FIGURA 6** mostra com, en resum, en el consum d'alcohol hi ha una gran regularitat al llarg del temps. Cal dir que les metgesses tenen més problemes amb l'alcohol que la resta de professionals. Crec que això és molt important. En els meus estudis es mostra que tot i que cal considerar que les metgesses enfronten un munt de problemes, tants com els homes, les dones estudiants de medicina són l'únic grup que augmenta la ingestió d'alcohol amb el transcurs del temps. De fet, en la resta de grups d'estudiants disminueix, però en les dones augmenta quan són estudiants, i quan entren en la professió tenen menys i menys oportunitats d'aprendre a combatre l'estrès de maneres diferents. Cal assenyalar també que, d'acord amb els meus resultats, els metges dels hospitals consumeixen més alcohol que els metges de capçalera.

La jubilació, que és una qüestió totalment diferent, és un tema important en termes de recursos humans mèdics a Anglaterra. Més i més metges volen jubilar-se aviat. En el **GRÀFIC 2** es mostren resultats d'un estudi realitzat a 400 metges de capçalera del nord d'Anglaterra. Se'ls demanava quina edat els sembla ideal per a jubilar-se. Vegin que més o menys la meitat vol jubilar-se als 60 anys, cosa que està molt bé, o fins i tot més tard, la qual cosa és encara millor, però l'altra meitat vol jubilar-se molt aviat, i la gent contracte tot tipus de plans de pensions privats per poder deixar més aviat la pràctica mèdica.

I això és un enorme problema de recursos humans per a nosaltres a la Gran Bretanya, i és una nova preocupació en algunes especialitats concretes.

GRÀFIC 2: Edat ideal per a retirar-se



A. Luce, J. Firth-Cozens, T. van Zwamberg

La salut del professional i l'error mèdic

Gràcies a molts estudis d'arreu del món, sabem que els metges que pateixen més estrès ofereixen una pitjor assistència mèdica que la dels que no en pateixen. En un estudi que vaig fer (vegin la **TAULA 2**), demanava als professionals enquestats: quins són els efectes del seu estrès en l'assistència als pacients? Més o menys la meitat esmentaven només nivells de qualitat d'assistència menors, com ara no comprovar les receptes, no seguir els protocols, fer les coses no gaire bé, o quasi tenir errors o descuits. Però el que em va sorprendre és que al voltant del 40% mencionava irritabilitat, còlera, crits als col·legues, als pacients. Parlaven fins i tot d'agressions als pacients. Això és molt greu i, generalment, és un efecte de la depressió o de l'estrès.

TAULA 2: Els efectes dels símptomes de l'estrès en l'assistència als pacients (n=82)

Els efectes	Freqüència	Percentatge
Estandar d'assistència baix	41	50.0
Irritabilitat / enuig	33	40.2
Error importants no mortals	6	7.4
Mort del pacient	2	2.4

Es mencionaven uns quants errors molt greus, que no van provocar la mort de ningú, però arrel dels quals els pacients es van veure perjudicats, i també dos metges parlaren de pacients que havien mort de resultes del seu estrès. Com es veu en la **TAULA 3**, tots aquests casos els atribuïen a l'exhauriment, al cansament, però també a l'excés de treball, al fet de no sentir el suport de prou gent al seu voltant. Alguns parlaven de depressió, altres d'alcohol, una persona va dir que estava avorrida.

TAULA 3: Causes de falta d'assistència (n=94)

Atribucions	Freqüència	Percentatge
Cansament	54	57.4
Excès de treball	26	27.7
Depressió o ansietat	8	8.5
Efectes de l'alcohol	5	5.4
Avorriment	1	1.0

La **FIGURA 7** mostra les conclusions d'aquests estudis. Sabem que els nivells d'estrès i cansament i els seus efectes són alts en els metges i també en els infermers. Fa que avancin la seva edat de jubilació, afecta l'assistència als pacients. La freqüència és elevada, i per tant necessitem detectar el problema aviat. Els estudiants de medicina serien ideals, però el primer any després d'haver acabat la carrera, quan són residents, és un moment molt important per agafar la gent i ajudar-la en un període difícil, i ensenyar-li diferents maneres de regular l'estrès. Es tracta d'un problema greu, i hem de descobrir quines són les causes que el generen, per a poder intervenir-hi aviat.

FIGURA 7: Conclusions

- » Estrès, depressió i consum d'alcohol són elevats entre els metges.
- » Estrès i insatisfacció fan que es retirin abans.
- » Tots aquests factors afecten a la qualitat d'atenció dels pacients.
- » La consistència és alta, des del primer any de graduat, per tant: ATURAR-LOS QUAN SÓN JOVES!
- » Quines són les causes per a poder intervenir aviat?

Hi ha causes individuals, les que la pròpia persona aporta a la situació, i causes que són organitzatives. Les causes individuals tenen a veure amb el gènere, la família, i la manera de fer front a l'estrès. També amb la seva personalitat, sobretot amb l'amor propi i l'autocrítica i amb l'especialitat triada quan acaben la carrera, és a dir, si es fan anestesistes, cirurgians, o el que sigui (veure **FIGURA 8**).

FIGURA 8: Casos individuals

- » Gènere.
- » Família.
- » Capacitat d'afrontar dificultats.
- » Personalitat.
- » Elecció de carrera.

Diferències de gènere i salut

Pel que fa al gènere, sé que hi ha molts debats sobre si les dones això o allò. Se sol dir que, en general, les dones pateixen més estrès que els homes, però aquests estudis fan referència a les metgesses i no pas a totes les dones. Dels estudis que coneixo, en tres quartes parts o més les metgesses no pateixen més estrès que els metges. En un o dos estudis sí, però fins i tot quan els han fet un seguiment, no han tornat a obtenir els mateixos resultats. En canvi, els estudis sí han mostrat major depressió en les metgesses que els metges, i això és molt greu. En el meu estudi, però, això només succeeix perquè jo he fet un seguiment, després d'haver acabat la carrera (Veure **FIGURA 9**).

FIGURA 9: Diferències de gènere - estrès i depressió

- » Les dones no estan més estressades que els homes.
- » La dones es deprimeixen més que els homes, però només després de la graduació.
 - Associat amb el consum d'alcohol i un alt nivell d'autocrítica.
- » Les dones tenen un risc elevat de suïcidi comparat amb la resta de la població.

