

# Оглавление

Введение. Почему мне не все равно? .....	7
Часть 1. Как мы пришли к тому, что имеем сейчас? .....	19
Глава 1. Сколько же возможностей выбора у вас теперь есть .....	21
Глава 2. Избавьте меня от размышлений .....	53
Часть 2. Почему это так трудно? .....	77
Глава 3. «Что это вообще за врач?» .....	79
Глава 4. Как не упасть в грязь лицом и уберечь себя от опасности, или зачем нужна медицинская грамотность .....	124
Глава 5. Проблема с процентами и вероятностями .....	168
Глава 6. Муки выбора .....	202
Глава 7. Танцуй со мной до конца жизни .....	239
Часть 3. Пункт назначения.	
Принятие разумных медицинских решений .....	283
Глава 8. Для танго нужны двое .....	285
Глава 9. Что-то вроде дивного нового мира .....	305
Заключение. О трагедиях и ограниченном оптимизме .....	343
Благодарности .....	347
Примечания .....	350
Об авторе .....	384

## ВВЕДЕНИЕ

# Почему мне не все равно?

Ежедневно все мы принимаем решения, так или иначе влияющие на наше здоровье. Прием витаминных добавок; выход на пробежку, несмотря на боль в сухожилии; отказ от приема противозачаточных таблеток или проведение химиотерапии после операции по удалению злокачественной опухоли... Чем важнее решение, которое нужно принять, чем больше рисков оно может за собой повлечь, тем сложнее нам сделать выбор. Именно поэтому необходимо развивать навыки, которые помогут справиться с этой непростой задачей.

Нам нужно научиться задавать правильные вопросы, отличать достоверную информацию от недостоверной, принимать правильные решения, касающиеся нашего здоровья и здоровья близких. И все это вне зависимости от того, где мы находимся: дома, в кабинете врача или в больнице. Более того, эти навыки необходимы и самим врачам, и даже руководителям служб в сфере здравоохранения.

Я расскажу вам, как всему этому научиться.

Я доктор психологических наук, специализируюсь на теории принятия решений. Обучалась в Принстонском университете, преподавала в Уортонской школе бизнеса, являюсь приглашенным исследователем Кембриджского

университета. Основная область моих исследований — медицинские решения. Я изучаю, как врачи и обычные люди, непрофессионалы в области медицины, принимают такие решения в больницах, дома или онлайн.

Я знаю многие нюансы принятия решений, касающихся здоровья и медицины, так как консультирую рекламодателей в области здоровья, а также компании, занимающиеся медицинским оборудованием, лекарственными препаратами и технологиями цифрового здравоохранения. Мало кто обладает тем массивом знаний о медицинских решениях, которым я сейчас поделюсь с вами.

Когда я впервые столкнулась с выбором, касающимся моего здоровья, я не была экспертом. Я была всего лишь шестиклассницей. Меня осмотрела школьная медсестра и пробормотала что-то непонятное. В последующие месяцы по утрам мы с отцом часто ездили в медицинский центр ортопедии для детей и подростков, расположенный на окраине города, — по пустынной улице, оставляя позади знакомые мне места. Оказавшись на месте, я отправлялась на рентген позвоночника. Врач просматривала рентгеновские снимки и измеряла угол искривления позвоночника, отслеживая изменения.

Она сказала, что у меня сколиоз. Еще она сказала, что мне годами придется носить на поясице пластиковый корсет.

Никто не предлагал мне выбрать вариант лечения. Врач так и не сказал, будет ли эффект от ношения корсета, сколько времени его носить, станет ли после этого моя спина идеально прямой и помешает ли мне сколиоз в будущем завести детей. Все эти вопросы крутились в моей голове, когда мне было всего тринадцать, но я никогда не произносила их вслух.

Ни один медицинский работник никогда не делал рентген моего внутреннего состояния и не измерял его линейкой.

Я никогда никому об этом не рассказывала, но моя спина казалась мне хребтом гигантской ящерицы, и я не могла заставить себя посмотреть на нее в зеркало. Под корсетом я носила длинную майку, которая защищала мою кожу от холода, но не спасала от трения жесткого материала корсета о тазовые кости. На моем теле оставались синяки, которые продолжали напоминать о себе на протяжении долгого времени после того, как я перестала носить ортопедическую конструкцию.

Мой отец, который безумно меня любил, не имел высшего образования и работал кассиром в банке. У него не было ни малейших сомнений в авторитете врача, он относился к людям этой профессии с бескрайним уважением. В сложившейся ситуации отец не мог встать на мою сторону или высказать вслух опасения. А мать была слишком огорчена, видя, как я страдаю, поэтому полностью доверила вопрос лечения отцу.

Интернета еще не было. Чтобы найти медицинскую информацию, требовалось записаться в университетскую библиотеку — место, о котором я узнала гораздо позже. Там следовало найти книгу или статью об «альтернативах корсетам для спины при идиопатическом сколиозе у подростков», если бы на тот момент я знала эти термины.

После нескольких посещений медицинского центра, где мне делали рентген и измеряли уровень искривления позвоночника, я решила спросить врача, не стоит ли мне заняться плаванием. Я слышала, что плавание полезно для спины. Она утверждала, что корсет — это все, что мне необходимо для лечения. Тем не менее мне самой хотелось делать что-то для своего здоровья и улучшить отношения со своим телом. Мои родители всегда были готовы помочь мне и оплатили абонемент в бассейн. После месяцев регулярных занятий

плаванием я рискнула взглянуть на свою спину в зеркало в раздевалке. Спина выглядела не так уж плохо.

Моя история имела счастливый конец. К тому моменту, когда мне исполнилось шестнадцать, я уже не носила корсет. Я регулярно занималась плаванием и больше не ходила к ортопеду. Я оставила этот эпизод своей жизни позади — по крайней мере, я так думала.

Двадцать лет спустя я все еще занималась плаванием. Я все еще смотрела на спины людей и восхищалась тем, какие они ровные и симметричные. К тому моменту я уже вышла замуж, родила троих детей и устроилась на работу организационным психологом. Не так давно я потеряла своего любящего, заботливого отца. Его жизнь унесли рак простаты, болезнь Паркинсона и пневмония. Стремясь к переменам, я вернулась в университет, чтобы получить докторскую степень в области социальной психологии. В то время мои исследования были посвящены так называемой предвзятости подтверждения — склонности человека придерживаться уже имеющегося у него мнения даже в случае предоставления информации, подтверждающей противоположную точку зрения. Я изучала этот феномен с точки зрения специалистов в области медицины и с точки зрения людей, не связанных с этой профессиональной областью. Интересную информацию по данной теме можно найти в книге Джерома Группмана «Как думают врачи» (How Doctors Think)<sup>1</sup>.

Затем в мою жизнь внезапно ворвалась тема принятия медицинских решений: заведующий кафедрой сообщил мне, что руководитель программы генетического консультирования находится в поисках человека, который мог бы преподавать студентам курс по психологическим аспектам принятия медицинских решений. По его мнению, я была подходящей кандидатурой. Такая работа была для меня честью,

но передо мной стояла очень непростая задача. Я прочитала по этой теме все, что могла, но все равно чувствовала себя неуверенно — так, словно брала уроки плавания онлайн. Мне нужно было проверить знания на практике. Я попросила разрешить мне поприсутствовать на нескольких сеансах генетического консультирования.

Первая семейная пара, на сеансе которой мне довелось побывать, пришла в кабинет генетика-консультанта всего на несколько минут раньше меня. Мужчина и беременная женщина вошли к консультанту, тяжело дыша, так как мчались по коридорам больницы в поисках нужного кабинета. Они оба были глухими. Пара пришла на сеанс, чтобы спросить, может ли глухота передаться ребенку по наследству. В случае положительного ответа им нужно было знать, от кого из родителей будет унаследовано заболевание. Мужчину и женщину в целом не волновал второй вопрос, ответ на него хотели знать родственники со стороны мужа. На приеме у консультанта также присутствовал их слышащий двухлетний сын и переводчик с жестового языка.

У консультанта были схемы родословной отца и матери, на которых можно было увидеть различные условные обозначения. Врач объяснял паре, каковы наследственные причины их глухоты, подкрепляя свои слова научными фактами из области генетики. Я погрузилась в воспоминания: на уроках биологии в девятом классе нам рассказывали, что человеческий геном состоит из двадцати трех пар хромосом и огромного количества генов. По всей видимости, переводчица тоже вспоминала необходимую информацию, чтобы перевести слова генетика на жестовый язык. Ребенку становилось все труднее усидеть на месте, и теперь, когда к нам присоединились хромосомы и гены, в кабинете стало теснее.

Обеспокоенные родители посмотрели на переводчика, затем перевели взгляд на консультанта и снова повернулись к переводчику.

— Так от кого из родителей ребенок унаследует заболевание? — спросил переводчик.

