

Strokovni članek ■

## Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom in razvoj njunega odnosa

## Patient-Physician Communication and the Development of Their Relation

**Tomaž Velnar, Gorazd Bunc**

**Izvleček.** Odnos med bolnikom in zdravnikom je star toliko kot človeštvo. Od nekdaj so se ljudje zatekali k zdravilcem zaradi svojih težav in se jim zaupali. Tudi danes je komunikacija pomembna komponenta v procesu zdravljenja in vpliva na njegovo učinkovitost. Omogočiti bolniku, da so vsa vprašanja dovoljena, je bistven element dobrega in učinkovitega sodelovanja med obema udeležencema v zdravljenju. Prispevek predstavlja osnove odnosa med bolnikom in zdravnikom in kratek pregled izkušenj z zadovoljstvom bolnikov ob obisku nevrokirurške ambulate.

**Abstract.** Since the beginnings of mankind people have been seeking help from the healers and confided in them. Likewise, the patient-physician communication is nowadays an important component of patient care. An open communication between the patient and the physician has a positive influence on health outcomes and greatly affects patient's satisfaction. The paper presents some basic principles of the patient-physician relationship and our clinical experience with patient satisfaction during the visits to a neurosurgery outpatient service.

■ **Infor Med Slov:** 2013; 18(1-2): 25-31

---

Institucija avtorjev / Authors' institution: Univerzitetni klinični center Maribor.

Kontaktna oseba / Contact person: Tomaž Velnar, UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo, Ljubljanska ulica 5, SI-2000 Maribor. e-pošta / e-mail: tvelnar@hotmail.com.

Prejeto / Received: 15.12.2013. Sprejeto / Accepted: 23.12.2013.

## Uvod

Od samih začetkov človeške družbe so se ljudje zatekali k zdravilcem in nato k zdravnikom zaradi svojih fizičnih in psihičnih težav in se jim zaupali.<sup>1</sup> Lajšanje in odpravljanje težav je bilo odvisno od zdravilčevega znanja in takratnih možnosti zdravljenja. Posebej pomemben je bil medosebni odnos med udeležencema. Zdravilčeva umetnost opazovanja in sklepanja sta bila ključna, da si je pridobil bolnikovo zaupanje in odprl pot njegovim pričakovanjem in strahovom. Do današnjih dni se ta umetnost ni spremenila; odnos med bolnikom in zdravnikom je torej star toliko kot človeštvo.<sup>1,2</sup>

Komunikacija je pomembna komponenta v procesu zdravljenja.<sup>3</sup> Obojestransko razmerje med bolnikom in zdravnikom se vzpostavi, kadar se bolnik oglasi na zdravniški pregled ali prosi za nasvet o zdravljenju, diagnozo, mnenje, zdravnik pa se temu stiku odzove. Tukaj ni pomemben samo zdravniški pregled v ožjem smislu, ampak vsakršen kontakt med udeležencema. V takšnem odnosu, ki naj bi bil idealen, je bolniku zagotovljeno, da bo dobil najboljšo možno pomoč, zdravnik pa bo omogočil zdravljenje in prevzel odgovornost za predlagane ukrepe.<sup>4</sup> Da je zdravnik lahko učinkovit, si mora poleg bolnikovega zaupanja pridobiti tudi vpogled v bolnikovo perspektivo težav ali bolezni. Način komunikacije ima tukaj zelo pomembno vlogo. Znano je, da težave pri učinkovitem zdravljenju pogosto nastanejo bolj zaradi neprimerne komunikacije med udeleženci kot pa zaradi odpovedi tehničnih vidikov medicinske oskrbe.<sup>3,4</sup> Kakovostna komunikacija in ustrezen odnos med udeleženi močno vplivata na izboljšanje rezultata zdravljenja in s tem na večje zadovoljstvo bolnikov.<sup>5,6</sup>

## Kratek pregled naših izkušenj z zadovoljstvom bolnikov ob obisku v nevrokirurški ambulanti

Bolniki, ki so prišli na kontrolni pregled na nevrokirurški oddelek po lažjih posegih (operacijah zaradi kroničnega subduralnega hematoma, ledvene spinalne stenoze ali hernije medvretenčne ploščice), so bili z obravnavo na teh pregledih v veliki večini zadovoljni. Pregledani so bili na prvem ali na drugem kontrolnem pregledu v novembru in decembru leta 2008. Pregledi so bili prilagojeni vsakemu pacientu posebej glede na predhodno poškodbo oziroma operacijo, trajali pa so približno od 20 do 40 minut. Po koncu pregleda smo jim zastavili sedem vprašanj in jih prosili za mnenje o delu osebja v nevrokirurški ambulanti:

1. Kako ste zadovoljni s pregledom? (ocena od 1 do 5)
2. Kaj najbolj pogrešate pri pregledu oz. kaj vas najbolj moti?
3. Ali Vam zdravnik posveti dovolj časa za pogovor?
4. Ali se vam zdi postopek osebja dovolj vključen in takten?
5. Ali pridete na vrsto za pregled dovolj hitro?
6. Kaj bi izboljšali?
7. Kako bi vas morali obravnavati, da bi bili izjemno zadovoljni?

Skupno je bilo vprašanih 23 pacientov. Nekateri so se vprašanjem čudili, vsi pa so z veseljem sodelovali. V nadaljevanju povzemamo odgovore pacientov:

1. Ocena pregleda se je gibala od 3 do 5, najvišjo oceno je dalo 15 pacientov, šest jih je dalo oceno 4, dva pa oceno 3.

2. Pripombe na pregled je imelo 11 pacientov: sedem pacientov je najbolj motilo, da ni bilo na razpolago primerne prostora in je v oddelčno ambulantno večkrat vstopalo osebje, ki je potrebovalo medicinski material ali zdravnika, ki je opravljal pregled. Štirje pacienti so se pritožili nad predolgim čakanjem na pregled v jutranjih urah, čakali so od 15 do 30 minut. Iz skupine pacientov s pripombami je dva pacienta motilo tako čakanje kot neprimeren prostor za pregled. Ostalih 12 pacientov ni imelo pripomb.
3. Glede časa, ki ga je preiskovalec namenil pregledu, je pet pacientov menilo, da je bil prekratek. Imeli so občutek, da bi moral biti pregled daljši in bolj celovit (pacienti so tožili tudi zaradi težav, ki niso bile povezane z nevrokirurškim področjem); 18 pacientov na dolžino pregleda ni imelo pripomb.
4. Nad vljudnostjo osebja se je pritožilo devet pacientov, najbolj zaradi neprimerne prostora in prihajanja osebja v ambulantno med pregledom, zaradi jutranjega čakanja, dva pa zaradi neprimerne odnosa osebja.
5. Vsi obiskovalci so se strinjali, da so morali na pregled, operacijo in/ali kontrolno slikanje čakati predolgo. Vsi, ki so bili operirani zaradi kroničnega subduralnega hematoma, so se najbolj pritoževali nad čakanjem na kontrolno slikanje z računske tomografije.
6. Vsi pregledani pacienti so se tudi strinjali glede izboljšav: potrebno bi bilo poenostaviti postopke in skrajšati čas do prvega pregleda, kontrolnega pregleda, operacije ali slikanja. Devet pacientov iz 4. vprašanja je tožilo nad vljudnostjo osebja, pet pacientov iz 3. vprašanja pa bi želelo, da bi si zdravnik vzel več časa za pogovor in pomagal pri spremljajočih zdravstvenih težavah. Nekateri so svetovali tudi boljše ureditev prostorov, bolj tekoče delo v ambulanti in administraciji in bolj pogoste kontrolne preglede.
7. Z izboljšavami, ki so jih pacienti predlagali v odgovorih na 6. vprašanje, bi bili pri pregledu še bolj zadovoljni: na vrsto za poseg in pregled bi prišli točno ob dogovorjenem času, hitro po nastopu težav, zdravnik bi si moral vzeti več časa za pogovor, operacije ne bi smele odpadati, urejanje kontrolnega pregleda in slikovnih preiskav bi moralo potekati gladko, hitro in istega dne kot kontrolni pregled. Izjemno zadovoljni bi bili, če bi se lahko izboljšal standard na oddelku in če bi bilo osebje še bolj prijazno, šest bi jih želelo na zdraviliško zdravljenje, trije krajši delovni čas in štirje, da bi bilo najlepše, če bi jih po zdravljenju lahko popolnoma odrešili težav.