Així doncs, no hi ha diferències pel que fa a la depressió mentre estudien, però quan acaben la carrera les dones es deprimeixen més, fet que suggereix que això té quelcom a veure amb la feina. Si observem la relació, les correlacions, entre la depressió estudiantil i la depressió posterior, en el cas dels homes hi ha una forta correlació amb els aspectes més biològics, i en canvi en les dones no hi ha cap correlació d'aquesta mena. Per tant, en altres paraules, els resultats suggereixen de nou que la depressió té molt més a veure amb el consum d'alcohol. Si les dones beuen, és més probable que es deprimeixin, i també si són molt autocrítics tenen més probabilitats de deprimir-se, però això també passa en el cas dels homes. Les metgesses tenen, sense cap mena de dubte, un risc de suïcidi més elevat. Tots els darrers estudis, quan

estableixen la comparació amb la població en general, ho demostren. En canvi, els metges tenen més o menys el mateix risc que tothom. Quan he dividit aquests resultats en metges de capçalera i metges d'hospital, s'ha pogut observar una diferència molt clara (veure **TAULA 4**).

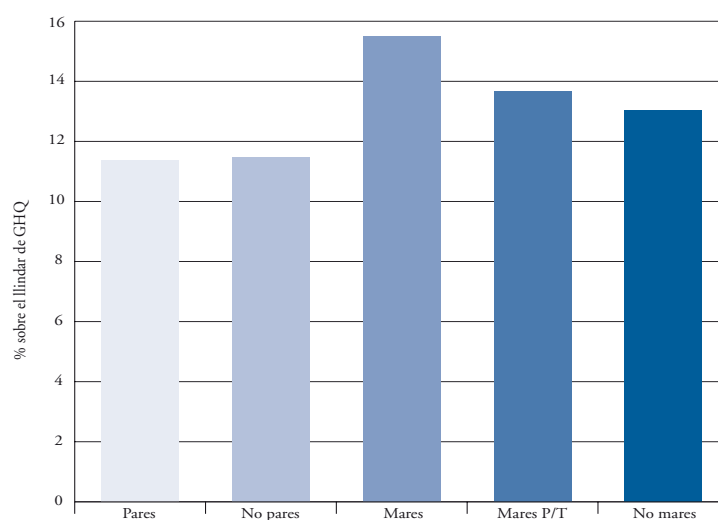
TAULA 4: Diferències de gènere i depressió (puntuació significativa de SCL)

	Homes	Dones
Metges de capçalera (GP)	.80	.83
Metges d'hospital	.62	1.12

Si observen les dades referents als metges de capçalera i la depressió, veuran que els resultats són els mateixos tant per a homes com per a dones, i en el cas de l'estrès també. Pel que fa als metges d'hospital, els homes són molt feliços, mentre que les dones són en gran part força infelices. Així doncs, l'ambient dels hospitals resulta molt difícil per a les dones, la qual cosa no em sorprèn en el cas del Regne Unit, i tinc entès que a Catalunya succeeix el mateix.

Si desglossem l'estudi encara més i ens fixem només en els metges dels hospitals (**GRÀFIC 3**). El color blau clar són homes i el fosc dones.

GRÀFIC 3: Proporcions que sobrepassen el llindar del GHQ per a homes/dones amb i sense fills, treballant a temps complet i parcial



Vegin que no hi ha cap diferència quant als nivells d'estrès entre els homes que són pares i els homes que no. Als homes no els afecten els fills!. El nivell d'estrès més elevat el trobem entre les dones que tenen jornada completa i són mares. Les dues primeres columnes blau fosc són: dones que treballen mitja jornada i que són mares i dones metgesses que no són mares. Poden veure que ser mare, ser metgessa i tenir una

jornada completa en un hospital és, de bon tros, la combinació més problemàtica. Això no sorprèn, però el que sí que em va sorprendre és que això no tinguí cap efecte en els homes.

Com ja he dit, hi ha diferències en el consum d'alcohol (veure **FIGURA 10**).

FIGURA 10: Diferències de gènere - consum d'alcohol

Les dones:

- » Beuen igual que els homes.
- » Utilitzen més l'alcohol per afrontar dificultats ($p < .05$).
- » Com més fills tenen (especialment com més grans són els fills) més alcohol beuen per afrontar dificultats ($r = .22$, $r = .39$).

Avui en dia les metgesses beuen igual que els homes, fet que no és general, ja que en altres sectors professionals els homes beuen més que les dones. Les metgesses afirmen que fan servir l'alcohol per fer front a l'estrès. Com més fills tenen, sobretot fills grans, més alcohol beuen per sortir-se'n. Es tracta d'una correlació molt clara. Així doncs, a mesura que els fills creixen, beuen més alcohol, potser perquè tornen a tenir jornada completa.

El rol de la família

Sobre el rol de la família, hi ha força estudis que, durant els últims 50 anys, han estudiat els orígens familiars i els comportaments dels metges (veure **FIGURA 11**).

FIGURA 11: El rol de la família

- » L'estudi de The Johns Hopkins Precursors: pares freds i distants i suïcidi.
- » L'estudi de Vaillant: manca de la rebel·lia normal i psicopatologia.
- » L'estudi de Richman: afecte patern i depressió.
- » Baldwin & Wrate: pares controladors i GHQ.
- » Firth-Cozens: culpabilitat, relació angoixant amb el pare = més depressió (.21).

De fet, hi ha un estudi que em va animar a investigar en aquesta disciplina. Era un estudi molt interessant de la John Hopkins. Feia un seguiment de metges a la dècada de 1940, tots homes, perquè llavors a la medicina sobretot hi havia homes. En realitat buscaven precursors de la malaltia física, però van acabar

amb conclusions molt interessants pel que fa a problemes mentals, també. Van relacionar els pares distants i freds amb el suïcidi i també amb el càncer.

Després, als Estats Units, hi va haver l'estudi de Vaillant, en el qual s'estudiava els orígens de la família i la manca de la rebel·lia normal en els joves, tant nois com noies, que eren molt estudiosos i es feien metges, i la psicopatologia.

Després tenim l'estudi de Judith Richman. Ella ha dut a terme una tasca interessant en l'estudi dels precursors de l'alcoholisme. Però també ha estudiat l'afecte dels pares i la seva relació amb la depressió en els metges, més endavant.

L'estudi de Pamela Baldwin ha analitzat els estudiants de primer any de medicina, ha descobert una gran correlació entre pares controladors i resultats del G.H.Q.

Jo vaig utilitzar el mateix estudi que la John Hopkins, una mica actualitzat, per estudiar les relacions familiars. Vaig descobrir que si hi havia una relació de culpa i preocupació amb el pare, es podria preveure una depressió (veure **FIGURA 12**).