Собрав воедино свои знания биологии и информацию, полученную из семейного анамнеза, генетик пришел к следующему выводу: глухота может передаваться ребенку по линии отца. Возможно, семья мужчины не ожидала такого исхода, но по крайней мере они получили ответ на свой вопрос.

За время этого часового сеанса пара получила от консультанта больше информации, чем я за все время общения с врачами. Тем не менее, несмотря на обширные знания генетического консультанта и терпение, с которым она поясняла все необходимое, пара вышла из кабинета, оставив ряд вопросов. Мне было интересно, что из всего сказанного они поняли, какая информация не была потеряна в результате перевода. Число хромосом в геноме человека? Разница между доминантными и рецессивными генами? Вероятность того, что их ребенок сможет слышать? Даже если бы у мужчины и женщины был прекрасный слух и отсутствовала необходимость в переводчике, смогли бы они точно повторить все, что так подробно объяснял консультант?

Многие пациенты — возможно, даже большинство — выходят из кабинета врача в замешательстве. Система здравоохранения призвана помочь нам, но из-за высокой загруженности врачи не всегда могут предоставить необходимую информацию, а уж тем более убедиться, что мы понимаем ее и используем в процессе принятия решений.

Студенты, у которых я преподавала, сказали, что на других курсах таких знаний им не давали. Благодаря другим дисциплинам они научились скрупулезно рассчитывать

генетический риск, но никто не обращал их внимание на то, как пациенты воспринимают информацию.

С тех пор я начала применять свои знания во многих сферах и учила этому других. Я постоянно слышала, что именно этой информации им не хватало. Нужно понимать, как человек принимает решения, касающиеся его здоровья, чтобы дать такие рекомендации по приему лекарств, которых он будет придерживаться, или чтобы узнать реальные показатели фитнес-браслета или глюкометра и понять, что делать дальше.

Через год после того, как я посетила первый сеанс генетического консультирования и прочитала студентам курс по психологическим аспектам принятия медицинских решений, я начала свое постдокторское исследование, посвященное изучению счастья, в Принстонском университете. Я работала с Даниэлем Канеманом, лауреатом Нобелевской премии, который являлся одним из основоположников поведенческой экономики, а также выделил два вида мышления человека — быстрое и медленное<sup>2</sup>. В процессе исследования я обнаружила, что неудачные периоды жизни влияют на наше состояние больше, чем успехи, а мысли о хорошем финансовом положении так же важны, как и величина дохода<sup>3</sup>. Однако меня все еще сильно тянуло к изучению принятия медицинских решений как во время проведения постдокторского исследования, так и позже, когда я преподавала дисциплину «Поведение потребителей» в Уортонской школе бизнеса при Университете Пенсильвании.

Я вспоминала, насколько бессильной я была в этой сфере когда-то давно, в прошлом. Теперь у меня был голос, и я поклялась использовать его, чтобы помогать людям в те моменты, когда они теряли собственный. Я поклялась изучить решения, касающиеся нашего здоровья, те решения, которые



влиают на нас, иногда имея необратимые последствия. Я человек оптимистичный, но постепенно начала осознавать, насколько ошибочно полагать, что все люди высказывают свое мнение и принимают медицинские решения самостоятельно. Даже сейчас, когда в основном информация находится в открытом доступе, а индустрия цифрового здравоохранения процветает, все еще бывает трудно сделать правильный выбор.

Сегодня в процессе принятия медицинских решений мы сталкиваемся со множеством проблем. Мы имеем дело с несовершенной системой здравоохранения, испытываем страх, подвергаемся чрезмерной психической нагрузке, получаем слишком большие объемы неполной информации из огромного числа ненадежных источников... И после всего этого нам нужно понять, что делать, и принять окончательное решение. Я поделюсь с вами всеми известными мне психологическими уловками и другой полезной информацией, чтобы сделать процесс принятия решения максимально простым для вас.

После завершения исследования в Принстонском университете и преподавательской деятельности в Уортоне я стала профессором в бизнес-школе в Израиле, а затем приглашенным исследователем в Кембриджском университете. Теперь я консультирую различные компании, от стартапов до крупных корпораций, по вопросам поведенческой экономики и психологических аспектов поведения пациента и врача. Данные вопросы я освещала на мероприятиях международного уровня, выступая перед предпринимателями, врачами и руководителями организаций управления здравоохранением. Когда моя мама присутствовала на медицинской конференции, где я выступала с речью, посвященной соблюдению предписанного режима лечения,

она пожаловалась, что я говорю слишком быстро. Ну конечно! Теперь у меня есть голос и мне есть что сказать.

И вот на вершине моей карьеры у меня вновь нестерпимо заболела спина. Нехотя я обратилась к ортопеду. Он сказал, что разрыва фиброзного кольца и грыжи межпозвонкового диска у меня нет, и отправил меня домой отдохнуть и «выпить чашечку чая». Как и тогда, в тринадцать лет, я ничего не сказала врачу. Мне было слишком больно, чтобы говорить. Я промучилась несколько дней, прежде чем снова позвонила ему и попросила о помощи.

Теперь вместо чая врач рекомендовал мне морфиновый пластырь. Он заверил, что никаких побочных эффектов от его применения не возникает. Сейчас я понимаю, что эти слова были абсолютной чепухой. Я сама изучала принятие медицинских решений. Я знала, где находится университетская библиотека, и мне даже можно было не ходить туда, а получить все необходимые сведения онлайн. Однако мне было слишком больно, чтобы искать какую-либо информацию о том, сработает ли пластырь, каковы риски его применения и есть ли альтернативы. Мне было слишком плохо, чтобы задуматься, насколько странным было решение врача выписать мне сильнодействующий опиоид, ведь изначально он не собирался назначать мне никаких обезболивающих средств. Я слишком отчаялась, чтобы прочитать брошюру (напечатанную микроскопическими буквами), которую мне дали вместе с пластырем. Как и в детстве, никто ничего мне не объяснил и не спросил, какое лечение я бы предпочла. Ко мне относились не как к личности, а как к спине, которую нужно вылечить. В нормальном состоянии я могла бы обдумать назначенное лечение и высказать свои опасения. Но в данный момент, при минимальном участии врача в планировании лечения, это было невыполнимой задачей.

Муж приклеил пластырь мне на плечо и поцеловал. Я должна была носить этот пластырь в течение недели, но не продержалась и двадцати четырех часов.

На следующее утро я сидела на диване. Я собиралась встать и поехать на работу — в тот день объявили о моем повышении и в университете должно было состояться предновогоднее мероприятие. Прошло всего мгновение, я все еще была на диване, но вот часы показывали, что прошло уже три часа. Я еще никогда не чувствовала такой сонливости. Никакого мне университетского праздника. Позвонила мама и, услышав вялость в моем голосе, сообщила об этом мужу. Пока он добирался до дома, я на мгновение пришла в себя. Я поняла, что все это дело рук морфина, и попросила своего доброжелательного соседа снять пластырь с моего плеча. Туман в голове рассеялся, но боль вернулась.

Я, столько времени посвятившая изучению способов подачи медицинской информации и абсолютно уверенная, что могу сделать осознанный выбор в отношении своего здоровья, не сумела объективно оценить происходящее, задать правильные вопросы и даже не прочла брошюру! Такой исход событий стал для меня болезненным разочарованием.

В теории времена, когда лечение мог назначать только врач, уже давно прошли. Сегодня мы можем самостоятельно поставить себе диагноз (хотя возможно, он окажется ошибочным), воспользовавшись поисковиком; можем купить разрекламированное в интернете лекарство от всех болезней одним взмахом кредитной карты, и, наконец, если нас что-то не устраивает, мы всегда можем высказать свои возражения в кабинете врача. В реальности же мы по-прежнему сильно зависим от врачей и системы здравоохранения. Именно поэтому необходимо показать врачам важность вовлечения

пациентов в процесс лечения и научить специалистов, как это делать. Эта книга поможет достичь обеих целей.

Принятие правильного медицинского или иного решения, касающегося нашего здоровья, — это непростая задача, где невозможно полагаться лишь на интуицию. При принятии решения мы сталкиваемся с рядом трудностей: возможностью возникновения опасности для жизни, непонятным медицинским жаргоном, противоречащими друг другу вариантами развития событий... Кроме того, выбор осложняется такими факторами, как культурное происхождение, когнитивные барьеры, отсутствие профессиональной подготовки в вопросах передачи медицинской информации, нехватка времени и недостатки системы здравоохранения. Не стоит ожидать, что мы справимся со всем этим безупречно, — такого просто не может быть.