S tem kratkim vprašalnikom smo dobili hiter vpogled v predloge pacientov za izboljšave pri ambulantnih pregledih in bolnišničnih obravnavah. Dolžina vprašalnika je bila prilagojena pomanjkanju časa pri pregledih. Pacienti so radi sodelovali in imeli smo občutek, da so veljavno odgovarjali. Manj pristransko bi bilo, če vprašanj ne bi postavljali zdravniki, ki je paciente tudi pregledoval, ali pa bi bil vprašalnik izpolnjen anonimno po prejemu dokumentacije ob odhodu z oddelka in bi paciente pregledali različni zdravniki. Pomanjkanje časa je glavni dejavnik, ki preprečuje, da bi se zdravnik vsakemu pacientu posebej zadovoljivo posvetil, in je za paciente očitno najbolj moteč. Predlagamo še bolj natančno razdelitev dela na oddelku in točno naročanje na ambulantne preglede. Urediti bi morali prostore za individualne preglede, jih lepše in boljše opremiti, kar tudi vpliva na počutje bolnikova, a to žal pogosto ni izvedljivo.

## Sporočanje slabe novice

Ena od najtežjih zdravnikovih nalog, ki je neprijetna in zahteva ustrezno predhodno znanje in izkušnje ter vnaprejšnjo pripravo in ustrezen pristop, je sporočanje slabe novice bolniku ali njegovim svojcem.<sup>7</sup> Med izobraževanjem bodočih zdravnikov se še vedno premalo poudarja pomembnost te naloge, ki se jo je potrebno učiti in

jo tudi vaditi. Zdravnikova negotovost in strah pri sporočanju slabe novice lahko vodita do čustvene oddaljitve zdravnika od bolnika in poglobita bolnikov dvom v uspeh zdravljenja.<sup>8</sup> V pravilno ukrepanje sodijo:

- zdravnikova vnaprejšnja priprava, da bolniku zagotovi popolno individualnost, ima dovolj časa na razpolago, da pregleda pomembne klinične podatke, potrdi medicinska dejstva ter čustveno pripravi bolnika in sebe na srečanje;
- vzpostavitev terapevtskega odnosa, kjer identificira bolnikove preference glede predaje slabe novice;
- dobra komunikacija z določitvijo bolnikovega splošnega znanja, njegove sposobnosti razumeti sporočena dejstva in zdravstvene situacije, izogibanje medicinskemu žargonu, dovolitvijo časa za premislek, tišino in odgovoriti na zastavljena vprašanja;
- obvladati reakcijo bolnika in svojcev: odgovoriti na čustvene reakcije in se vživeti v bolnika;
- ohrabriti bolnika, ponuditi realno upanje o izhodu zdravljenja, ki temelji na bolnikovih ciljih, in razčistiti o lastnih težavah, ki iz te interakcije izhajajo.<sup>7,9,10</sup>

## Dober zdravnik, zadovoljen pacient: principi uspešne komunikacije

Za humano in uspešno srečanje z bolnikom v ambulantni ambulanti mora zdravnik natančno in pravilno prepoznati bolnikove skrbi.<sup>3,4</sup> Te so zelo različne – od strahu pred boleznijo, trajanjem in izidom zdravljenja, invalidnostjo in vplivi zdravil do odziva svojcev, spremenjenega načina življenja, ki ga lahko povzroči bolezen, zanikanja realnosti dejanskih zdravstvenih težav, strahu pred zapustitvijo doma zaradi zdravljenja in ostalih

podobnih osebnih vprašanj. Pomemben je tudi spol pacienta, njegovo kulturno ozadje, vrednote in želje. Glaven element dobrega in učinkovitega sodelovanja in s tem komunikacije med udeležencema v zdravljenju je, da imajo bolnikova vprašanja prosto pot. Zdravnik naj bo previden, da ne bo deloval kakor razsodnik ali grajal, saj takšen način takoj povzroči, da se bolnik v obrambi distancira in zapre vase. Posledica je upad kakovosti komunikacije. Bolnik lahko pridobi terapevtsko korist tudi od enostavnega obiska, kjer v varnem okolju s skrbnim zdravnikom le prevetrita glavne skrbi.<sup>11-13</sup>