FIGURA 12: Relacions familiars i depressió (per tota la mostra)

La relació entre les percepcions de l'estudiant i la posterior depressió com a metge senior són:

» Pare comprensiu	-.14*
» Capaç de confiar en el pare	-.19**
» Sentiment de culpa envers el pare	.26***
» Edat del pare	.28**
» Incomoditat amb el pare	.21**
» Angoixa en relació al pare	.16*
» Mare poderosa	.18**
» Mare metgessa	.21**

Com poden veure, això té en compte els metges amb experiència, relacionat amb el que m'havien dit sobre les seves famílies quan eren estudiants, disset anys abans. El pare és molt i molt important: tots aquests aspectes són sobre els pares, i els pares més grans en particular. I aquí també tenim un parell de correlacions, em temo, entre les mares i els metges (veure **FIGURA 13**).

FIGURA 13: Relacions familiars i depressió (homes)

La relació entre les percepcions de l'estudiant i la posterior depressió com a metge sènior són:

» Mare reservada	.23**
» Mare indiferent	.20*
» Culpabilitat envers la mare	.19*
» Incomoditat amb la mare	.23*
» Edat de la mare	.31**
» Ser capaç de confiar amb el pare	-.20
» Sentir culpabilitat envers el pare	.22*

Les mares també estan relacionades amb la depressió, les mares fortes. Però en general tenim els pares, i els pares, amb el temps, esdevenen més importants per a aquests metges.

FIGURA 14: Relacions familiars i depressió (dones)

La depressió en els metges sènior està relacionada amb certes percepcions de la seva època d'estudiants:

» Pare reservat	.22*
» Pare fàcil de complaure	-.22*
» Culpabilitat envers el pare	.29*
» Angoixa envers el pare	.26*
» Reservat envers el pare	.29**
» Incomoditat amb el pare	.35**
» Mare "poderosa"	.25*
» Complaents amb la mare	.21*
» Pares tranquils	.22*
» Posició familiar	.24*
» El rol de la personalitat	
- Baixa autoestima = més estressat (Baldwin & Wrate)	
· Més alta auto-crítica (.20), més alta empatia (.15) = més depressió	

Vaig presentar aquests descobriments a l'Institut Tavistock de Londres, que és un institut psicoanalític (veure **FIGURA 14**). Van suggerir que pot ser que els pares de sobte esdevinguin més importants perquè el nostre govern tracta molt durament els metges, la veritat és que els crea molta pressió, és molt crític amb ells, i els mitjans de comunicació també. A l'Institut van suggerir, i això és una hipòtesi molt psicoanalítica, que pels metges d'Anglaterra, el govern s'està convertint en un pare crític i, per tant, els pares dels metges són cada cop més importants per a ells. No sé si això és veritat o no, però en qualsevol cas és una interpretació molt interessant.

Especialitat i salut del professional

Pel que fa a l'estrès en especialitats diferents, sembla que els metges comencen especialitats que potser no els acaben d'agradar (veure **TAULA 5**).

TAULA 5: Depressió i estrès en diferents especialitats

Especialitat	N	Depressió (Time 4)	Estrés (Time 4)	Depressió (Time 1)	Estrés (Time 1)	Depressió Residents	Estrés Residents
Metge de capçalera (GP)	10	0.79	12.9	4.5	11.5	1.1	12.3
Psiquiatra	10	1.16	16.0	6.1	13.4	1.6	14.3
Medicina General	24	0.84	11.9	4.0	11.5	1.1	12.7
Cirurgia	9	0.73	10.6	3.9	10.5	0.8	9.5
Anestesiologia, radiologia	12	0.78	11.57	4.8	13.0	1.1	13.3
Laboratori i PHM	11	1.07	11.89	6.1	12.7	1.4	15.5

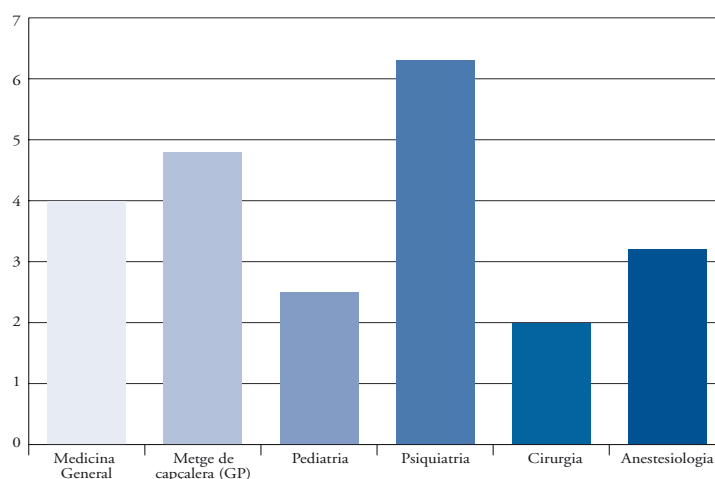
Mirin només aquestes dues primeres columnes: Aquesta és l'època 4a, quan ja són metges amb experiència, especialistes. Poden veure que en aquesta època, els que estan més deprimits i pateixen més depressió són els psiquiatres. També en pateixen molts metges de capçalera, amb els quals no hi ha problemes tan greus. Però els psiquiatres són els que més depressió pateixen, seguits pels treballadors de laboratori. Una altra cosa important que cal observar en aquesta època és que els cirurgians són els que estan menys deprimits i pateixen menys estrès. Pot ser que tingui alguna cosa a veure amb la feina. La psiquiatria és una feina difícil, treballes amb gent infeliç.

Però si vas enrere en el temps, a l'època 1a (veure **TAULA 5**), quan són estudiants i encara no han escollit l'especialitat, trobes que els que estan més deprimits són els psiquiatres, persones que esdevindran psiquiatres en el futur, i també els treballadors de laboratori. En totes dues èpoques, tots dos són els que pateixen més estrès. Sé que en aquest grup només tenim 10 persones, és molt petit, però quan l'observes,

comproves que es tracta de la meitat de la gent. Així doncs, la meitat d'aquesta gent està completament tranquil·la, i en canvi, aquests psiquiatres constitueixen la meitat que pateix molt estrès i està molt deprimida, el que fa que les xifres augmentin. Això és un problema. També, si es fixen en els cirurgians, veuran que quan són estudiants són els que estan més tranquils i menys deprimits.

Ara, també vull dir que la gent que hi ha al voltant dels cirurgians pateix força estrès i està bastant deprimida. Són persones que provoquen problemes als altres, però elles són molt felices. Crec que per als cirurgians hi deu haver un altre eina de mesura de la psicopatologia que té a veure amb les «manies», i que no utilitzo. Segur que entenen el que vull dir. Això torna a ser el qüestionari general de salut per detectar l'estrès, aquí els psiquiatres apareixen de nou com els que pateixen més estrès, i els cirurgians, de nou, com els que menys en pateixen (veure **GRÀFIC 4**).