Хорошая новость: все же вы можете сделать многое, если поймете, с чем имеете дело. Прочитав эту книгу, вы получите необходимые знания. В последующих главах я опишу некоторые психологические приемы и дам советы, которые позволят компенсировать некоторые недостатки системы здравоохранения. В этой книге я ссылаюсь на исследования в области поведенческой экономики, медицины, психологии, социологии и других наук, чтобы разработать модель, которая поможет вам в принятии наиболее правильных решений в отношении вашего здоровья.

В первой части книги вы получите информацию об общественных, правовых и коммерческих институтах, которые требуют от нас более активного участия в вопросах здравоохранения. Вы поймете, что происходит, когда принимается неправильное решение в отношении здоровья, и узнаете, какие психологические процессы — например, желание поддаться голосу страха или надежды, стремление сократить

умственную нагрузку — мешают разобраться в ситуации самостоятельно.

Во второй части книги вы получите глубокое представление об уникальных барьерах, препятствующих принятию правильного решения в отношении здоровья. Я предложу несколько обоснованных с точки зрения науки практических советов, которые помогут вам и вашему врачу в преодолении этих барьеров. Я расскажу о совместном принятии решения, а также о сложных с эмоциональной точки зрения решениях, связанных с уходом за пожилыми и неизлечимо больными людьми.

В третьей, заключительной части я расскажу о перспективах цифровых медицинских решений, оздоровительных программ и инновационных способов оказания медицинской помощи, особенно если эти нововведения подкрепляются знаниями психологии. Я также обращусь к тому факту, что и сама система здравоохранения сталкивается с рядом проблем, в основном финансовых. Здесь я выскажусь о том, как организации системы здравоохранения могут по-настоящему помочь пациентам принять наиболее правильное решение, касающееся их здоровья.

Эта книга будет полезна руководителям медицинских организаций, врачам, людям, которые когда-либо ухаживали за пациентами, самим пациентам и всем, кто хочет самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья. Эта книга для всех нас. Читайте дальше, ведь медицинские решения — это то, от чего зависит ваша жизнь.

## ГЛАВА 3

# «Что это вообще за врач?»

Лечение начинается с ваших  
взаимоотношений с врачом

Когда у тридцати пяти тысяч человек из тридцати пяти стран спросили, какую профессию они уважают больше всего, все они ответили: «Врач». Когда 1001 американцу задали вопрос об их степени доверия к врачам, более 900 из них назвали высокую оценку<sup>1</sup>. По всему миру люди сидят, прикованные к экранам телевизоров, наблюдая за подвигами врачей и медицинских бригад в таких сериалах, как «Скорая помощь», «Доктор Хаус», «Анатомия страсти», «М\*А\*S\*Н\*» (последнюю серию посмотрели 125 миллионов зрителей!), «Клиника» и нескончаемый «Главный госпиталь» (который начал выходить в 1963 году и продолжается до сих пор после небольшого перерыва в связи с пандемией COVID-19).

В сериале к врачу-мизантропу, который блестяще справляется со своими обязанностями, относятся с долей понимания. В реальной жизни мы ожидаем, что с врачом будет приятно общаться. Мы хотим установить с ним контакт. От понимающих, внимательных врачей зависит наша жизнь. Кроме того, чуть позже мы убедимся, что система

здравоохранения также играет немаловажную роль — мы зависим от того, насколько вышестоящих лиц заботит отношение врачей к пациентам.

Хорошие взаимоотношения врача и пациента могут казаться чем-то вроде вишенки на торте — дополнительным преимуществом лечения. Но правда в том, что они чрезвычайно важны для качественного предоставления медицинских услуг. Испорченные взаимоотношения или их полное отсутствие становятся преградой для подбора правильного лечения. Что не менее важно, в таких случаях пациенты не чувствуют, что их состояние здоровья кого-то волнует. Взаимоотношения с врачом влияют на то, продолжим ли мы проходить терапию, от которой зависит наша жизнь, и на то, как мы оцениваем деятельность врача. Они также повлияют на наше решение подать на врача в суд в случае имеющихся на это оснований. Это доказывают результаты исследований. Но это также понятно интуитивно, особенно в критических ситуациях. Отношения между врачом и пациентом напрямую влияют на результаты лечения. Врачей необходимо обучать выстраивать отношения с пациентами, а медицинские учреждения должны их поддерживать.

В первой части этой главы я расскажу, почему уважительное отношение и диалог имеют для пациентов большое значение. Когда они пишут благодарственные письма, то восторженно отзываются о личности и деятельности своих врачей.

И наоборот, пациенты, которые чувствуют бесчеловечное отношение к себе, пишут жалобы и подают судебные иски. Все это говорит о том, что люди оценивают врачей не столько по результатам предписанного ими лечения, сколько по их отношению к пациентам. На сайтах с рейтингом врачей наблюдается аналогичная тенденция.

Далее мы рассмотрим, как плохо выстроенные отношения между врачом и пациентом негативно сказываются на результатах лечения. Иногда такое происходит потому, что врачи не учитывают мнение пациента и не слушают их жалобы. А иногда — потому, что пациенты, ощущая пренебрежение врачей и слыша критику в свой адрес, чувствуют себя отвергнутыми и перестают заботиться о своем здоровье. Необходимо, чтобы врачи не были равнодушны к нашему состоянию, тогда и мы будем для них хорошими пациентами. Нам не нужны супергерои, нам нужны способные люди, предпринимающие все возможное в самых сложных обстоятельствах. Я расскажу об институциональных изменениях, которые могут поспособствовать становлению гуманных отношений между врачами и пациентами.

Наконец, мы посмотрим, как себя чувствуют врачи, если пациенты и руководство относятся к ним с уважением, и к каким ужасным последствиям — врачебным ошибкам, профессиональному выгоранию и даже самоубийствам врачей — приводит бесчеловечное отношение.

Но сначала давайте поговорим о походе в магазин за кроссовками.

### «ЧТО ЭТО ВОООБЩЕ ЗА ВРАЧ?»

Одним летним вечером больше десяти лет назад я ждала маму возле ее дома, чтобы прогуляться с ней по магазинам. Она наконец-то набралась смелости и записалась в спортзал, поэтому ей нужно было впервые в жизни купить пару кроссовок. Но судьба распорядилась иначе: раздвижные двери в здании закрылись, повалив маму на землю. В итоге у нее были сломаны бедро и рука.



В больнице на руку маме наложили гипс, но вот с бедром все было не так просто — требовалась операция. По медицинской страховке у мамы была возможность самой выбрать хирурга (также страховка покрывала 90% расходов). Кто же будет хирургом?

Конечно же, мы очень хотели выбрать для нее лучшего специалиста. Но как это сделать? У нас не было возможности изучить список хирургов, не говоря уже об их успешно проведенных операциях, среднем возрасте и физическом состоянии пациентов или любой другой проверенной информации, которая позволила бы нам оценить их квалификацию и достижения. И я сомневаюсь, что где-то к такой статистике можно легко получить доступ. Кроме того, после невероятно напряженного вечера мы просто были не в состоянии принимать обоснованные решения. Ни о какой медленной и тщательной обработке информации не могло идти речи.

Вместо этого нам пришлось поддаться одному из принципов влияния, описанному психологом Робертом Чалдини, — принципу доверия авторитету<sup>2</sup>. Его суть заключается в том, что наше мнение о специалисте — доверие к нему, уверенность в его знаниях — формируется на основании таких «сигналов», как дипломы на стене, спецодежда или хорошая рекомендация. Медбрат скорой помощи стал для нас таким авторитетом в области переломов. Мы попросили у него совета, и он порекомендовал двух хирургов, с которыми я незамедлительно связалась.

Первый врач, доктор Л., сразу же пришел к моей маме. Он рассказывал об операции, не отрывая взгляда от своих тренинговых ботинок, которые отлично сочетались с его бесформенными поношенными брюками цвета хаки. Монотонность его голоса навела меня на мысль, что он уже проводил эту операцию и рассказывал о ней несколько тысяч раз. Полагаю,

он хорошо обращается с хирургическим ножом, хоть и не умеет устанавливать контакт с пациентами и завоевывать их доверие. Моей маме показалось, что врач был абсолютно безучастен к ее проблеме. Когда он ушел, она высказала свои сомнения: «Что это вообще за врач?» Мама была беззащитной пациенткой с переломанными костями, но проявляла настойчивость: она хотела чувствовать, что хирурга действительно волнует ее состояние. «Не хочу я такого врача», — таков был вердикт моей мамы. И кто мог винить ее? Она хотела, чтобы ее оперировал хороший внимательный хирург. И она оценила профессиональные навыки врача по его отношению к пациенту. В ее голове неосознанно произошел такой психологический процесс, как «замещение атрибутов». Такое наименование было введено Даниэлем Канеманом и Шейном Фредериком<sup>3</sup>.