Zdravnikove sugestije o reševanju težav zdravljenja, ponavljajoča se zagotovila o zdravstvenem stanju, pomiritev bolnika ter postavitev natančnega in strukturiranega plana zdravljenja so prav tako pomembni deli v zdravljenju posameznika. V nezanimljiv del bolnikovega obiska sodi tudi svetovanje o tveganem in nezdravem načinu življenja, ki prav tako zahteva dobro sposobnost komunikacije in pravilen pristop.<sup>11,14</sup> Razumevanje psihologije sprememb bolnikovega obnašanja, različne etiologije in vzpostavitev sistematičnega delovnega vzorca za ukrepanje v nujnih primerih so stopnje, ki vodijo k zagotavljanju učinkovite komunikacije med bolnikom in zdravnikom. V angleški literaturi je ta vzorec opisan kot pristop 5A v komunikaciji in zajema (1) začetno oceno zdravstvenega stanja bolnika oz. bolnikovega položaja (angl. *assess*), (2) svetovanje in predstavitev možnosti obravnave (angl. *advise*), (3) strinjanje bolnika s predstavljenimi predlogi (angl. *agree*), (4) pomoč pri celotni terapevtski obravnavi (angl. *assist*) ter (5) ureditev zdravljenja (angl. *arrange*).<sup>3</sup>

V medicini je dolgo prevladoval – in velikokrat še prevladuje – paternalistični pristop pri odločanju v zvezi z ukrepi zdravljenja. Zdravnik je odločil, bolnik pa na predlagano pristal brez besed. To obdobje se počasi končuje. Vse bolj do izraza prihajajo skupne odločitve, kjer se obe strani pogovorita o možnostih, trajanju, tveganjih in koristih terapije.<sup>4,13-15</sup> Bolnik lahko predlagane postopke sprejme ali zavrne, lahko se obrne tudi na druge zdravnike za dodatne nasvete. Vedno

večji pomen dobivajo tudi svojci in skupno odločanje z bolnikom. Bolnik ima vso pravico, da odnos s svojim zdravnikom kadarkoli prekine, če z njim ni zadovoljen in poišče pomoč pri drugem zdravniku.<sup>15,16</sup> Podobno vzajemno pravico ima tudi zdravnik. Uradni odnos se konča, ko bolnik poda obvestilo o namenu zdravnikove zamenjave ali kadar zdravnik tako želi. V tem primeru pa je zdravnik zavezan, da nadaljuje z nudenjem zdravljenja in pomoči bolniku, dokler ni uradni odnos z novim zdravnikom ponovno vzpostavljen.

Odnos med bolnikom in zdravnikom lahko izboljšamo tako, da gradimo na bolnikovem zaupanju z aktivnim vključevanjem bolnika v proces zdravljenja, ki zajema šest področij.<sup>11,14,17,18</sup> Pomembno je, da se zdravnik s svojim pacientom seznani in ga osvesti o aktivnem načinu varovanja zdravja že veliko prej, preden ta pri njem išče pomoč. To je sodelovanje pacienta v preventivni vlogi in je verjetno najbolj izrazito pri delovanju družinskih zdravnikov. Drugo področje je spodbujanje bolnikov, da v procesu zdravljenja prevzamejo aktivno vlogo. Bolnik je zdravnikov partner, ki pri zdravljenju dejavno sodeluje. Tretje področje vključuje zdravnika, ki naj bi kritično ocenil svoje domneve in dejstva o svojem in idealnem pacientu in kako bi te lahko vplivale na komunikacijo med njim in bolnikom. Sledi sprememba bolnikovega obnašanja v interakciji zdravljenja, ki je posledica procesa aktivnega sodelovanja bolnika, soodločanja in pogajanja z zdravnikom. Peto področje vključuje celoten zdravstveni sistem, ki naj bi podpiral individualno in skupinsko spodbujanje pacientov k aktivni vlogi pri zdravljenju, šesto pa dostopne in razumljive prognostične podatke, ki bi skupnost spodbujali pri sodelovanju odprave pomanjkljivosti zdravstvenega sistema.<sup>17</sup>