GRÀFIC 4: Principals resultats del GHQ en 1987, segons elecció de professió al 1996



PJ Baldwin, M Dodd, RW Wrate (1997)
Young doctors: work, health and welfare

FIGURA 15: Recursos individuals de resistència

Elecció de carrera professional:

- » Els cirurgians tenen menys estrès, menys depressió i una alta satisfacció en la feina.
- » Els psiquiatres i el personal de laboratori tenen més depressió.
- » Els psiquiatres també tenen més estrès i menys satisfacció en la feina.

Tots aquests estats afectius estaven també presents quan eren estudiants.

Tots els estudis demostren el mateix. Crec que alguns psiquiatres, que pateixen estrès i estan deprimits, escullen psiquiatria per aprendre coses d'ells mateixos, i que els altres els tractin. Així doncs, és un problema que cal que encarem en termes de selecció d'especialitat, no com a estudiants de medicina.

La importància dels factors organitzatius

Aquests són alguns dels factors de treball i individuals relacionats amb la depressió que hem tingut en compte. No són les hores de feina en general les que provoquen els problemes, no és treballar massa hores. Els dos factors organitzatius que estan relacionats amb la depressió són els mals equips de treball i la manca d'hores de son. Ho explicaré de manera més detallada (veure **TAULA 6**).

TAULA 6: Factors individuals i de treball relacionats amb la depressió

Factors	Depressió		
	Tots	Homes	Dones
Empatia	.15*	.11	.14
Autocrítica	.18*	.18	.14
Incomoditat amb el pare	-.21*	-.11*	-.35**
Incomoditat amb la mare	-.11	-.23*	-.03
L'edat del pare	.28***	.35***	.21
L'edat de la mare	.11	.31**	.02
Depressió durant residència	.27***	.27***	.23
Estudiants amb dificultat clínica	.15*	.17	.13
Estudiants amb dificultat acadèmica	.17*	.14	.20
Factors actuals			
Dormir	-.17*	-.25*	-.15
Hores de feina	.06	.20*	.04
Sentir-se part de l'equip	.33***	-.35***	-.33**
Responsables dels llits	.03	.01	.27*

FIGURA 16: Factors de direcció / organització

Borell et al (1996): Diferències significatives de nivells d'estrès entre les Organitzacions (17% - 33%).

Les grans organitzacions pitjors que les petites:

"La salut mental dels treballadors és millor en organitzacions caracteritzades per una major cooperació, millor comunicació, major èmfasi en la formació, i major discreció pel personal".

Aquest estudi analitza els factors organitzatius que provoquen l'estrès. Es tracta d'un estudi molt gran fet a Anglaterra, que engloba unes 19.000 persones, tots professionals de la salut en diversos hospitals. La diferència entre la gent que es troba per sobre del llindar en el qüestionari de salut general va del 17% al 33%, la qual cosa significa que en alguns hospitals es té més cura del personal que en altres, que hi ha diferències enormes.

Aquest és un estudi de metges residents que he fet (veure **TAULA 7**).

TAULA 7: Nivells d'estrès dels residents al juliol en hospitals individuals

Hospital	N	Mitjana GHQ
A	6	15.33
B	10	12.90
C	21	11.95
D	14	11.57
E	11	11.45
F	8	11.00
G	3	10.67
H	16	10.38
I	19	9.89
J	12	9.83
K	6	9.67
L	10	9.10
M	7	8.14

Estan en el primer any de residència, en 12 hospitals propers a Londres. De nou, tenim la mitjana del qüestionari de salut general. Com veuen, les mitjanes van del 8,1 al 15,3. En alguns hospitals es dupliquen els nivells simptomàtics. I en aquest cas no té res a veure amb la grandària. És la manera de dirigir l'hospital el que fa que hi hagi tanta diferència entre els nivells d'estrès d'aquests metges joves, i això és extremadament important. Té més pes tot això que els problemes personals que aquests joves pateixen. És evident que n'hi ha que tenen problemes, però els factors organitzatius són molt importants. Si demanem a metges amb experiència què és el que els provoca l'estrès, veuran que la cosa varia. Ara analitzaré el cas dels metges amb experiència. Tots aquests són nous factors que sorgeixen entre els metges de més experiència, i tots tenen a veure amb el mateix: les queixes, els errors i els litigis són les tres coses que més els preocupen (veure **FIGURA 17**).

S'obtenen els mateixos resultats entre els metges de capçalera que entre els especialistes. L'amenaça de violència és un factor important. De fet, hi ha poca violència envers els metges, i en canvi n'hi ha molta envers els infermers. Però de tota manera, els metges la temen cada cop més, sobretot els de medicina

FIGURA 17: Factors laborals que causen estrès

Metges sènior:

- » Tractar amb queixes contra meu.
- » Por a cometre errors.
- » Por a les demandes.
- » Amenaça de violència.
- » Treball excessiu / falta de son.
- » Conflictes entre la carrera professional i la vida privada.

general. El fet de treballar massa, i els conflictes de compatibilització entre professió i vida privada obtenen molt poca puntuació. Abans n'obtenien més, però ara aquests altres factors els semblen més importants.

Fixin-se en aquesta cita de Lucian Leape, de Harvard, una cita molt bona sobre com viuen els metges actualment (veure **FIGURA 18**).

FIGURA 18: El context emocional del risc

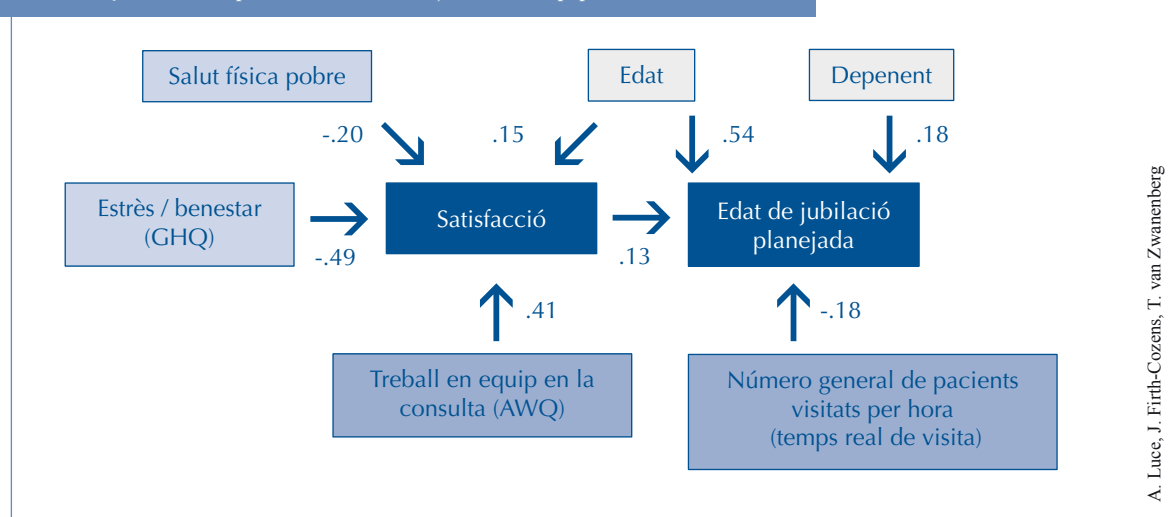
"Pacients i metges ... viuen i interactuen en una cultura caracteritzada per l'enuig, la culpa, la por, la frustració i la desconfiança envers els errors mèdics. La resposta de la gent ha estat augmentar el càstig per un error. Als hospitals i a algunes organitzacions sanitàries s'ha respost ocultant, bloquejant i tapant."