Замещение атрибутов заключается в следующем: если человек не знает ответа на конкретный вопрос (например: «Этот врач — хороший специалист?»), он отвечает в своей голове на те вопросы, на которые может (например: «Чисто ли в кабинете врача?», «Приветлив ли он со мной?»). У мамы не было возможности оценить навыки доктора Л. в области хирургии. Зато она могла оценить его внешнюю привлекательность и доброжелательность. И того и другого доктору Л. недоставало: он выглядел взъерошенным и ни разу не посмотрел ей в глаза. Навыки межличностного общения у врача хромали, в связи с чем моя мама поставила под сомнение и его профессионализм. В этой ситуации могла пострадать не только репутация доктора Л., но и здоровье моей матери. Второй врач так и не появился, а без операции смещенный тазобедренный сустав мог не вернуться в прежнее положение. Пациенты с такой травмой страдают от сильной боли и не могут двигаться<sup>4</sup>.

Я не знала, насколько хорошим хирургом был доктор Л. Именно поэтому я пыталась изменить мамино мнение о нем как о человеке. «Мам, я думаю, что он очень хороший человек. Просто застенчивый, поэтому и не смотрел на тебя». Я даже сама в это поверила. В итоге моя мама согласилась, чтобы доктор Л. ее прооперировал. Он прекрасно выполнил свою работу. Мама полностью восстановилась, но так и не добралась до спортзала.

### «ПОТРЯСАЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК И ВРАЧ»

Моя мама была не одинока в своем желании установить контакт с врачом, даже если тот видел ее лишь единожды. Такое впечатление сложилось у меня после просмотра благодарственных писем врачам. На протяжении всей своей жизни я видела много таких писем на стенах в их кабинетах. Пациенты всегда благодарят врачей за то, что они их выслушали, ответили на вопросы, проявили терпение, были на связи. За оказанную медицинскую помощь благодарят не так уж часто.

Но я человек науки, поэтому мне недостаточно одного лишь впечатления. Я хотела получить фактические данные. Я проанализировала огромное количество благодарственных писем от пациентов и членов их семей, которые работники медицинских центров разместили в интернете<sup>5</sup>. Во всех письмах отражается то, что важно для каждого человека в конкретный момент. Можно предположить, что медицинские центры разместили только самые положительные отзывы. Но, проанализировав такое количество писем, я смогла увидеть, что замечают пациенты, что для них ценно настолько, что они решают написать об этом. Это дорогого стоит. Мне понравилось заглядывать в их сердца.

В письмах люди склонны выражать благодарность медицинским работникам за их личностные качества и отношение к пациентам не меньше, чем за их профессиональные навыки. Пациенты (которыми все мы являемся) были тронуты вниманием и поддержкой со стороны врачей, помнили такие моменты, особенно если они вселяли в них уверенность в периоды боли и беспокойства. Люди выражали свою благодарность подобными высказываниями: «Врач меня очень поддерживала: она сидела со мной после УЗИ, пока я ждала заключение специалиста. Она была не обязана этого делать, но я очень благодарна ей за заботу», или «Доктор Тимоти Д. предоставлял мне всю необходимую информацию, с пониманием относился к моим чувствам и эмоциям после выкидыша».

Пациенты куда больше рассказывали о межличностном общении с медперсоналом, чем о самом процессе лечения. Говоря о лечении, пациенты в основном отсылались к своему самочувствию: «Благодаря действиям врачей боль стала терпимой». Часто пациенты использовали общие фразы, например: «За мной ухаживали две замечательные медсестры». И такие высказывания вполне оправданны: нам, пациентам, не хватает специализированных знаний в области медицины, поэтому мы не говорим: «На моей руке был глубокий порез, врач наложил швы, что привело к снижению риска попадания инфекции в кровь на 52 процента». Вместо это мы скажем: «Он очень мне помог».

Единственные сведения о медицинском обслуживании, которые часто упоминались в письмах пациентов, были связаны с результатами лечения. В основном люди писали о выздоровлении, прекратившихся болях или о восстановлении способностей, утраченных из-за болезни.

Результаты медицинского обслуживания легко заметить, они дают знать о себе на протяжении долгого времени. Вот

что написал один из родителей о результатах лечения своего маленького ребенка, которому была проведена операция по трансплантации печени: «Теперь у Дина наконец-то нормальный вес, он быстро растет». Я уверена, что родитель этого ребенка был очень благодарен врачу за профессионализм. Но, не являясь специалистом, он не мог подробно рассказать о его профессиональных навыках. Вместо этого, что совершенно закономерно, он увидел результат и поделился своей радостью: малыш Дин, у которого был недовес и желтоватый оттенок кожи, стал здоровым ребенком.

Письма с жалобами — зеркальное отражение благодарственных писем, и в них люди также пишут о том, что важно для них в определенный момент времени. Обзор исследований, посвященных изучению жалоб пациентов в интернете, позволил сделать выводы, похожие на те, которые были сделаны мной при изучении благодарственных писем. Жалобы недовольных пациентов касались нескольких основных тем<sup>6</sup>.

В половине жалоб поднимались вопросы эмоциональных переживаний пациентов и их межличностного взаимодействия с медперсоналом: врачи не уважали ценности, предпочтения или потребности пациентов, пренебрегали предоставлением необходимой им информации, отказывали в эмоциональной поддержке, не старались помочь пациентам преодолеть тревожность и страх<sup>7</sup>. Четверть пациентов критиковали недостаточные знания и навыки врачей, а также условия оказания медицинской помощи (местоположение медицинского центра, доступная стоимость услуг).

Эти жалобы доказывают, что взаимоотношения с врачом значат для пациентов не меньше, а возможно, даже больше, чем результаты лечения: менее двух процентов пациентов в своих письмах упомянули, что лечение не оправдало их ожиданий. Остальные либо были удовлетворены результатами

лечения, либо приняли тот факт, что лечение — долгий и непростой процесс. Я также замечала, что пациенты оставляли без внимания не самые благоприятные результаты лечения, если находились в хороших отношениях с врачом. Один мужчина написал восторженный отзыв с благодарностью лечащему врачу своей жены, несмотря на то что та полностью не выздоровела. Мы приходим к врачу, чтобы лечиться, но прежде всего мы хотим, чтобы к нам относились по-человечески.

Испорченные отношения между врачом и пациентом иногда приводят к подаче судебных исков за ненадлежащее оказание медицинских услуг. Подача таких исков в последнее время участилась, и врачам они обходятся очень дорого, поэтому некоторые специалисты уходят из профессии<sup>8</sup>. Вместо того чтобы обвинять страховые компании за жадность или пациентов за их агрессивный настрой, два исследователя из Бэйлорского университета обобщили данные протоколов свидетельских показаний, заявлений истцов и опросов семей, подавших иски о ненадлежащем оказании медицинских услуг. Исследователи обнаружили, что решение подать в суд было связано не столько с необходимостью соблюдать множество административных регламентов, с недостатками системы медицинского страхования и даже не с врачебными ошибками, сколько с ухудшением отношений между пациентом и врачом, вызванным неуважением со стороны врача в процессе коммуникации<sup>9</sup>.

Проанализированные показания представляют собой настоящий мастер-класс на тему «Как оттолкнуть от себя пациентов». Люди жаловались на то, что врачи не слушают и не понимают их, не уважают их мнение, утверждали, что врачи вводили их в заблуждение, не предупреждали о неминуемых проблемах, плохо доносили информацию,

в результате чего пациенты чувствовали себя брошенными на произвол судьбы.

Как упоминалось ранее, меньшая часть писем пациентов, будь то жалобы или благодарности, была посвящена результатам лечения. С исками о ненадлежащем оказании медицинских услуг дело обстояло так же: пациенты закрывали глаза на не самые благоприятные результаты лечения, но межличностные конфликты они забыть не могли. Исследователи из Бэйлорского университета выяснили: «Ничто так быстро не подавляет гнев пациента, как сочувствующий, открытый врач, который готов обсуждать не только положительные результаты лечения, но и возникающие в его ходе проблемы и сбои в организме»<sup>10</sup>.

Положительный исход лечения — выздоровление пациента — имеет огромное значение, но его невозможно гарантировать. Доктор Глин Элвин из Дартмутского колледжа объяснил мне, что результаты лечения отчасти являются стохастическими: они зависят от случайных событий, их нельзя полностью предсказать. Например, даже после тщательно спланированной, профессионально проведенной операции на коленном суставе в рану может быть занесена инфекция. В связи с этим Элвин утверждал, что нельзя оценивать медицинские решения по их результатам. О них можно судить лишь по событиям, предшествующим принятию решения, над которыми врач и пациент властны в большей степени<sup>11</sup>.

Мы с доктором Элвином создали шкалу *DelibeRate* именно для этого<sup>12</sup>: чтобы измерять знание пациентами возможных вариантов выбора, их отношение к этим вариантам, а также ощущение возможности выбора между ними.

