

Janko Kersnik¹, Martin Marshall², Beat Kuenzi³, Dominique Paulus⁴, Reinhold Glehr⁵

Nesoglasje med zdravnikom in bolnikom med posvetom

Disagreement between Doctor and the Patient During the Consultation

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: zdravnik – bolnik odnosi, bolnik sodelovanje

Sporazumevanje je pomembna sestavina zdravnikovega dela. Nesoglasja, ki pri tem nastajajo, lahko močno poslabšajo kakovost dela, zato jih je treba pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati. S tem prispevkom želimo na kratko predstaviti pojem, pomen in načine reševanja nesoglasja med posvetom. Prikazan je tudi strukturiran obrazec za zbiranje in analizo nesoglasij med posvetom.

ABSTRACT

KEY WORDS: physician – patient relations, patient compliance

Communication with patients presents an important part of a physicians' work. The disagreements that appear during the consultation process, can affect quality of care. This is the reason why we have to detect the disagreements in time and react accordingly. With this paper we would like to present the definition and the impact of the disagreement on the doctor patient relationship. The ways of dealing with the disagreement are described. A brief outline of an instrument for collecting and analysing disagreements DisCo is given.

¹ Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., ZD Jesenice, ZP Kranjska Gora, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora.

² Prof. dr. Martin Marshall, dr. med., Department of General Practice, University of Manchester, Williamson Building, Oxford Rd, Manchester M13QPL, Velika Britanija.

³ Beat Kuenzi, dr. med., Zasebna ambulanta, Brunmattstrasse 63, 3007 Bern, Švica.

⁴ Prof. dr. Dominique Paulus, dr. med., University Centre of General Practice, Université Catholique de Louvain, Avenue Mounier, 53/60, 1200 Brussels, Belgija.

⁵ Reinhold Glehr, dr. med., Zasebna ambulanta, Michaeligasse 12, 8230 Hartberg, Avstrija.

UVOD

Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom je temelj vsakega posveta in eno osnovnih »orodij«, s katerimi razpolaga zdravnik. Temelj dobrega sporazumevanja je kakovost odnosa, ki se razvije med zdravnikom in bolnikom. Cilj sporazumevanja je doseči soglasje pri reševanju zdravstvenih težav bolnika, ki naj bi vodilo k izboljšanju zdravstvenega stanja bolnika (1). Nesoglasje pri tem lahko predstavlja oviro kakovostnemu delu. S tem prispevkom želimo na kratko predstaviti pojem, pomen in načine reševanja nesoglasja med posvetom.

NESOGLASJE

Nesoglasje je odkrito ali prikrito nestrinjanje z mnenjem, odločitvami in/ali ukrepanjem drugega. Pri odkritem nesoglasju smo soočeni z očitnim nasprotovanjem enega z drugim, ki se lahko kaže s spremenjenim tonom pogovora, z nasprotovanjem predlaganim odločitvam, z nesprejemanjem odločitev, z neizvajanjem predpisanega zdravljenja, z namernim zavračanjem ukrepov in z drugimi oblikami. Proti odkritemu nesoglasju se lahko borimo z ustaljenimi veččinami sporazumevanja (1, 2). Pogostejši problem je prikrito nesoglasje. Posledice prikrita nesoglasja so enake kot pri odkritem nesoglasju, le da pri prikitem nesoglasju ne vemo, da je do nesoglasja sploh prišlo, zato tudi hitreje spregledamo njegove posledice.

Nesoglasje je relativno nov pojem na področju sporazumevanja v medicini. Nekateri zanikajo njegov obstoj, drugi mu ne posvečajo posebne pozornosti. Pomemben je predvsem zaradi že omenjenih negativnih vplivov na samo sporazumevanje, sodelovanje bolnikov pri zdravljenju in s tem tudi zaradi negativnega vpliva na klinične izide.

PREGLED RAZPOLOŽLJIVE LITERATURE O NESOGLASJU

V juniju 2000 smo pregledali zbirki Medline in Embase z naslednjimi ključnimi besedami (MeSH): <physician/doctor patient relationship>, <family/general practice>, <consultation> in tekstnimi besedami <disagreement>, <discordance>. Iskanje je pokazalo 11 člankov, od katerih jih je bilo 7 vsaj deloma pomembnih

za to temo (3–9). V večini primerov so kot raziskovalno metodo uporabili vprašalnik ali intervju (3, 6–8), Arborelius je uporabil video-posnetke posvetov (4), Sweeney in Gray pa sta uporabila metodo primerov in kontrol (5). Večina omenjenih raziskav je bila narejenih v Združenih državah Amerike zaradi uvajanja planskega sistema zdravstvenega varstva (angl. *managed care*), ki predstavlja zelo soroden sistem, kot je v veljavi pri nas. Bolniki v takem sistemu izgubljajo zaupanje v zdravnika, ki mora poleg bolnikovih interesov upoštevati tudi ekonomske omejitve sistema.