Leape et al., 1998

Així doncs, tot aquest secretisme, els errors, la còlera i la culpa estan influint actualment en l'assistència sanitària a la majoria de països del món.

Aquesta diapositiva però, reprèn aquell estudi de la jubilació en relació a les organitzacions (veure **FIGURA 19**). Fixant-nos en què pot determinar l'edat de jubilació, veiem que els nivells d'estrès i benestar són els que més ajuden a predir l'edat de jubilació. Però el més determinant és el nivell de satisfacció de la gent amb les seves feines. Com menys satisfeta està la gent, més pensa en jubilar-se. Les altres variables, que poden semblar més evidents, no afecten tant la decisió sobre la jubilació. Una salut delicada, per exemple, l'afecta, però només una mica. Quan es tenen horaris de visita molt ajustats, que s'hagin de visitar molts pacients en poc temps, també afecta la intenció de jubilar-se. Però la majoria de jubilacions vénen per una altra banda. Així doncs, si volem que la gent no es jubili tan aviat, hem d'examinar l'estrès, el benestar i el treball en equip.

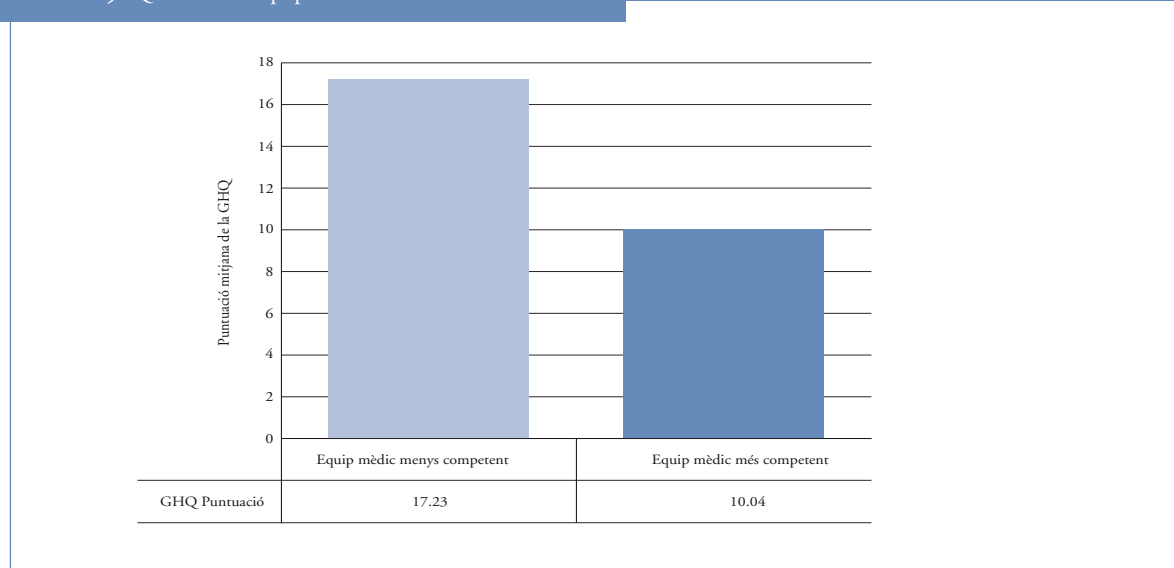
FIGURA 19: Model de predicció de l'edat de jubilació i el paper de la satisfacció



El treball en equip com a factor protector

Aquest estudi torna a analitzar els metges residents i els seus equips (veure **GRÀFIC 5**).

GRÀFIC 5: Qualitat de l'equip i nivells d'estrès



Com poden veure, aquesta és la puntuació mitjana de l'estrès. Si els enquestats treballen en un equip mèdic no gaire bo, la puntuació és molt més alta, pateixen més estrès que els metges que treballen en bons equips. Així doncs, el treball en equip és molt important: afecta molt a aquests metges joves. Si

aconseguim ensenyar millor als metges amb experiència a ser bons líders d'equips mèdics, les conseqüències en els metges joves i l'assistència sanitària seran molt positives.

Aquesta diapositiva mostra un altre aspecte del treball en equip (veure FIGURA 20).

FIGURA 20: Equips de treball multidisciplinaris pels residents

Només el 42% (n=59) que formava part d'un equip de treball multidisciplinari.

Estaven significativament:

» Menys estressats*

I més positius en:

» Ús de les habilitats***

» Suport**

» Càrrega de treball*

Vaig preguntar a metges joves si formaven part d'un equip pluridisciplinari o no. Si formaven part d'un equip pluridisciplinari, la resposta era: «Sí, en forma part». Però només el 42% dels entrevistats sabia que estava en un equip pluridisciplinari. Els que ho saben patien menys estrès, tenien la sensació que les seves habilitats feien un bon servei, se sentien més ajudats, i deien que tenien menys feina. En altres paraules, si li dius a un metge principiant que forma part d'un equip pluridisciplinari, que pot demanar a altres persones, infermeres i auxiliars sanitaris que l'ajudin, que intervinguin, que li donin suport, en resum, que el valorin, faràs que pateixi menys estrès. És una intervenció molt senzilla, i molt efectiva.

Aquesta diapositiva mostra una altra intervenció (veure FIGURA 21).

FIGURA 21: Diferències d'estrès en 2 rotacions

Al juliol només el 10.3% (n=3) dels metges amb rotacions de 12 mesos tenien resultats per damunt el llindar del GHQ comparat amb el 25.4% (n=29) d'aquells amb rotacions de 6 mesos.