Все это мы считаем необходимыми элементами процесса обсуждения решения. Эта шкала также учитывает готовность человека сделать выбор: это необходимо, чтобы правильно

определить действия, которые стоит предпринять. Например, DelibeRate использовалась для измерения качества помощи, оказываемой пациентам в принятии решения, путем сравнения оценок пациентов до и после использования этой помощи. Позже Элвин разработал шкалу CollaboRate, с помощью которой измеряется еще один важный аспект: насколько врачи вовлекают пациентов в процесс принятия решений, касающихся лечения<sup>13</sup>. Об этой теме мы подробнее поговорим далее в этой книге.

## ЛЕЧЕНИЕ И ЗАБОТА

Имеет ли значение, куда смотрит врач — в экран своего компьютера (или на свои ботинки) или же в глаза пациенту? Когда пациент обращается к врачу, здоровье является для него главным приоритетом. Так, может, если взаимоотношения сторон не влияют на здоровье пациента, врачам стоит направить свои усилия в другое русло, не тратя времени зря? Но нет: разделять заботу о здоровье и взаимоотношения врача и пациента — ложная дихотомия. Исследования показывают, что человеческие отношения не просто повышают настроение. Хорошие отношения с врачом — доверие и чувство, что врач заботится о вашем состоянии, — могут иметь большое значение для вашего здоровья.

Пациент как никто другой знает о своих симптомах, питании и привычках, о том, соблюдает ли он предписанный режим приема лекарств и употребляет ли алкоголь. Эта информация нужна врачам, чтобы диагностировать проблемы, подобрать правильные варианты лечения с учетом особенностей пациента и оценить, как проходит лечение. Пациентам необходимо рассказывать врачам о своих многочисленных



сексуальных партнерах, злоупотреблении психоактивными веществами, симптомах, которые могут казаться постыдными, и о многом другом. Для этого нужно, чтобы у пациентов был определенный уровень доверия к своим врачам. Только так, совместными силами, врач и пациент могут поставить диагноз и положить начало процессу выздоровления. Если лечение не помогает, то не потому ли, что пациент пропустил прием лекарств или злоупотреблял алкоголем? Если лечение действует не сразу, а лишь через три недели или вызовет мышечные боли, врач должен предупредить об этом пациента, чтобы тот мог подготовиться и нормально отреагировать на происходящее.

Проведем аналогию с бальными танцами: даже у самых опытных танцоров командная работа — танец — не может начаться без приглашения. То же самое касается и совместной работы врача и пациента. Очень хороший пример — танго — танец, в котором один партнер ведет другого. В медицине врач должен вести пациента в «танце взаимодействия». Я узнала об этом в разговоре с доктором Тессой Манойм.

## РАЗВЕ ВЫ НЕ СЛУШАЕТЕ, ЧТО ГОВОРIT ПАЦИЕНТ?

Когда я встрети­лась с Манойм, которая училась в Южной Африке на врача общей практики, она только вышла с плавания: ей удалось втиснуть это занятие в свой плотный график. Ее волосы всё ещё были влажными, потому что сушка феном заняла бы слишком много времени. Время, которое провела со мной Манойм — уважаемый член медицинского сообщества, — было для меня бесценно. Ее глаза блеснули, когда она сказала: «Отношения с пациентами — то, что

приносит мне удовольствие в работе. Само заболевание не всегда интересно, но вот люди и их жизни, семьи — другое дело». Ее пациенты остаются с ней на годы, десятилетия. Иногда она лечит два, три, даже четыре поколения одной и той же семьи.

Но даже уважаемые члены медицинского сообщества иногда болеют. Глаза Тессы перестали блестеть, когда она рассказала мне о том, как сама оказалась на месте пациента:

«Недавно я была на консультации в большом научно-клиническом центре. Какая-то девушка — я предполагаю, что она была врачом или, возможно, ординатором (она не представилась), — подошла ко мне и, даже не взглянув мне в глаза, начала собирать анамнез: она задавала конкретные вопросы, оставляя без внимания критически важную информацию. Потом подошел другой врач (который тоже не представился и даже не посмотрел на меня) и спросил: “Какой у нас здесь случай?” А девушка ответила ему: “Случай следующий...”

Поведение врачей противоречило всему, чему нас учили: пациент — это не “случай”, он — это не его заболевание. Заболевание есть заболевание, но никак не человек. Девушка ни разу не обратилась ко мне, она обращалась (и то лишь частично) к некоторым моим симптомам.

Я понимала, что впоследствии она изложит мою историю болезни неточно, не зная всей необходимой информации. Я могла бы помочь ей, но у меня просто не было шанса. Она ни разу не посмотрела мне в глаза и даже не попыталась установить хоть какой-то контакт. А ведь все начинается с элементарных хороших манер... а заходит гораздо дальше.

Когда пришел профессор, он подошел ко мне, пожал мою руку, посмотрел в глаза и спросил: “Как вы себя чувствуете?” И я ответила ему: “Я чувствую себя так, словно я не человек.

Я — это не мой диагноз. Очень важно, чтобы этих студентов научили взаимодействовать с пациентами, пока они только начинают свою карьеру»».

Позже Манойм проанализировала мои медицинские записи и высказала свое одобрение. Затем она добавила: «Всем врачам нужно делать записи и печатать на компьютере прямо во время приема. Это необходимо, чтобы не упустить важные сведения, не допустить неточностей. Но это не означает, что нужно полностью исключить зрительный контакт и взаимодействие с пациентом».

У врачей, обращающихся за медицинской помощью, точно такой же багаж знаний и социальный статус, что и у специалистов, которые эту помощь оказывают. Так что в теории врачи — это пациенты, у которых больше всего возможностей. Манойм занимала более высокую должность, чем девушка, которая ее опрашивала. Но все же вот что она сказала: «Я изначально находилась в непростом положении: она врач, у нее есть компьютер, и она задает вопросы».

Покойный доктор Пол Каланити описал похожую ситуации в своих мемуарах *When Breath Becomes Air* («Когда дыхание растворяется в воздухе»)<sup>14</sup>. Он говорил, что, когда вы оказываетесь по другую сторону баррикад, баланс сил резко смещается.

Манойм также отметила, что отсутствие межличностного контакта с врачом помешало правильно понять ее состояние. Никто не просил ее рассказать подробную историю болезни, поделиться опасениями, не спрашивал о том, как проявлялись симптомы. Врач принимал решения на основании неполных сведений.

Каждый из нас — личность, а не поставленный ему диагноз, будь то грыжа межпозвоночного диска или опухоль, а значит, нам есть что сказать. Врачи должны предлагать нам

вступить в диалог и слушать нас, если мы всё же решаемся заговорить. Чтобы врачи так поступали, их нужно этому учить — в медицинских организациях, где они работают, и даже на более ранней ступени — в университетах, где, к сожалению, таким моментам не уделяют внимания.

Доктор Виктор Монтори из клиники Мэйо в Миннесоте и его коллеги изучали визиты пациентов к врачам<sup>15</sup>. Они задавали два вопроса: первый — спрашивали ли врачи о том, что беспокоит пациентов, и второй — случалось ли, что врачи приглашали пациентов вступить в диалог, а потом перебивали. Можно было бы ожидать, что ответами на эти вопросы будут фразы «Конечно!» и «Никогда!» соответственно, но исследования, проводившиеся десятилетиями, доказали обратное.

Лишь в одной трети случаев, проанализированных Монтори и его коллегами, врачи спрашивали пациентов, что их беспокоит. А ведь этот вопрос помогает врачам понять основные причины, по которым пациент обратился за помощью<sup>16</sup>. Если пациентов никто не перебивал, им требовалось от 2 до 108 секунд, чтобы рассказать о своих проблемах. Второе число, 108, является священным в индуизме, буддизме и сикхизме. В йоге существует специальная практика — 108 приветствий солнцу. Однако при посещении врача число 108 не является священным. Врачи не ждут так долго (даже чуть меньше двух минут — это долго), чтобы выслушать проблемы своих пациентов. В двух третях тех счастливых случаев, когда врачи спрашивали, что беспокоит, они сами же перебивали пациента примерно через 11 секунд.

Монтори был свидетелем более ста визитов пациентов к врачам, и только в тринадцати случаях врачи дали возможность высказаться, не перебивая. У остальных не было шанса выразить свои сомнения по поводу лекарств, необходимости

последующего приема, на который их пригласили, и других важных моментов, которые могли вызвать ряд проблем в ходе дальнейшего лечения.

## ПОЗАБОТЬТЕСЬ О НАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, ЧТОБЫ И МЫ САМИ О НЕМ ПОЗАБОТИЛИСЬ

Мы ждем, когда наши врачи признают, что каждый из нас — личность, дадут нам высказаться, ждем их совета и одобрения. По данным Института биоэтики Джона Хопкинса Бермана, в большем числе случаев пациенты с ВИЧ придерживались режима назначенной им антиретровирусной терапии, которая предотвращает развитие СПИДа, если врачи видели в них личность<sup>17</sup>. Независимо от возраста, уровня стресса, пола или сексуальной ориентации такое отношение врачей к пациентам имело огромное значение.