Dogaja se, da bolniki niso zadovoljni z obravnavo pri zdravniku ali pa obisk pri zdravniku ne pomaga pri izboljšanju zdravstvenega stanja. Takšni bolniki nato tavajo od zdravnika do zdravnika in med različnimi zdravstvenimi ustanovami, ki opravljajo preiskave brez prave znanstvene utemeljitve.<sup>18,19</sup> Zavedati se moramo, da preiskovalne metode pomagajo pri postavitvi diagnoze z usmerjanjem

zdravnika in se ne smejo uporabljati kot primarno sredstvo za diagnozo. Bolniki se nato vračajo se s kupom izvidov, ki se včasih med seboj izključujejo in z nasprotujočimi si mnenji in priporočili različnih specialistov. Bolnik in družina se s težavo znajdejo v tej množici nasvetov o zdravljenju in niso sposobni izbrati med številnimi ponujenimi možnostmi. Zdravstveno stanje se ne izboljša, upadati začne tudi zaupanje v zdravnika in s tem je vzajemni odnos dokončno okvarjen.<sup>14,16-19</sup> Številna in nekritična zdravniška mnenja bolniku ne pomagajo, v sodelovanje vnašajo le zmedo in škodijo bolnikovemu interesu. Neredko si zdravniki med seboj bolnika podajajo: en specialist priporoči pregled pri drugem in tavanju ni konca, bolezenske težave pa se ne izboljšajo. Ko se bolnik posvetuje s številnimi zdravniki, ki izsledke preiskav drug drugega ignorirajo, nihče od zdravnikov ne sprejme odgovornosti za zdravljenje in s tem neuspeha ali napake zdravljenja.<sup>20-22</sup> Predlog za izboljšanje te ovire je obojestransko dopisovanje med zdravniki različnih strok in natančno medsebojno obveščanje o nadaljnjem zdravljenju, diferencialni diagnozi, priporočenih preiskavah, načrtu za prihodnost in predvsem o tem, kaj naj bolnik stori, če bi bili predlagani ukrepi neuspešni.<sup>23</sup> Druga skrajnost je oviranje preiskav in oddaljevanje zdravnikov od bolnikov, ki imajo kronične ali terminalne bolezni.<sup>10</sup>

Tudi izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe hospitaliziranih bolnikov bi bilo mogoče s še tesnejšim sodelovanjem med zdravniki različnih oddelkov. Primer je zamenjava vlog med zdravniki kirurgi in internisti različnih specialnosti na bolnišničnih oddelkih.<sup>11</sup> Kirurgi veliko časa preživijo v operacijskih dvoranh in so v primerjavi z internisti na oddelkih krajši čas. Zato nimajo na razpolago toliko časa, ki bi ga lahko posvetili svojim pacientom na kirurških oddelkih za bolj kakovostno zdravstveno oskrbo. Pregledi in vizite so kratki, zdravijo se najnujnejše bolezni, ki bolnika kratko ročno ali srednjeročno ogrožajo. Natančna internistična oskrba pa ostaja nepopolna ali na grbi družinskim zdravnikom po odpustu pacientov iz bolnišnice. Predvsem narašča število starejših bolnikov s pridruženimi kroničnimi boleznimi in zdravstvenimi težavami, ki postajajo

vedno bolj kompleksne.<sup>24</sup> Ti pacienti potrebujejo posebno nego. Sodelovanje kirurgov in internistov, ki bi delovali na istem oddelku, vsakodnevno skupaj obiskovali bolnike na vizitah, se skupaj odločali o zdravljenju in načrtovanju odpustov in kjer bi internisti poskrbeli za večino nekirurških zapletov, bi izboljšalo kakovost zdravljenja. Dokazano je bilo, da takšno sodelovanje pri bolnikih po srčnih in žilnih operacijah in po zlomu kolka vodi h kakovostnejši obravnavi. Ta vpliva na boljšo prognozo zdravljenja z nižjo smrtnostjo, zmanjšano stopnjo oviranosti pacientov po odpustu, nižjim številom specialističnih konzultacij in z manjšim številom ponovnih sprejemov.<sup>11,23,24</sup>

Posebno pomembna je vez med bolnikom in njegovim družinskim zdravnikom. Ta je prvi, ki sopi v stik z bolnikom in svojci ob kakršnikoli težavi, spremlja bolnikovo zdravstveno stanje, svetuje in bolnika napoti naprej ter nato sodeluje s specialističnimi centri. Številni štejejo splošnega zdravnika za družinskega člana, saj se nanj lahko zanesejo in se z njim največkrat posvetujejo. Zanimanje graditve odnosa med bolnikom in zdravnikom tako najprej okvari tradicionalno vez med družino in družinskim zdravnikom.<sup>25,26</sup> Posledica tega je lahko tudi nezaupanje do ostalih zdravnikov, ki pridejo v stik z bolnikom med nadaljnjim zdravljenjem.<sup>27</sup>