Noben znan prispevek ne obravnava pogostosti nesoglasja. Nekateri zdravniki in bolniki se pogosteje znajdejo sredi nesoglasja, drugi redkeje. Nepojasnjena je povezava med osebnostjo in trenutno osebno situacijo ter pojavom nesoglasja. Nekatera nesoglasja so najbrž posledica težke situacije ali težavnih ljudi, ki vstopajo v posvet. Verjetno pa tudi nekateri bolniki in zdravniki ne morejo najti skupnega jezika ne glede na to, kako se trudijo (5).

VZROKI ZA NESOGLASJE

V posvet vstopata dve osebi, ki naj bi ga končali s skupnim načrtom in ukrepanjem. V večini primerov se to res zgodi, vedno pa tudi ne. Na to nas opozarja nezadovoljstvo bolnikov in nepričakovani slabi klinični izidi. Vzroki za nesoglasje tako tičijo v samem načinu sporazumevanja med posvetom kot tudi v določenih okoliščinah, v katerih le-ta poteka. Avtorji so odkrili nekaj možnih okoliščin, ki lahko predstavljajo vzroke za nesoglasje:

- Vpliv omejenih virov, vezanih na organizacijo dela v zdravstveni ustanovi (čakalne dobe, dolžina bolnišničnega zdravljenja, zahteve po preiskavah), daje bolnikom vtis, da zdravniki dajejo prednost omejevanju in ne bolnikom (8).
- Omejevanje dostopa do laboratorijskih preiskav, zdravil in specialističnih pregledov s strani zdravnika družinske medicine, ki v nasprotju z bolnikom meni, da niso strokovno utemeljeni (8). Npr. največji vpliv na zdravnikovo odločitev, da bodo bolniku predpisali zdravilo, ima zdravniškova predstava, kaj bolnik pričakuje od zdravnika, ki ni nujno skladna s pravim bolnikovim pričakovanjem (10).

- Zapoznala ali napačna diagnoza. Bolniki menijo, da je zdravnik ravnal napačno, česar pa zdravnik noče sprejeti ali pa meni, da je ravnal strokovno pravilno (4).
- Vznemirjenje s strani zdravnika zaradi bolnikovega načina uporabe zdravstvene službe: iskanje pomoči v dežurni ambulanti ali pri drugem zdravniku namesto pri osebnem zdravniku, obisk specialista brez napotnice, zahteve po takojšnjem pregledu brez naročanja, nepotrebni obiski, nepotrebni telefonski klici, težavni bolniki (5).

Med posebnostmi posveta, ki lahko privedejo do nesoglasja, avtorji navajajo:

- Različne poglede na vzrok in namen obiska (4, 5). To je zlasti pogost problem, ko zdravnik in bolnik ne uspesta med posvetom vzpostaviti ustreznega odnosa, da bi bolnik zdravniku lahko zaupal svoje težave. Največkrat gre za duševne motnje, ki jih je bolnik pripravljen razkriti šele proti koncu posveta (11). Npr. bolnica pride v ambulanto in razloži, da je prehlajena, se slabo počuti in ne more delati v službi. Obisk izkoristi kot povod za to, da bi zaupala svoje slabo počutje, brezvoljnost, pomanjkanje energije, tiščanje v prsih in druge znake duševne motnje, ki jo spremljajo zadnji mesec. Ker je negotova glede vzroka tega stanja in ker ji je misel na duševno bolezen neprijetna, si želi to povedati nekomu, ki mu lahko zaupa. Hitro in odločno ravnanje zdravnika, ki daje vtis, da ga je obiskala po nepotrebnem zaradi običajnega respiratornega infekta, jo lahko odvrne, da se mu odpre. Mnogi bolniki imajo o svojih težavah že določeno predstavo in gojijo glede njihovega reševanja tudi določana pričakovanja, zato je ključnega pomena, da zdravnik poizve o njih (12). Poleg začetnega poizvedovanja o bolnikovih vzrokih za obisk in pričakovanjih mora biti zdravnik pozoren na iztočnice, ki mu jih bolnik ponuja. Marsikaterega bolnika pa je treba spodbujati, da nam zaupa svoja pričakovanja, bojazni in tudi splošna vprašanja v zvezi z zdravljenjem, zapleti, stranskimi učinki zdravlil, diagnozo in napovedjo bolezni (13).