Если мы чувствуем хоть толику неодобрения со стороны врача, последствия могут быть необратимыми.

Мы вместе с доктором Деборой Джонс из Университета Майами и ее коллегами обнаружили это во время беседы примерно с пятьюдесятью женщинами из Южной Флориды, страдающими ВИЧ<sup>18</sup>. Мы спросили, что для них было наиболее важно при принятии решения о беременности. Женщины перечислили следующие факторы: желание партнера завести ребенка, поддержка со стороны семьи и одобрение врача.

Женщины признались: если они чувствовали неодобрение со стороны врача или боялись, что за их словами о желании забеременеть последует отрицательная реакция, они просто не говорили врачам о своем намерении. Это очень печально, так как врачи могут прописать лекарства, которые позволят

снизить риск выкидыша, рождения недоношенного ребенка с недостаточной массой тела, с врожденными пороками развития или ВИЧ.

Если при планировании беременности ВИЧ-инфицированная женщина (и ее партнер) обсуждает ситуацию с врачом-инфекционистом, она будет знать, как правильно себя вести. В результате риск патологий развития плода и неблагоприятного исхода беременности значительно снижается<sup>19</sup>. Беременность ВИЧ-инфицированных женщин нередко влечет за собой неблагоприятные последствия: преждевременные роды, рождение ребенка с дефицитом веса, отклонение от нормы в функциональных пробах печени младенца, анемия, недостаточная для гестационного возраста масса тела, врожденные патологии, тромбоцитопения. Глядя на этот список, можно понять, что число госпитализированных в отделения интенсивной терапии среди младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, также значительно выше среднего. Женщины, которые консультируются с врачами и придерживаются предписанного им режима приема лекарств, с большой вероятностью будут давать все необходимые препараты для лечения ВИЧ и своим детям<sup>20</sup>.

Плохие взаимоотношения между врачом и пациентом могут иметь плачевные последствия далеко не только для женщин и их детей. Доктор Маня Магнус из Школы общественного здравоохранения Института Милкена при Университете Джорджа Вашингтона опросила почти пятьсот пациентов с ВИЧ в государственных медицинских учреждениях штата Луизиана<sup>21</sup>. Продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, может ничем не отличаться от продолжительности жизни здорового человека. Отсутствие лечения может привести

к развитию СПИДа, и тогда продолжительность жизни пациентов значительно сократится. Перспективы довольно мрачные... Организации сферы здравоохранения делают акцент на необходимости начинать лечение ВИЧ как можно раньше, не прерывая терапию. Но, несмотря на это, почти треть пациентов сообщили, что на время прерывали процесс лечения или же откладывали его начало более чем на год.

Принять столь опасное решение о приостановлении лечения пациентов вынуждали проблемы в межличностных отношениях с врачом. Так, пациенты чувствовали, что их лечащий врач практически не слушал их или вовсе не обращал внимания на их слова, что они подвергаются стигматизации из-за своего заболевания, или же что врачу не нравится работать с ВИЧ-инфицированными. Опять же, плохие отношения между врачом и пациентом приводят к крайне неблагоприятным последствиям: в данном случае — к перерывам в лечении, которые ухудшают общее состояние здоровья больного.

В своих примерах я затронула тему ВИЧ-инфекции, потому что неправильное лечение этого заболевания приводит к серьезным и порой необратимым последствиям. Если пациенты чувствуют, что врачи не уделяют их лечению должного внимания, есть вероятность, что они попросту перестанут следить за своим здоровьем. Отношения с врачом, лишённые понимания и поддержки, могут навредить пациенту, и точно так же доверительные отношения (в идеале сопровождающиеся вниманием врача к проблеме, его личной заинтересованностью) могут ему помочь.

Неблагоприятные последствия неидеальных отношений с врачом сопровождают не только ВИЧ-инфицированных, но и людей, страдающих многими другими заболеваниями. Одним из таких заболеваний является сахарный диабет.

Если не лечить диабет, он может привести к развитию серьезных осложнений: язв стопы, повреждений сетчатки глаза, болезней сердца, хронической почечной недостаточности и инсульта.

Исследование, в котором участвовали почти десять тысяч пациентов с сахарным диабетом из Северной Калифорнии, также показало, как сильно люди жаждут заботы о себе, а также возможности участвовать в принятии решения наряду со специалистом. Пациенты, которые поставили низкие оценки медицинским работникам за то, что те не давали им возможности участвовать в принятии решений, не понимали их проблем, возникавших в ходе лечения, а также не могли вселить в них доверие и уверенность, зачастую не придерживались предписанного им лечения<sup>22</sup>.

Таким образом, очень важно, чтобы в вашей жизни присутствовал врач, которому вы доверяете, который вовлекает вас в процесс принятия решения и прислушивается к вашим опасениям по поводу лечения (о побочных эффектах и трудностях соблюдения предписаний), говорит все необходимое четко и ясно. Врач может оказывать поддержку или вести себя бесчеловечно по отношению к вам. От отношений с врачом зависит, будете ли вы подавать судебный иск, если что-то произойдет. И наконец, ваши взаимоотношения с врачом могут стать вопросом жизни и смерти.

Неделями все эти истории о подорванном здоровье не выходили у меня из головы, и вот куда привели меня мои мысли: пациент — ослабленный взрослый человек, и потому он похож на ребенка, возможно даже на младенца, полагаясь на эмоции — первичный, доминирующий канал восприятия<sup>23</sup>. Этим и объясняются все эмоциональные заявления в благодарственных письмах, жалобах и судебных исках.



Мне нужно было продвинуться в своих размышлениях на шаг вперед и понять, почему пациенты сами вредят своему здоровью. Возможно, врач — уважаемый человек, авторитет — в каком-то смысле похож на родителя, а дети отчаянно нуждаются в одобрении родителей. Психолог Хэл Шори объяснил, что в случае проявления синдрома родительского отчуждения ребенок предпочитает верить, что с ним что-то не так и поэтому родитель ненавидит его (но это ведь можно изменить!). Для ребенка это намного лучше, чем думать, что с ним все в порядке, а родитель просто его ненавидит<sup>24</sup>. Если ребенок смог поверить в то, что с ним что-то не так, он поверит и в то, что заслуживает плохого обращения или даже смерти. Это может являться причиной, по которой пациенты, страдающие ВИЧ, сахарным диабетом или любым другим заболеванием, не заботились о своем здоровье, тем самым ухудшая свое состояние. Если довести эту интерпретацию до крайности, отказ от приема жизненно важных лекарств можно рассматривать как проявление желания умереть из-за «родительского» отчуждения. Врач в данном случае берет на себя символическую роль родителя.

## ВРАЧ № 1 В РЕЙТИНГЕ

Нельзя выбирать врача на основании благодарственных писем, жалоб или судебных исков. Это лишь необъективная выборка отзывов, которые получают врачи, и обычный человек, неспециалист, вряд ли будет детально их изучать. В поисках хорошего специалиста знающий пациент может поступить ответственно и обратиться к рейтинговому платформам, чтобы найти объективную, обоснованную оценку деятельности врачей. Представленные на этих платформах

сведения не похожи на те, что используют для оценки отелей или кроссовок. Там должны оцениваться такие аспекты, как взаимодействие врача с пациентами и уровень медицинских услуг.

Однако на рейтинговых платформах информация о профессиональной деятельности врачей зачастую остается без внимания. Куда больше затрагиваются аспекты, не связанные напрямую с предоставлением медицинских услуг, в частности межличностное общение врача с пациентами. Я узнала об этом, когда работала в сфере консалтинга: компания, в которую я устроилась, составляла рейтинг специалистов по оценкам пациентов. В рейтинговой шкале, которую разработала компания, учитывались следующие характеристики: наличие свободного времени для записи на прием, чистота кабинета, доброжелательность специалиста и другие аспекты посещения врача, с которыми сталкивается пациент. О качестве предоставляемых медицинских услуг не было ни слова. Я же придерживалась той точки зрения, что в рейтинге специалистов люди ожидают увидеть не только сведения о поведении врача в ходе общения с пациентом или об организации приема в медицинском учреждении, но и о профессиональных навыках врача.

Например, меня беспокоил тот факт, что пациенты могут отказаться от похода к врачу с рейтингом 3,5 по шкале от 1 до 5 (где оценка 1 — неудовлетворительно, а 5 — отлично), не осознавая, что он эксперт в своей области и именно поэтому к нему очень трудно попасть (что стало причиной низкой оценки по критерию доступности записи на прием) и найти парковочное место рядом с его местом работы (что еще больше снизило рейтинг специалиста).