## Sklep

Bolniki se vedno bolj izobražujejo in tudi drug drugemu svetujejo, naj se poučijo o bolezni in o njej vprašajo zdravnike. Tudi zdravnik lahko v najboljši skrbi za svojega pacienta kadarkoli prosi za pomoč specialista druge stroke ali svojega kolega. Navadno je komunikacija pisna, po predstavitvi relevantne medicinske dokumentacije, v nujnem primeru pa je lahko ustna. Bolnik ali svojci se morajo strinjati, da se v zdravljenje vključi nov zdravnik. Soglašati pa morajo tudi z zdravnikovimi priporočili o zdravljenju. Le kadar zdravstveno stanje zaradi življenjske ogroženosti zahteva takojšnje ukrepanje in je čakanje na soglašanje bolnika ali svojcev

dolgotrajno ali pa bolnik ni v stanju, da bi o zdravljenju sodeloval, lahko zdravnik ukrepa brez tega soglasja.<sup>15,16,23</sup>

Če bolnik dobi od svojega zdravnika vso potrebno razlago o diagnozi, naravi bolezni in zdravljenju, a je še vedno v dvomih, lahko prosi za drugo mnenje, ki ga poda drugi zdravnik specialist. V zadnjem času postaja tudi ta način obveščanja bolnikov vse bolj aktualen.

Kakšen je prenos informacij med bolnikom in zdravnikom in kako je zaključen, v veliki meri vpliva na bolnikovo zadovoljstvo in s tem na nadaljnje sodelovanje. Enostaven dostop do kakovostnih informacij in premišljenih pogovorov med bolnikom in njegovim zdravnikom je v zadnjem času v središču premikov v strategiji zdravljenja.<sup>4,13,15-17,21,23</sup>

## Literatura

1. Angeletti LR. Medical profession changes between religion, science, skill, ethics, law and economics. *Med Secoli* 1997; 9: 167-176.
2. Zuskin E, Lipozencić J, Pucarín-Cvetković J, et al. Ancient medicine – a review. *Acta Dermatovenol Croat* 2008; 16: 149-157.
3. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-1145.
4. Henry MS. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *J Med Ethics* 2006; 32: 321-323.
5. Alexander GC, Lantos JD. The doctor-patient relationship in the post-managed care era. *Am J Bioeth* 2006; 6: 29-32.
6. Rodriguez HP, Anastario MP, Frankel RM, Odigie EG, Rogers WH, von Glahn T, et al. Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *BMC Med Educ* 2008; 8: 3.
7. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1975-1978.
8. Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH. Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *J Gen Intern Med* 2006; 21: 704-710.
9. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communication with patients about medical

- errors: a review of the literature. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1690-1697.
10. Klocker JG, Klocker-Kaiser U, Schwaninger M. Truth in the relationship between cancer patient and physician. *Ann N Y Acad Sci*. 1997; 809: 56-65.
11. Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation. *Arch Intern Med* 2007; 167: 271-275.
12. Garcia R, Lima MG, Gorender M, Badaro R. The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: a case report. *Braz J Infect Dis* 2005; 9: 251-256.
13. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1753-1755.
14. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* 2007; 5: 57-65.
15. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1387-1395.
16. Blustein J. Doing what the patient orders: maintaining integrity in the doctor-patient relationship. *Bioethics* 1993; 7: 290-314.
17. Thiel de Bocanegra H, Gany F. Good provider, good patient: changing behaviors to eliminate disparities in healthcare. *Am J Manag Care* 2004; 10: 20-28.
18. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana 1995: Sekcija za splošno medicino SZD; 33-39.
19. Demšar E. Ali so bolniki zadovoljni? V: Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana 1995: Sekcija za splošno medicino SZD; 61-64.
20. Onor ML, Misan S. The clinical interview and the doctor-patient relationship in telemedicine. *Telemed J E Health* 2005; 11: 102-105.
21. Thom DH; Stanford Trust Study Physicians. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract* 2001; 50: 323-328.
22. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999; 14(Suppl 1): S34-S40.
23. Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horiz* 1997; 5: 6-14.
24. Fung CH, Setodji CM, Kung FY, Keesey J, Asch SM, Adams J, et al. The relationship between multimorbidity and patients' ratings of communication. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 788-793.
25. Street RL Jr, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008; 6: 198-205.
26. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 228-234.
27. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1387-1395.