- Trmasto vztrajanje pri lastnem pogledu na rešitev problema je pogost vzrok neplodnemu sporazumevanju. Zdravnik in bolnik vidita le svoj pogled in se nista sposobna pogoditi o skupnem cilju – izboljšanju zdravstvenega stanja bolnika. Upoštevati je treba kulturne, socialne, starostne in spolne razlike bolnikov pri pričakovanjih o izbiri zdravstvenih ukrepov. Npr. zdravnik predlaga sprejem v bolnišnico, ki pa jo bolnik zavrača, ker v naslednjih dneh pričakuje poštarja s pokojnino, ki je noče zaupati sinu alkoholiku.
- Neustrezen model sporazumevanja za določenega bolnika ali za določen tip zdravstvenih težav. Neustrezne zdravniške reakcije na bolnikove izjave bolnika odvrnejo od tega, da bi zaupal svoje težave ali postavil določena vprašanja. Največkrat se to nanaša na čustveno pogojene probleme (14). Npr. bolnica v drugi polovici štiridesetih potoži o utrujenosti in slabem razpoloženju, zdravnik pa jo odpravi z maksimo, da je to povsem normalen menopavzalni pojav. Problem se morda lahko razčisti ob ponovnih obiskih, ker se težave ne umirijo.

MOŽNE POSLEDICE NESOGLASJA

Nesoglasje pušča posledice zdravniku in bolniku.

Možne posledice nesoglasja za zdravnika

Vsak zdravnik teži k čim boljšemu delu. Nesoglasja, ki jih zazna, mu zmanjšujejo zadovoljstvo z lastnim delom, povzročajo napetost in stres, zmanjšujejo zaupanje vase, motijo ustaljeni ritem dela (4, 7, 8). Vse to se odraža tudi na kakovosti dela (5), kar vzbuja več slabih občutij pri zdravniku kot pri bolniku (15).

Možne posledice nesoglasja za bolnika

Glavne posledica za bolnika so nezadovoljstvo, pritožbe in menjave zdravnika (16–18). Druga oblika posledic nerazrešenega nesoglasja je nesodelovanje pri zdravljenju (13, 19).

OBVLADOVANJE NESOGLASJA

Nesoglasje lahko preprečujemo, lahko nanj med posvetom ustrezno reagiramo ali pa ga lahko rešujemo naknadno.

Preprečevanje nesoglasja

Nesoglasje lahko preprečujemo z ustreznim sporazumevanjem, tako da bolniku namenimo dovolj časa in da uporabljamo veččine za zgodnje odkrivanje znakov nesoglasja ter odpravljanje nesoglasja med samim sporazumevanjem. O veččinah in spretnostih sporazumevanja se lahko poučimo že med študijem in tudi kasneje.

Čas, ki ga lahko namenimo bolnikom, je lahko velik problem, saj je določen predvsem s sistemom zdravstvenega varstva. Zdravnik ima kljub temu možnost bolniku dati občutek, da ima kljub časovni omejenosti zanj dovolj časa, in mu pokaže, da se je posvetil njegovim težavam.

Znake nesoglasja težko zaznamo, zato moramo pridobiti veččine, ki nam jih pomagajo odkriti (20). Te so:

- neskladnost med besednim in nebesednim sporočanjem (npr. razlika med bolnikovimi besedami in izraženim občutjem),
- kognitivna disonanca (npr. sporočila ne odražajo realnega stanja),
- nepričakovan bolnikov odpor do predlaganih rešitev (npr. nesprejemanje očitnega vzroka bolezni),
- zdravnikovo nelagodje (npr. strah pred spregledano boleznijo),
- nesodelovanje pri zdravljenju ali neuspeh zdravljenja,
- poslabšanje kronične bolezni.

Nekateri teh znakov se pokažejo med trenutnim posvetom in se moramo nanje pravočasno odzvati, nekateri znaki pa so posledica nesoglasja iz prejšnjih posvetov in jim moramo posvetiti pozornost v sedanjem posvetu.

Reakcija na nesoglasje med posvetom

Prvi korak k zgladitvi nesoglasja je, da nanj pomislimo. Kadar posumimo, da je med posvetom prišlo do nesoglasja, moramo poiskati

vzroke zanj, jih poskušati razumeti in skupaj z bolnikom poskušati najti ustrezne rešitve. Pri tem uporabimo naslednje veččine:

- Priznanje problema (nesoglasja). Bolnik in zdravnik morata priznati obstoj nesoglasja, če želita problem odpraviti.
- Iskanje vzrokov in okoliščin za nesoglasje. Zdravnik mora raziskati okoliščine in vzroke za nesoglasje ter proučiti bolnikove poglede.
- Ugotavljanje pomena nesoglasja. Zdravnik ima strokovno znanje in avtoriteto, da poizve in oceni bolnikove probleme.
- Razprava z bolnikom o možnih rešitvah. Uspešnost reševanja zapletov zaradi nesoglasij je odvisna predvsem od bolnikove pripravljenosti sodelovanja pri skupnem reševanju problema.
- Domiselna rešitev. Včasih je rešitev možna le ob vključitvi mnenja tretje osebe ali s povsem novim pristopom.