Стандартная ли это ситуация для рейтинговых платформ? Я провела небольшое исследование и выяснила, что на этот

вопрос можно дать краткий ответ — «да». Даже рейтинги врачей на очень популярных среди американцев онлайн-платформах, например DrScore, Healthgrades и RateMDs, основывались на тех характеристиках, которые пациенты могли легко оценить сами.

К примеру, на сайте DrScore пациентам задавали такой вопрос: «На сколько баллов вы оцениваете услуги, предоставленные (введите имя врача), по шкале от 0 до 10, где 0 — наихудшая оценка медицинского обслуживания, а 10 — наивысшая оценка?» Было не совсем понятно, что входит в понятие «медицинское обслуживание» и откуда мы можем знать, какое обслуживание хуже, а какое — лучше. Пациенты могут чувствовать, что они не в состоянии дать правильную оценку предоставленным медицинским услугам. Гораздо проще оценить время ожидания приема и ремонт в кабинете врача — факторы, которые могут повлиять на наше решение, но не должны определять окончательный выбор врача.

На сайте Healthgrades пациентов спрашивали, насколько хорошо врач исполнял свои обязанности — объяснил ли суть проблемы, с которой к нему обратились, дал ли полные ответы на все вопросы — и был ли прием полезен для пациента. Также пациентов просили оценить работу персонала медицинского центра по таким критериям, как составление расписания, обстановка в офисе и доброжелательность персонала. Затем все эти оценки складывались для расчета рейтинга врача.

Кроме того, на сайт Healthgrades был добавлен отдельный раздел — биографические данные о врачах. В этом разделе содержится информация об их образовании и профессиональных переподготовках, лицензии, сертификации; указывается, на протяжении какого времени они занимаются

профессиональной деятельностью и в каком медицинском учреждении работают. Например, благодаря этой информации я узнала, что по состоянию на 2019 год врач Дадли Браун — младший практиковал 16 лет, а Антонелла Лири — 12 лет<sup>25</sup>. Это объективный, но неполный показатель врачебного опыта (неполный, так как отсутствует, например, информация о том, сколько пациентов врачи лечили, какими заболеваниями страдали их пациенты), который не позволяет точно предсказать, будет ли лечение качественным. И всё же биографические данные, представленные на сайте вместе с рейтингом, могут помочь пациентам решить, кого они хотят видеть в качестве своего врача.

На сайте RateMD попытались добавить также информацию о качестве медицинских услуг. Пациентов просили оценить знания врача — но как они могли это сделать? Пациентов также спрашивали о том, помог ли им врач. Но понятию «помощь» тоже не давалось четкого определения. Что подразумевает данный вопрос — что врач старался помочь пациенту или что он решил его проблему? Если пациенты могут по-разному интерпретировать заданный им вопрос, надежность оценки снижается.

Психометрика — это наука о создании тестов и построении процедур измерения. Эту науку я изучала, когда получила образование в области психологии. Обладая знаниями в области психометрики, я с уверенностью могла сказать, что рейтинговые шкалы, которые я описала, не валидны с точки зрения их содержания. Они не затрагивали все аспекты деятельности врача, которого можно считать хорошим. Рейтинг основывался лишь на тех аспектах, которые пациент мог легко оценить самостоятельно. При расчете оценки не учитывалось умение врача правильно поставить диагноз, его мастерство владения скальпелем или способность подобрать правильную

дозировку необходимого лекарства. Безусловно, эти аспекты для пациентов не столь осязаемы. Но без них невозможно получить полную картину. Потребители медицинских услуг могут посчитать, что рейтинги врачей в чем-то схожи с оценками на TripAdvisor или Amazon — сайтах, на которых вы можете узнать все самое необходимое об интересующем вас отеле или модели кроссовок. Но рейтинги врачей далеко не всегда учитывают профессиональные навыки врачей и поэтому зачастую вводят в заблуждение неполнотой информации.

Я начала эту главу с вопроса моей матери: «Что это вообще за врач?» Вы всегда должны задаваться этим вопросом, прежде чем позволить кому-либо выписать вам психотропный препарат, диагностировать рак или прооперировать тазобедренный сустав. На самом деле этот вопрос подразумевает под собой сразу два аспекта: профессионализм врача и его личностные качества. Оба этих фактора жизненно важны при оказании медицинской помощи.

## КАК СОЗДАТЬ ХОРОШИЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ?

Теперь мы знаем, что влияет на отношения между врачом и пациентом. Но как же сделать так, чтобы общение врача и пациента было уважительным — чтобы врач давал пациенту высказаться и смотрел на него как на личность, а не как на заболевание, которое нужно вылечить? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо понимать, как выглядят хорошие отношения. Если это понимание есть, то хорошие отношения становятся стандартом, к которому мы стремимся, определяя действенные правила построения таких отношений и проверяя их реализацию на практике.

Доктор Сэм Браун, председатель Центра гуманизации медицины критических состояний при некоммерческой организации Intermountain Healthcare, ввел так называемое «Правило званого ужина» — разработанный для врачей краткий перечень рекомендаций по уважительному отношению к пациентам<sup>26</sup>. Идея заключается в том, что врачи должны относиться к пациентам как к хозяевам званого ужина — с общепринятой вежливостью, которая не всегда кажется уместной в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Правило званого ужина включает в себя следующие рекомендации.

*Прежде чем войти в палату к пациенту, постучите или спросите разрешения.* Таким образом вы дадите пациенту возможность контролировать его личное пространство.

*Сначала обратитесь к пациенту в уважительной форме — если на английском, то мистер/миссис Фамилия, — а уже потом спросите, какое обращение тот предпочитает.* В таком случае у пациента появляется возможность контролировать происходящее, а у врача — возможность узнать что-то о личности пациента. Стоит ли называть его мистер Макналти, Томас или Том? Только сам пациент может ответить на этот вопрос.

*Обращайтесь с пациентами, находящимися в коме, так, будто они вас слышат.* Врачи должны обращаться к находящимся в коме пациентам так же, как и к любым другим: спрашивать разрешения на прикосновения, объяснять, что они делают и зачем.

Должна признать, от последнего пункта по моей коже пробежали мурашки. Но если врачи будут так обращаться с пациентами в состоянии комы, они наверняка будут вести себя так и со всеми остальными пациентами. Удивительно, но при исследовании электрической активности мозга пациентов, находящихся в вегетативном состоянии, у каждого

четвертого были зафиксированы мозговые сигналы в ответ на звучание собственного имени, которые значительно отличались от тех, что наблюдались при произнесении других имен<sup>27</sup>. Мы не можем требовать, чтобы врачи питали к нам теплые чувства. Но мы можем и должны требовать уважения к себе. Если пациент знает о «правиле званого ужина», он знает и о том, когда оно не соблюдается. Пациент всегда может потребовать от врача соблюдения этого правила, уважения своего достоинства.

Сэр Дэвид Шпигельхалтер — председатель Винтоновского центра исследований риска и доказательных коммуникаций в Статистической лаборатории Кембриджского университета, где я являюсь приглашенным исследователем. Мы сидели в Центре математических наук Кембриджского университета — в месте, символизирующем рациональность, коридоры которого выстроены в форме параболы, — когда сэр Дэвид Шпигельхалтер рассказал мне о том, что ужасно раздражало его, когда он болел раком. Он ненавидел, когда в медицинских учреждениях его называли «дорогой» или «милый» (такие обращения — не редкость в английском здравоохранении). По его мнению, врачи, обращающиеся к пациентам таким образом, инфантилизируют их, ведут себя высокомерно. Этот мужчина — один из самых умных и непритязательных людей среди всех моих знакомых, ему пришлось пройти курс лечения злокачественной опухоли, и его возмущение, вызванное обращением к нему в медицинском учреждении, еще больше подчеркивает важность правила званого ужина. Медицинские работники должны следовать этому правилу в отношении всех пациентов, независимо от того, находится человек в коматозном состоянии или в сознании.

Врачи и учреждения, в которых они работают, должны обеспечить реализацию этого и других правил взаимодействия

с пациентами, например предоставлять пациентам возможность сказать о том, что их беспокоит, — а доктора Тесса Манойм и Виктор Монтори выяснили, что такая возможность предоставляется очень нечасто. Достаточно просто задать пациенту вопрос: «Что привело вас сюда сегодня?» — и выслушать его ответ до конца. Но как это может произойти в реальности за непродолжительное время приема, значительную часть которого врач смотрит в свой компьютер?