A la London Deanery¹ tenim els joves metges que estan en el primer any després d'acabar la carrera. Aquests metges entren en dues organitzacions i fan 6 mesos de pràctiques de cirurgia i 6 mesos de medicina. A alguns joves els ho vam canviar i els vam fer entrar en organitzacions on podien fer totes dues coses, cirurgia i medicina, i alguna cosa més, com ara psiquiatria, medicina general o pediatria. I va resultar que, entre aquesta gent que fa una rotació nova de 12 mesos, es podien observar diferències substancials. Només tres, el 10%, patien una mitjana d'estrès per sobre del llindar. Comparem-ho amb els que fan rotació normal de 6 mesos: en aquest cas, el percentatge és del 25%. En altres paraules: podem fer que les coses canviïn molt. Les diferències organitzatives afecten molt els metges: la primera causa de l'estrès són les organitzacions.

La London Deanery¹ és una organització que s'encarrega de coordinar les pràctiques dels llicenciats en medicina i odontologia a la zona de Londres.

Model de gestió de l'estrès a nivell de sistema

Aquest és un estudi molt bo, una mica antic ja, però que té una extraordinària importància (veure **FIGURA 22**).

FIGURA 22: Jones et al, J.Applied Psychology 1988

67 hospitals, 12.000 treballadors

1. Més estrès - Més mala praxi. Potser els litigis causin ambdues coses, o potser les demandes per mala praxi → estrès.
2. Estudi longitudinal d'un hospital amb gestió i intervenció en l'estrès.
Errors mèdics 10.3 ↓ 5.1 (mensual X).
3. 22 hospitals amb intervenció comparat amb 22 hospitals control
(mateix nombre de llits, demandes, urbà / rural).

Grup d'intervenció = de 31 demandes a 9
Grup de Control = 36 demandes a 35

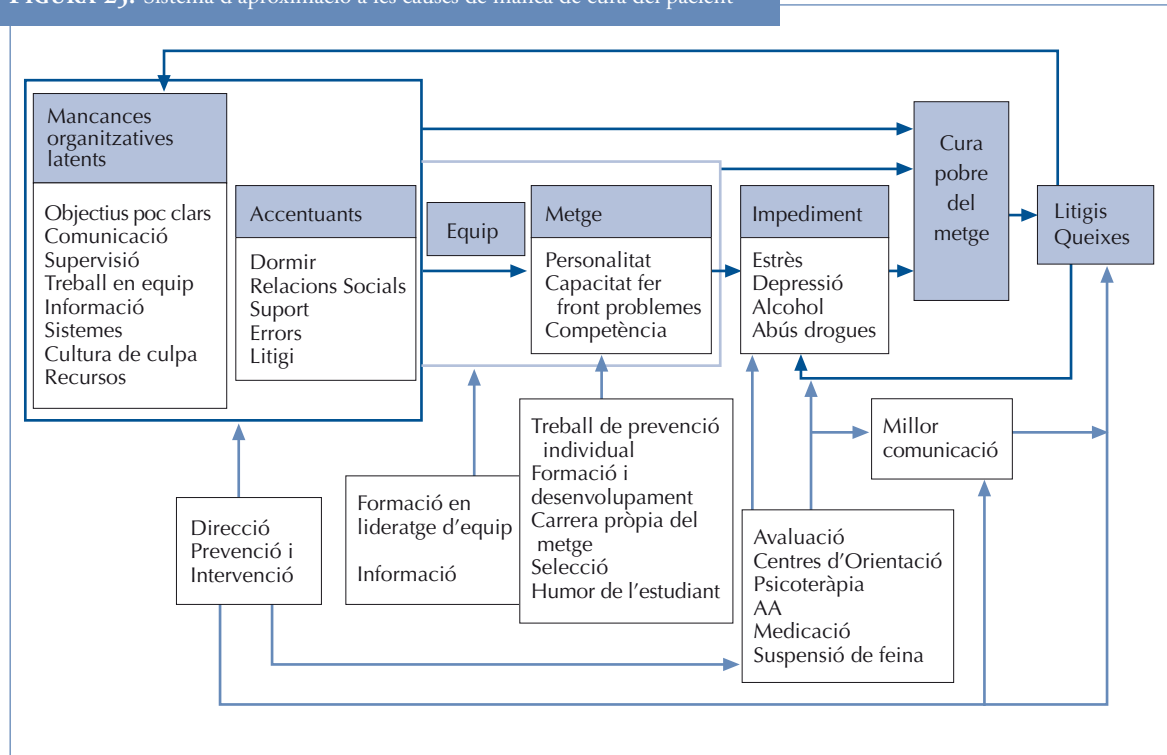
Un conjunt d'investigadors van estudiar 67 hospitals dels Estats Units i 12.000 professionals (entre infermeres i metges). En primer lloc, van descobrir que si hi havia molt estrès i molta negligència, hi havia més litigis. Per tant, si hi ha més estrès, hi ha més litigis. Però podria ser que els litigis provoquessin l'estrès. Així doncs, van fer un estudi d'intervenció longitudinal. Van ensenyar a gestionar l'estrès al personal del servei mèdic i també van fer algunes intervencions organitzatives. Van descobrir que els errors de tractament disminuïen el 50% durant aquell temps. He de dir que es tracta d'un percentatge d'equivocacions molt petit, això va ser abans que la gent sabés que ens equivocàvem molt més. Llavors van dur a terme un tercer estudi, en el qual van fer un estudi clínic controlat. Tenien 22 hospitals en els quals van intervenir i van comparar-los amb 22 hospitals amb el mateix nombre de llits, de demandes i de proporció de pacients urbans i rurals, perquè les persones procedents de l'entorn rural presenten menys litigis que les de ciutat.

Van descobrir que en els hospitals en què van intervenir, les demandes de litigi van disminuir de 31 a 9 aquell any, i en els que no van intervenir van continuar igual. En altres paraules: podem canviar les coses intervenint en tot tipus de nivells diferents, en termes no només de salut o de salut dels professionals del sistema sanitari, sinó també en termes dels errors que cometem i dels costos del propi servei d'assistència sanitària.

Aquest diagrama, i no entraré en detalls, mostra la manera com he estat pensant en l'estrès, en termes d'un model de sistemes (veure **FIGURA 23**).