Naknadno reševanje nesoglasij

Prikrita nesoglasja predstavljajo težko dediščino v odnosu med zdravnikom in bolnikom, zato jih je treba čim prej odkriti in ustrezno zgladiti. To se lahko zgodi tudi ob naslednjih srečanjih. Kadar to ne uspe, se pri zdravniku razvije občutek, da gre za težavnega bolnika, bolnik pa lahko zamenja zdravnika, postane še zahtevnejši ali pa bolj nagnjen k iskanju vzrokov za pritožbo zoper zdravnika.

DISCO-INSTRUMENT

Delovna skupina Evropskega združenja za kakovost je za pomoč pri odkrivanju nesoglasij zasnovala obrazec, ki omogoča beleženje in spremljanje nesoglasij. Poimenovali smo ga Obrazec za zapis posveta z nesoglasjem (angl. *Disagreement/Conflict record sheet – DisCo*) (slika 1). Omogoča predvsem sistematični pristop k reševanju problemov v skupini na oddelčnih sestankih ali na krožkih kakovosti.

SKLEP

Sporazumevanje je pomembna sestavina zdravnikovega dela. Nesoglasja, ki pri tem nastajajo, lahko močno poslabšajo kakovost

Slika 1. Obrazec za zapis posveta z nesoglasjem.

DisCo – Obrazec za zapis posveta z nesoglasjem:

Zdravnik: starost _____ ☐ moški ☐ ženska
 Bolnik: starost _____ ☐ moški ☐ ženska
 Druge slučajno vpletene osebe:

Opis dogodka (največ 12 vrstic):

Tip stika: ☐ posvet v ambulanti ☐ pogovor po telefonu ☐ hišni obisk ☐ drugo ...

Teža nesoglasja:

☐ občutek neskladnosti pogledov	☐ sovražnost
☐ pojav napetosti, ki ni rešena	☐ pritožba
☐ trenje zaradi osebnih lastnosti ali sloga	☐ civilna tožba

Zaradi česa je prišlo do nesoglasja?

☐ diagnostika	☐ razlike v oceni nujnosti
☐ terapija	☐ vprašanje paliativne oskrbe vs. kurativni
☐ zahteva po receptu	☐ zapoznala ali napačna diagnoza
☐ zahteva po napotitvi	☐ neustrezna uporaba zdravstvene službe
☐ nasprotujoča si stališča, pogledi	☐ drugo _____

Kakšen je bil pogled posameznika na nesoglasje?

Bolnik:

Zdravnik:

Drugi vpleteni:

Kdaj ste ugotovili nesoglasje?

☐ pred ☐ med ☐ po posvetu ☐ drugo _____

Kako ste ugotovili nesoglasje?

Ali ste ga poskusili zgladiti?

☐ Ne Zakaj?

☐ Da Kako?

Kakšen je bil bolnikov prispevek k zgladitvi nesoglasja?

☐ nič

Njegov prispevek:

Ali se je nesoglasje uspešno zgladilo?

Vaši predlogi, da bi se takim nesoglasjem izognili ali kakšni so pogoji, da bi jih lahko zgladili?

dela, zato jih je treba pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati. Pri medsebojni pomoči pri reševanju nesoglasij si zdravniki lahko pomagamo z obrazcem, ki nam omogoča

sistematičen zapis posveta, pri katerem je prišlo do nesoglasja. To področje sporazumevanja bo treba v prihodnosti tudi poglobljeno raziskati.

LITERATURA

1. Vodopivec Jamšek V. Posvet. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ured. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. pp. 610–618.
2. Švab I, ured. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD; 1995.
3. Like R, Zyzanski SJ. Patient requests in family practice: a focal point for clinical negotiation. *Fam Pract* 1986; 3: 216–28.
4. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? *Fam Pract* 1991; 8: 3–9.
5. Sweeney KG, Gray DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *Brit J Gen Pract* 1995; 45: 133–5.
6. Annandale E, Hunt K. Accounts of disagreements with doctors. *Soc Sci Med* 1998; 46: 119–29.
7. Borkan JM. Examining American family medicine in the new world order: a study of 5 practices. *J Fam Pract* 1999; 48: 620–7.
8. Levinson et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282: 1477–83.
9. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 484–8.
10. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520–3.
11. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–6.
12. Mc Kinley RK, Middleton JF. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 796–800.
13. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246–50.
14. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 875–9.
15. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *BMJ* 1989; 299: 1015–6.
16. Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care* 1998; 36: 879–91.
17. Billinghamurst B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336–8.
18. Javetz R, Stern Z. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *J Manag Med* 1996; 10: 39–48.
19. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H, Kristopatis R. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med* 1995; 99: 590–6.
20. Quill TE. Recognising and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med* 1989; 111:51–7.

Prispelo 4. 11. 2002