Для решения этой проблемы к нам на помощь приходит неожиданный союзник — рейтинговые онлайн-платформы, которые я раскритиковала чуть раньше. Да, эти рейтинги не предоставляют всестороннюю оценку деятельности врачей, но этот факт компенсируется доступностью, простотой использования платформ и удобством сравнения врачей и медицинских центров с их помощью. Врачам и руководителям медицинских организаций может быть совершенно наплевать на то, что вам не нравится, когда вас называют «дорогой(ая)», но их волнуют онлайн-рейтинги, на которые ориентируются их потенциальные клиенты — те, что могут принести им доход. Деньги и рейтинги решают все, а эти самые рейтинги можно использовать в пользу пациентов.

В США существуют стандартизированные, общедоступные рейтинги степени удовлетворенности пациентов предоставленными им услугами, которые позволяют сравнивать между собой медицинские учреждения на местном, региональном и национальном уровнях. Центры услуг по программам Medicare и Medicaid\* (федеральная организация США, которая руководит работой программ страхования Medicare и Medicaid и программами детского медицинского страхования) опрашивают всех пациентов, связываются с ними через сорок восемь часов после выписки из медицинского учреждения, чтобы попросить оценить качество медицинского



обслуживания<sup>28</sup>. Этот опрос — оценка поставщиков медицинских услуг и медицинских организаций потребителями (в английском языке для обозначения этого опроса используется аббревиатура HCAHPS — Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Такое длинное название вполне оправданно: этот опрос учитывает все аспекты посещения медицинского учреждения.

HCAHPS включает такие вопросы, как оперативность работы персонала медицинского учреждения, взаимодействие врачей и медсестер с пациентами, а также информацию о состоянии выписанных пациентов и о назначаемых лекарствах — все то, о чем нам зачастую не сообщают. Кроме того, при прохождении опроса пациентов просят оценить чистоту помещений и уровень шума в медицинском учреждении. Организации здравоохранения могут получить или потерять небольшой процент от своих ежегодных выплат по программе Medicare (полмиллиона долларов или больше) в зависимости от набранного рейтинга<sup>29</sup>. Вопросы финансирования также могут стать причиной, по которой пациенты обращаются в ту или иную больницу или, наоборот, избегают ее посещения.

В 2016 году под управлением Университета здравоохранения штата Юта находились четыре больницы и десять амбулаторий в столичном округе Солт-Лейк-Сити. По результатам федеральной оценки, процентиль удовлетворенности пациентов системой здравоохранения штата Юта составил 34. Пациенты жаловались на задержки расписания записи на прием, не налаженную систему коммуникации медицинских учреждений с пациентами, непрофессионализм медперсонала и т. д.

В ответ на это Юта начала реализацию инициативы «Исключительное обслуживание пациентов», направленной на повышение удовлетворенности пациентов оказываемыми

услугами<sup>30</sup>. Введение этой инициативы ускорило процесс культурной перестройки, требовавшей огромных усилий и глубокого самоанализа со стороны людей. Благодаря этой инициативе были определены факторы, которые препятствовали предоставлению качественной медицинской помощи: 1) неумение пациентов принимать правильные решения; 2) отсутствие подотчетности; 3) несерьезное отношение к медицинским услугам; 4) отсутствие ориентации на пациента; 5) конфликт миссий (данный пункт подразумевает, что многочисленные медицинские организации преследуют разные цели).

Рассмотрим, как исследователям из Юты удалось к этому прийти.

Пациенты из штата Юта заполнили подробные опросники. Ответы на вопросы буквально выступали в качестве руководства по качественному предоставлению медицинских услуг. Все пациенты заполнили бумаги так, что в них была не только информация, касающаяся положительных или отрицательных впечатлений от полученного лечения. Они также оценивали, насколько легко дозвониться в клинику, насколько вежлив административный персонал медицинского учреждения, врачи и медсестры, — все, что беспокоило пациентов, которые хотя бы раз обращались в организации здравоохранения.

Работу врачей также оценивали по следующим критериям: ведение диалога с пациентами с целью объяснить суть проблемы, условия оказания медицинской помощи и необходимость приема лекарств, желание врача помочь пациенту в решении беспокоящих его вопросов, включение пациентов в процесс принятия решения, рекомендации по уходу по завершении лечения, использование понятного языка и количество уделенного пациенту времени. Все эти

критерии можно объединить и составить из них список с рекомендациями, имеющий большую практическую значимость, чем расплывчатое определение «хорошего лечения». Рейтинги врачей были обнародованы, что способствовало росту конкуренции, повлекшей за собой положительные результаты. Для сотрудников с низкими показателями было организовано обучение — система здравоохранения не просто выявила проблему, а выделила средства на ее решение.

Руководство системы здравоохранения штата Юта приветствовало нововведения во всевозможных формах. В кардиологических отделениях изменились часы работы и порядок составления расписания, чтобы сократить время ожидания пациентов. В отделении терапии больных нейropsychиатрического профиля была разработана специальная стратегия: «Здравствуйте, до свидания, ваше здоровье в надежных руках». Стратегия представляла собой совокупность трех действий. «Здравствуйте» — установление личного контакта с пациентом в начале приема, когда медицинский работник представляется, знакомится с пациентом. Встреча врача и пациента заканчивается «искренним прощанием», словами «до свидания». Третья часть стратегии «ваше здоровье в надежных руках» подразумевает, что врач знакомит пациента со следующим специалистом: представляет своего коллегу и уверяет пациента в том, что он человек, знающий свое дело.

Смущает ли вас, что взаимодействие врача и пациента регулируется с помощью такой стратегии? Думаю, не больше, чем тот факт, что вас лечит человек, который понятия не имеет, кто вы такой, и не хочет этого знать. В любом случае в медицине уже используются различные перечни рекомендаций, например список из девятнадцати пунктов, составленный доктором Атулом Гаванде и его коллегами, с целью обеспечения безопасности проведения хирургических вмешательств

(один из пунктов списка: «Перед выполнением разреза кожи подтвердите личность пациента, уточните область хирургического вмешательства и подробности проведения процедуры»)<sup>31</sup>. Однако множество правил и рекомендаций, которые призваны сделать процесс взаимодействия медперсонала и пациента более гуманным, до сих пор не получили широкого распространения или вовсе не были написаны.

Чтобы пересмотреть протоколы медицинских организаций, в том числе и на уровне системы здравоохранения, штату Юта потребовалось семь лет. Абсолютно все, от новичков в университете здравоохранения до знатоков в данной сфере, должны были активно участвовать в создании вышеупомянутой инициативы. Был пересмотрен процесс собеседования новых сотрудников, разработана система подбора персонала, основанная на их ценностях. Был задействован не только отдел кадров, но и отдел по работе с клиентами. Степень удовлетворенности сотрудников также возросла.

Девиз этой инициативы звучал так: «Предоставляемые медицинские услуги могут быть хороши лишь в том случае, если сам пациент их таковыми считает». Такая идея не противоречила интуитивным заключениям людей, а также была пронизана глубоким уважением к опыту пациента. Пациент обладает всеобъемлющим опытом. То же самое можно сказать и об опыте людей, оказывающих ему помощь. Я никогда не забуду охранника, который показал мне, где находится парковка медицинского учреждения, в которое я приехала, чтобы получить инвалидное кресло для своей матери после операции. Он ободряюще улыбнулся мне. После бесконечных часов, проведенных в больнице, это было мне необходимо. Всякий раз, когда я возвращалась туда, сотрудники улыбались. Это происходило не по счастливой случайности, так в организации было принято встречать посетителей.

В конце концов предложенная Университетом здравоохранения штата Юта инициатива превратилась из чего-то незначительного в образцовую модель, к которой стоит стремиться. Согласно данным из рецензированной статьи, посвященной этой инициативе, половина медицинских учреждений, находящихся под управлением Университета здравоохранения штата Юта, попали в 10% лучших среди других организаций здравоохранения в стране, а 26% учреждений вошли в 1% лучших медицинских организаций страны.

Внедрение инициативы в штате Юта сопровождалось незначительным снижением стоимости медицинского обслуживания, в других штатах стоимость медицинских услуг, наоборот, только росла. Наплыв пациентов в учреждения Юты увеличился, в связи с чем выросли и доходы. Число судебных разбирательств по поводу недобросовестного исполнения обязанностей снизилось, как и суммы страховых взносов. По результатам лечения пациентов Консорциум академических медицинских учреждений поставил систему штата Юта на первое место по качеству медицинских услуг в стране среди 118 научно-исследовательских центров. С 2014 года в рейтинг Консорциума были включены такие показатели, как смертность, безопасность, эффективность, результативность лечения, беспристрастное отношение к пациентам и многое другое. С того времени и до сих пор Юта занимает место в первой десятке.

Введение инициативы «Исключительное обслуживание пациентов» также привело к повышению удовлетворенности работой среди сотрудников. Это логично: сотрудники чувствуют себя счастливее, если работают в более благоприятных условиях, проходят обучение для повышения эффективности работы и улучшения навыков взаимодействия с пациентами, лечат людей, которые изначально не настроены негативно.