Aquí hi ha tots els factors organitzatius que causen l'estrès. Aquests factors són els que sabem que provoquen estrès en totes les organitzacions. Aquests d'aquí són els que sabem que provoquen l'estrès dels

FIGURA 23: Sistema d'aproximació a les causes de manca de cura del pacient



metges. Sabem que per al metge l'equip és important. El metge o la metgessa tenen la seva personalitat, la seva forma de fer front als problemes i la seva pròpia competència, coses que els afecten però que també afecten directament l'assistència al pacient. La seva personalitat i la seva forma de fer front als problemes, els seus trets prepatològics, afecten la qualitat de la tasca realitzada en termes d'estrès, depressió, alcohol, abús de drogues, factors que també afecten l'assistència al pacient. Així doncs, en altres paraules, tenim les qüestions organitzatives, l'estrès mateix, el treball en equip, el metge i la poca cura del metge, que afectaran l'assistència mèdica proporcionada al pacient i conduiran a litigis, que, al seu torn, afectaran tots aquests altres factors. Però hi ha maneres de poder intervenir en tots aquests aspectes. La manera com la Fundació Galatea intervindrà és, de moment, al voltant de la qüestió de la manca de cura, però cada cop caldrà que enfoqui més el seu treball cap a la prevenció, per mirar d'evitar que aquesta gent es posi malalta. En la mesura en que la Fundació aprofundeixi el seu treball amb directius, acadèmics i amb psicòlegs d'organitzacions; i més treballi també amb els factors que causin l'estrès, millors resultats obtindrà el programa, crec jo.

Com intervenir?

Finalment, pel que fa a les intervencions, podríem intervenir en l'aspecte de l'organització de l'equip i en l'aspecte individual (veure FIGURA 24).

FIGURA 24: Intervencions en l'estrès

- » A nivell professional.
- » A nivell organitzatiu.
- » A nivell d'equip.
- » A nivell individual.

Intervenció a nivell professional

Pel que fa als professionals podríem explicar millor als joves que volen ser metges en què consisteix de veritat la pràctica de la medicina perquè en tinguin una visió més realista. Podríem proporcionar mentors i preparadors personals als nostres metges, perquè la veritat és, que necessiten més suport al llarg de les seves carreres. Podríem treballar de manera especial amb els metges que tenen fills, no m'agradaria dir mares, metgesses amb fills (veure **FIGURA 25**).

FIGURA 25: Nivell professional

- » Informació pre-entrada.
- » Disponibilitat de formació i guia personalitzada.
- » Metges amb fills.
- » Línies d'ajuda.
- » Tractar la duració de la carrera dels consultors.
- » Selecció.

A Anglaterra les facultats de medicina tenen un 75% d'estudiants dones. Això serà molt important en el futur. D'aquí a 10 anys, la majoria dels metges seran dones i moltes treballaran mitja jornada, i moltes tindran infants. Hem de treballar en aquesta qüestió immediatament. Tenen un telèfon d'ajut. A la Gran Bretanya, l'Associació Mèdica Britànica els proporciona una línia telefònica, exclusiva i confidencial d'ajut. Hem de tractar el tema de la durada de la trajectòria professional dels especialistes o dels metges de capçalera. Arriben a aquest nivell força joves i s'hi queden. El treball no canvia gaire, amb el temps necessitem continuar aprenent coses noves i és difícil. Crec que hem de començar a veure la professió mèdica d'una manera diferent per tal que els metges més grans es puguin dedicar a fer de mentors, a ajudar els metges amb menys experiència, fer aquest tipus de coses en lloc de fer sempre el mateix. Podríem tractar el tema

de la selecció. Podríem plantejar-nos: «Bé, volem tots aquests metges?. Sabem alguna cosa dels que es deprimeixen?. Els volem?».

Però si fem això, si ens fixem en la selecció, els hem d'escollir segons la seva personalitat?. Si ho féssim, probablement diríem que volem gent que no sigui gaire autocrítica perquè sabem que l'autocrítica, en els metges, provoca depressió (veure **FIGURA 26**).

FIGURA 26: Causes individuals de la resiliència?

Personalitat?

- » Baixa autocrítica. Però...
- » Alta autoestima. Però ...
- » Baixa empatia.

Però si féssim això, potser escolliríem gent que sí que és molt poc autocrítica, com els cirurgians.

Si fem això, també sabem que la gent que no és autocrítica, potser, està a l'extrem oposat. Si una persona és molt autocrítica, és més probable que es deprimeixi; si una persona no és gens autocrítica, és més probable que tingui problemes amb els col·legues i els pacients, i problemes de relació perquè bàsicament el que farà serà culpar les altres persones.

Així doncs, no crec que ens agradés fer seleccions en aquest sentit. Fins i tot potser, voldríem seleccionar gent que té molt d'amor propi, perquè sembla una cosa òbvia d'escollir. Però cada cop hi ha més estudis que demostren que l'amor propi està molt relacionat amb l'agressió, de nou voldrem tornar a tenir gent que estigui en un nivell intermedi, però això, els ho podem ensenyar. Jo diria que no s'ha de seleccionar la gent, de fet, no s'ha de seleccionar la gent que entra a la facultat de medicina, però sí que s'ha d'ajudar els alumnes a escollir l'especialitat adequada quan acabin la carrera.

Intervencions organitzatives

Pel que fa a l'organització (Veure **FIGURA 27**), podem mesurar l'estrès a les organitzacions. Podem millorar la comunicació. Podem augmentar la participació dels professionals en la presa de decisions. Sabem que aquestes coses ajuden. Podem oferir a la gent un servei correcte que tingui cura dels seus infants mentre treballen (guarderies...). Podem crear una cultura de no culpar, que accepta que es cometen errors i proposa com aprendre'n. Podem tenir clars els nostres objectius organitzatius. Les hores de son i treball són molt importants, sobretot de son i, sobretot, podem fer que els sistemes organitzatius detectin els problemes aviat i els afrontin, de manera que no siguin problemes importants en el moment en què els professionals miren d'aconseguir ajut (veure **FIGURA 28**).

FIGURA 27: Nivell organitzatiu (1)

- » Mesurar estrès.
- » Bona comunicació.
- » Incrementant la participació en el procés de decisió*.
- » Servei per tenir cura dels fills.
- » Creació d'una cultura de no-culpa i que s'accepti que la feina és difícil.
- » Objectius organitzatius i expectatives clars.
- » Horari raonable.
- » Sistemes per a la detecció precoç de problemes.

FIGURA 28: Nivell organitzatiu (2)

- » Oferir:
 - Formació pels líders de l'equip*.
 - Formació per a la gestió de l'estrès*.
 - Bona supervisió i valoració amb formació.
 - Tècniques de resolució de problemes.
 - Serveis d'Assessorament psicològic/Psicoteràpia*.
- » Recursos.

També podem oferir als metges preparació perquè sàpiguen exercir de líders d'un equip; perquè puguin gestionar l'estrès. Podem mirar d'establir bons sistemes de supervisió i avaluació. Al Regne Unit, l'avaluació està esdevenint cada vegada més important.

Podem ensenyar-los tècniques de resolució de problemes, i serveis d'assessorament de psicoteràpia i psiquiatria. Tots els que tenen l'asterisc (*), tenen una base provada, sabem que funcionen i provoquen canvis, no són només fruit de la imaginació d'algú.

I finalment, poden donar més recursos materials i econòmics als professionals, perquè els recursos importen.

Intervenció en l'equip

Pel que fa als d'equips: (veure **FIGURA 29**).

FIGURA 29: Nivell d'equips

- » Bons líders d'equip*
- » Valoració de la diversitat professional*
- » Veus equivalents*
- » Suport als membres
- » Premiar tot l'equip
- » Centrar-se en l'aprenentatge des de l'experiència
- » Detecció precoç de problemes

Calen bons líders d'equip. S'ha de valorar la diversitat dels professionals. Cal donar als equips oportunitats igualitàries, és a dir, que les veus dels metges joves tinguin ocasió de ser escoltades al mateix nivell que les dels més experimentats.

Cal que els equips de treball siguin també equips de suport: si el membre d'un equip està divorciant-se, si ha perdut un pare o una mare, o té un fill malalt, sabem que no oferirà el mateix nivell d'assistència. Necessita que els seus companys li donin suport en aquest moment. Els esdeveniments de la vida personal són importants en la tasca professional.

S'ha de premiar tot l'equip, no només els membres de manera individual.

S'ha de deixar que la gent utilitzi l'equip per aprendre sobre l'error i la salut d'una manera adequada. L'equip és un lloc segur per aprendre, i serà l'equip el qui primer detectarà els problemes de cada individu.

Intervenció individual

Finalment, en el plànol individual, hauríem de fixar-nos molt en el període formatiu dels professionals (veure **FIGURA 30**).

Necessitem que els metges tinguin els seus propis metges, perquè no s'automediquin. Abans l'automedicació era un problema greu a la Gran Bretanya, ara ja no tant. Fer que els metges joves tinguin els seu propi metge de capçalera ha fet que les coses canviessin.

Hem d'ensenyar als metges a detectar en sí mateixos l'estrès i la depressió, i afegiria també el PTSD

FIGURA 30: Nivell clínic individual (1)

Durant la formació:

- » Tenir un metge propi – no autoreceptar-se.
- » Reconeixement de l'estrès, depressió i PTSD en un mateix/per altres*.
- » Reconeixement de l'abús de l'alcohol en un mateix/per altres*.
- » Canviar l'autocrítica*.
- » Formació sobre com afrontar situacions difícils*.
- » Gestió de l'estrès*.
- » Assessorament professional.

(Desordre per estrès postraumàtic). He fet un estudi sobre els metges i altres professionals sanitaris després de la bomba d'Omagh. Recorden aquella bomba terrible d'Omagh? Uns 3.000 professionals sanitaris van haver d'atendre a la gent que arribava al minúscul hospital local. Els seus nivells de PTSD encara són, al cap de quatre anys, altíssims. Normalment no analitzem el desordre d'estrès postraumàtic que pateixen els professionals de l'assistència mèdica, però crec que de vegades és més gran del que imaginem. El cas es dona, sobretot, amb l'augment de la por.

Podem ensenyar als professionals a reconèixer ells mateixos si fan un consum excessiu d'alcohol. Sovint els alcohòlics no saben que tenen un problema, creuen que tothom beu com ells, tothom s'ho pensa. Podem canviar la manera d'enfocar l'autocrítica: podem mirar de fer que siguin menys autocrítics perquè assumeixin responsabilitats raonables quan les coses surten malament. Podem ensenyar-los a fer front a les coses, que no les evitin. Podem ensenyar-los a gestionar l'estrès i aconsellar-los sobre l'especialitat a triar: han de ser treballadors de laboratori, psiquiatres o cirurgians? Al llarg de la seva vida professional, necessiten algú que els pugui fer de mentor.

Durant l'exercici professional, per descomptat, se'ls ha de donar suport en èpoques de queixes i litigis (veure **FIGURA 31**).

FIGURA 31: Nivell clínic individual (2)

Durant la carrera professional:

- » Formació personalitzada, assessorament, psicoteràpia*.
- » Suport en reclamacions, demandes, suspensió.
- » Publicació d'accessos a institucions externes (AA, Relate, Fundació Galatea, etc.).
- » L'autoritat Nacional d'Avaluació Clínica (NCAA).

Ho necessiten. Els índex de suïcidi i de depressió són enormes entre professionals que estan de baixa o no treballen gens. Cal parlar-los d'institucions externes, si no volen fer el tractament en el seu centre de treball. Alcohòlics Anònims, agències que ajuden a resoldre problemes matrimonials, Fundacions, com ara la Galatea.

En conclusió, els nivells alts d'estrès afecten el metge i el personal que hi treballa al voltant. Fa disminuir la qualitat dels serveis mèdics i, en conseqüència, de l'atenció als pacients. I les accions que s'emprenen per combatre aquesta situació són rendibles. En necessitem més en tots els aspectes per tal d'aconseguir una assistència millor i un personal amb més bona salut (veure **FIGURA 32**).

FIGURA 32: Conclusions

- » Alts nivells d'estrès en els metges afecten:
 - Al metge.
 - A d'altres companys.
 - Als recursos – a través del reclutament i retenció .
 - Als seus pacients.
- » Les intervencions són un mètode efectiu per a millorar la cura dels pacients amb uns treballadors més sans.

Moltes gràcies.

Barcelona, 10 de juny de 2003.

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Jaume Padrós Selma

Gerència:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinació de programes:

Dra. Eulàlia Masachs Fatjó

Suport administratiu:

Sra. Natàlia Raguer Escuder

PATRONAT**President:**

Dr. Jaume Padrós Selma
Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vicepresident:

Dr. Joan Profitós Tuset
Vicesecretari del Col·legi Oficial de Metges de Girona

Vocals:

Dra. Leonor Ancochea Serraïma
Vocal de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Xavier Blancafort Sansó
Expresident SMIR del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dra. Mercè Botinas Martí
Vocal de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sra. Mariona Creus Virgili
Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dr. Eduard Jaurrieta Mas
Director Adjunt de desenvolupament del professional de l'Institut d'Estudis de Salut. Departament de Salut

Dr. Ramon Balius Juli
Metge jubilat del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Baldomero Tormo Carnicé
Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona

Dr. Ignacio Orce Satrústegui
President d'Assistència Sanitària Col·legial

Dr. Antoni Plasència Taradach
Director general de Salut Pública del Departament de Salut

Dr. Carles Querol Vela
Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Dr. Marc Soler Fàbregas
Gerent de l'Àrea Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Alexandre Darnell Tey
Vicepresident de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears

Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Telèfon 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54

fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org

Amb la col·laboració de:



Amb el suport de:

