



TEŽAVEN BOLNIK V DRUŽINSKI MEDICINI

UČNO GRADIVO

za 29. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednica: Eva Cedilnik-Gorup

Družinska medicina 2012, letnik 10, supplement 4

Ljubljana, oktober 2012

Družinska medicina 2012
Letnik 10
Supplement 4
Oktober 2012

TEŽAVEN BOLNIK V DRUŽINSKI MEDICINI

Učno gradivo
za 29. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednica: Eva Cedilnik-Gorup

Tehnično urejanje, oblikovanje in prelom: Zalika Klemenc-Ketiš

Recenzentki: prim. doc. dr. Davorina Petek, doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš

Izdalo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Založil: Zavod za razvoj družinske medicine

Tisk: Tiskarna Radovljica

Naklada: 300 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2012 Uporaba objavljenega gradiva dovoljena ob navedbi vira in poprejšnjem soglasju izdajatelja ali založnika.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:316.356.2(082)
614.253.83(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske medicine (29 ; 2012 ; Ljubljana)

Težavni bolnik v družinski medicini : učno gradivo za 29. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2012 / urednica Eva Cedilnik-Gorup. - Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, 2012. - (Družinska medicina ; 2012, 10. Supplement ; 4)

ISBN 978-961-6810-20-3
1. Gl. stv. nasl. 2. Gorup, Eva C.
263614208

KAZALO

| | |
|---|----|
| Abecedni seznam avtorjev | II |
| Eva Cedilnik-Gorup: <i>Učnemu gradivu na pot</i> | 1 |
| Davorina Petek: <i>Recenzija</i> | 2 |
| Zalika Klemenc-Ketiš: <i>Recenzija</i> | 3 |
| | |
| Ksenija Tušek-Bunc, Mojca Žerdin: <i>Težaven bolnik v družinski medicini</i> | 5 |
| Marija Petek-Šter: <i>Diagnoze, ki jih pripisujemo težavnim bolnikom</i> | 13 |
| Vesna Homar: <i>Težaven bolnik v dežurni službi</i> | 19 |
| Danica Rotar-Pavlič: <i>Družina zahtevnega bolnika</i> | 27 |
| Nena Kopčavar-Guček: <i>Težavni svojci</i> | 33 |
| Vlasta Vodopivec-Jamšek: <i>Obravnava težavnega bolnika v ambulanti družinske medicine: tehnike in pristopi</i> | 39 |
| Polona Selič: <i>Osnovna načela sporazumevanja s težavnim bolnikom</i> | 47 |
| Mateja Bulc: <i>Zdravnikov odziv na težavnega bolnika</i> | 57 |
| Andrej Kravos, Darinka Klančar: <i>Hišni obisk pri težavnem bolniku</i> | 65 |

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

1. Prim. doc. dr. **Mateja Bulc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva 5, 1000 Ljubljana
2. Prim. **Darinka Klančar**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
3. Asist. mag. **Andrej Kravos**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
4. Asist. **Vesna Homar**, dr. med., Zdravstveni dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale
5. Asist. mag. **Nena Kopčavar-Guček**, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana – Vič, Šelestova ulica 10, 1000 Ljubljana
6. Doc. dr. **Marija Petek-Šter**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
7. Doc. dr. **Polona Selič**, univ. dipl. psih., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
8. Prim. doc. dr. **Danica Rotar-Pavlič**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
9. Prim. asist. **Ksenija Tušek-Bunc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
10. Prim. dr. **Vlasta Vodopivec-Jamšek**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
11. **Mojca Žerdin**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor

UČNEMU GRADIVU NA POT

O težavnih bolnikih na fakulteti v glavnem nismo govorili. Seveda, govorili smo o boleznih, ki jih je težko prepoznati, ali o težavnem zdravljenju. O bolnikih, ki pridejo s celo vrsto nenavadnih, težko opredeljivih težav, ali ki z občudovanja vredno in možgane parajočo natančnostjo opisujejo bizarne simptome, pa nismo razpravljali. Prav tako smo se komaj dotaknili bolnikov, za katere kljub najboljši volji sumimo, da s svojimi težavami iščejo premoženjsko korist; nihče ni omenjal agresivnih, nevljudnih, robotih bolnikov, ki poskušajo zdravnika ustrahovati. Če pa je kakšen starejši kolega kaj takega omenil, je šlo to bolj mimo nas – bolj kot redkost, anekdotični primer (Skupaj s tihim prepričanjem, da se »meni kaj takega že ne bi moglo zgoditi«.).

Z leti človek pridobi izkušnje, dobre in tiste druge, in zdaj tudi sama te bolnike, predvsem pa svojo reakcijo nanje, dobro poznam: ko zagledam njihovo ime na listi naročenih bolnikov, je dan pokvarjen. Imela sem bolnike, zaradi katerih sem razmišljala o menjavi službe. Ko sem med zbiranjem podatkov o temi o težavnem bolniku naletela na izraz »heartsink patients«, torej bolniki, ob katerem zdravniku srce upade, sem brez dodatne razlage natanko razumela, za kaj gre.

Ti bolniki pogosto nimajo resnih bolezenskih stanj. Zelo so raznoliki in zdi se, da je njihov edini skupni imenovalac to, da v svojem zdravniku vzbudijo negativna čustva – jezo, strah, nemoč, odpor, naveličanost. Vendar nimajo vsi zdravniki enakega števila težavnih bolnikov, niti ni težavni bolnik enega zdravnika težaven za drugega zdravnika. Obstaja nevarnost, da se bomo pustili zavesti – ko bomo prilepili bolniku oznako »težaven«, ga bomo pospravili v predalček in odrinili odgovornost, ki jo pri tem nosimo kot njegov zdravnik. V tem pogledu je morda izraz »heartsink patient« boljši, ker nam ne dovoli pozabiti, da je zdravnik del negativne reakcije, ki jo bolnik vzbudi, in da izraz »težavni bolnik« nikakor ni objektivni.

Ali obstaja rešitev? Priporočila v literaturi vsebujejo številne tehnike, ki naj bi omogočile zdravnikom boljše reševanje težavnih posvetov; poleg izboljšanja sporazumevanje pa literatura navaja tudi sistemske spremembe, ki bi omogočile učinkovitejšo obravnavo teh bolnikov ter s tem olajšale zdravnikovo breme. Priporočajo pa tudi, da zdravniki sami poiščejo pomoč; ne samo z dodatnim izobraževanjem, temveč tudi s pogovorom s kolegi ali s pomočjo drugih oblik, npr. Balintove skupine.

Ta zbornik je prispevek k temu, da bi boljše razumeli tako bolnike, zaradi katerih bi najraje takoj zapustili delo v ambulanti, kakor tudi našo reakcijo nanje; pa tudi, kaj lahko storimo, da se bomo nanje odzvali z večjim razumevanjem ter našli terapevtski odnos, ki bo po eni strani za bolnika učinkovitejši, po drugi strani pa manj obremenjujoč za nas.

Urednica

RECENZIJA

Učno gradivo predstavlja zanimivo temo, ki je ni najti v klasičnih medicinskih učbenikih. Ne glede na to gre za področje, s katerim se srečujemo dovolj pogosto, da smo lahko začuden nad pomanjkanjem temeljne literature.

V uvodnem prispevku avtorici opredelita, kaj je težavni bolnik in nas opozorita, naj ne iščemo izvora težav pri bolniku ampak postavita težavnost osebe v širši okvir težavnosti odnosa med zdravnikom in bolnikom. Navedeta tudi dejavnike, ki vplivajo na njegov razvoj in podata primer iz prakse. V poglavjih, ki sledijo, so predstavljeni različni vidiki »težavnega bolnika«: problem obravnave bolnikov z medicinsko nepojasnenimi stanji, značilnosti, ki otežujejo obravnavo bolnika v dežurni službi in značilnosti hišnega obiska. Pomembno področje je vpliv družine, medosebni odnosi znotraj nje ter obnašanje družine v bolezni njenega člana. Avtorji ponujajo konkretne strategije za preprečevanje težavnih situacij. Mnoge so s področja komunikacije, ki ji je zato namenjeno tudi posebno poglavje. Značilnosti komunikacije se nadaljujejo še v značilnosti težavnega odnosa in strategije izboljševanja le-tega.

Učno gradivo je sicer namenjeno predvsem zdravniku družinske medicine, saj je vseskozi prisotna dolgotrajnost oskrbe kot ena temeljnih značilnosti naše stroke. Nedvomno pa bi koristilo tudi zdravnikom drugih strok, ki se zagotovo vsaj občasno srečujejo s podobnimi problemi. Strokovno kakovostni prispevki z ustrezno citirano literaturo so zaradi opisov primerov, ki so nekajkrat prav duhoviti, tudi zanimivo branje.

RECENZIJA

Znano je, da so nekateri ljudje težavni, ko nastopajo v vlogi partnerja pri pogovoru. To še posebej velja za bolne ljudi, ki so prestrašeni in zaskrbljeni zase ali za svoje bližnje. Tako se zdravniki, ki delamo v ambulantah družinske medicine, z zahtevnimi bolniki, za katere se zdi, da niso z ničemer, kar naredimo zanje, zadovoljni, zelo pogosto srečujemo. Prav tako pa se z njimi srečujemo v najrazličnejših situacijah, saj delo zdravnika družinske medicine lahko poteka na več lokacijah. Na težavnega bolnika lahko tako naletimo v običajnem okolju ambulante, pri zdravljenju na domu (hišnem obisku), v dežurnih ambulantah ter celo na urgentnih posredovanjih.

Obstaja več vzrokov, zakaj zdravnik nekega bolnika opredeli kot težavnega. Vemo tudi, da drugi zdravnik istega bolnika ne opredeli nujno kot težavnega. Zato obstaja tudi več tehnik, kako se spoprijeti s takšnim bolnikom, saj je najslabša možna rešitev ignoriranje nastale situacije.

Zdravniki običajno naše težave s takšnimi bolniki zaupamo kolegom zdravnikom, s katerimi smo v dobrih odnosih in za katere vemo, da naše težave ne bodo omaleževali. Včasih pa pogovor ni dovolj. Takrat potrebujemo tudi neke vrste priročnik, v katerem bi našli odgovore na naša vprašanja in dileme. Pričujoče učno gradivo predstavlja dober in sistematičen pregled spoznanj na področju prepoznavanja in spoprijemanja s težavnimi bolniki v ambulanti družinske medicine. Omenjeno področje osvetli z več vidikov, naniza razloge, zakaj zdravniki nekatere bolnike dojemamo kot težavne, opiše različne vrste situacij, v katerih se lahko kot zdravniki družinske medicine srečamo s težavnimi bolniki, ter ponudi veliko tehnik spoprijemanja z njimi.

Verjamem, da bo učno gradivo v precejšnjo pomoč zdravnikom družinske medicine, specialistom, študentom in učiteljem družinske medicine pri obravnavi in težavnih in zahtevnih bolnikov ter pri poučevanju o tej temi.

Doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš

TEŽAVEN BOLNIK V DRUŽINSKI MEDICINI



Ksenija Tušek-Bunc¹, Mojca Žerdin²

V ambulantno vstopi s precejšnjo zamudo 53-letni bolnik. Na njegovo željo je bil naročen v jutranjih urah. Sestri v svojem slogu, kot po navadi, glasno razlaga, kako da ni imel časa, da bi prišel prej, da je naročanje po njegovem mnenju popolnoma odveč, da mu preseda, da ima težave in da se ne bo pustil odgnati.

Medtem sedim v ambulanti z drugim bolnikom in seveda slišim glasne komentarje zamudnika. Veselila sem se že, da ga ne bo in prvotnemu olajšanju je sledila skrajna nelagodnost. Kljub temu, da bolnik, ki sedi ob meni v ambulanti, pripoveduje o svojih težavah, ga poslušam samo na pol. Bolj se predajam razmišljanju, ali bom neprijetnega zamudnika sprejela in ali ga bo mogoče prenaročiti. Hkrati se skušam umiriti in se sprašujem, kako bo danes vse skupaj potekalo, saj je vedno, ko pride bolnik J. T., zelo naporno. Zadnjič se je končalo z jezo na obeh straneh. Spet se vrnem k bolniku v ambulanti in se med obravnavo ostalih bolnikov silim, da ne razmišljam o težavnem bolniku, ki me ob glasnem negodovanju še čaka in vznemirja bolnike v čakalnici, ki se vsi obračajo stran, ga ignorirajo in poskušajo vzbuhati vtis, da ga ne slišijo. Ko je na vrsti, opazim, da mi srce divje razbija, začnem se potiti, usta so suha, nemirna sem, zavem se, da korakam po ambulanti. Nekako si uspem na obraz nadeti miren izraz, globoko vzdihnem in izdihnem in kot že tolikokrat doslej, nazadnje pa pred dvema dnevoma, sprejemem bolnika z nadvse prijaznim: "Gospod J. T., izvolite prosim!".

5

Bolnik je bil tudi ob tem obisku zelo zgovoren, tudi o stvareh, ki se ne tičejo zdravstvenih problemov. Na začetku je poskušal ustvariti vtis, kot da sva stara prijatelja, ki se pogovarjava za gostilniškim pultom in ne v ambulanti. Večinoma je imel (pre)glasne monologe, včasih z zelo absurdnimi razlagami svojih težav, redko me je pustil do besede. Za svoje zdravstvene težave je zahteval pomoč, čeprav je hkrati dvomil v vse predlagano. Ob tem niso izostali komentarji, da smo zdravniki preveč zaščiteni, da držimo skupaj, da ga bomo "zasrali". On že ve, kaj je narobe in ne potrebuje nobenih preiskav. Tudi če jih opravi, bodo povedale točno to, kar on že ve. Njegov obisk v ambulanti se je končal po njegovo, da bo premislil o vsem in prišel naslednjič povedati, kakšna bo njegova odločitev. Ko ga ob odhodu spomnim, da se mora naročiti in ker seveda ponovno začne naštevati njemu lastne argumente, ga opozorim, da tudi zanj veljajo ista pravila naročanja kot za ostale bolnike. Rezultat je obtoževanje in glasne žalitve vsega zdravništva povprek in na koncu ga je težko odsloviti iz ambulante. S sestro si oddahneva, pa ne za dolgo, saj ga spet slišiva pred vrati, da ima še eno vprašanje. Ko končno odide, sva obe s sestro veseli. Izmučena sem in jezna, počutim se nemočno, ker z bolnikom ne najdem skupnega jezika, komunikacija z njim vselej skrene v smeri, ki si je ne želim in je ne obvladam. Redko mi uspe ugotoviti vzrok njegovega prihoda, razen vselej prisotnih nerealnih rentnih interesov, ne uspe mi razjasniti njegovih težav, z njim ne dosežem nikakršnega soglasja, v načrt zdravljenja ga ne morem vključiti, ker ima vse proti vsem ter svoje argumente in protiargumente.

¹ Prim. asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

² Mojca Žerdin, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca, Ulica talcev 9, 2000 Maribor

Vedenjski model v bolnika usmerjenega posveta, ki naj bi bil dvosmerna komunikacija dveh udeležencev in naj bi pripeljal do zaželenega cilja – uspešnega zdravljenja ali vsaj doseganja soglasja, v primeru J. T. ne uspeva. Želela bi, da si poišče drugega zdravnika. Ugotovim, koliko preveč časa sem porabila za prazen nič in kljub temu, da se nisem pomirila, vsa razvrvana in napeta nadaljujem z delom. Medtem ko obravnavam druge bolnike, ki si zaslužijo vso mojo pozornost, se v mislih neprenehoma vračam k J. T. ...

UVOD

Študij na medicinski fakulteti mladega zdravnika pripravlja na doseganje ultimativnega cilja t.j. uspešnega reševanja medicinskih problemov in zdravljenja bolezni, slabo pa ga pripravi na realno življenje v ambulantnem okolju, kamor prihajajo bolniki, ki imajo večje število zdravstvenih težav, od katerih ima vsaka od njih svojo telesno in duševno dimenzijo (1). Posebna skupina nenapovedanih in nepričakovanih problemov so t.i. "težavni bolniki", ki presegajo zdravnikove zmožnosti oz. pri njih ne morejo najti ustreznega ukrepanja ali ustrezne poti k skupnemu zadovoljstvu. Take bolnike imajo večinoma vsi zdravniki družinske medicine bolnike, v njih vzbujajo frustracije in odpor ter negativna čustva in jih kot take zlahka uvrščajo v skupino težavnih bolnikov (1, 2). Ocenjuje se, da je prevalenca takšnih bolnikov 15 % (3, 4). Le redko se v skupino težavnih bolnikov uvršča bolnik, ki je klinično problematičen. Zdravniki po navadi izvrstno obvladujejo bolnika, ki ima hude in večje število zdravstvenih problemov, a sicer dobro sodeluje. Bolnikova težavnost je po navadi vsebina odnosa med zdravnikom in njegovimi bolniki. Bolnikove težavnosti ne gre obravnavati ločeno od zdravnikov samih, saj je odnos interakcija, ki se dotakne obeh strani, kot je to predstavljeno v zgornjem primeru. Dotika se predvsem problema sporazumevanja in je zelo redko klinične narave (1).

6

Težko je reči, kaj opredeljuje težavnega bolnika. Kot mnogo stvari v medicini se tudi težavni bolnik predstavlja v različnih preoblikah, formah in oblikah (5).

Nekaj misli zdravnikov o definiciji težavnih bolnikov je navedenih v nadaljevanju.

»To so bolniki, ki jih mi ne marajo in ki ne marajo nas.« (E. Shahady)

»To so bolniki, ob katerih večino zdravnikov zmrazi bodisi od odpora ali strahu, če bi jih morali zdraviti.« (J. E. Groves)

»To so bolniki, ki so strokovno-medicinski izziv, naporni v medosebnih odnosih, imajo bodisi psihiatrične ali kronične bolezni in so brez socialne podpore.« (Adams J., Murray R.)

»To je bolnik, ki se ne drži naših priporočil, ki je sovražno nastrojen do nas ali ima svoje ideje o bolezni in zdravljenju.« (Arena F. P.)

»To je bolnik, ki želi izvedeti vsak detajl o svoji bolezni, zdravljenju in prognozi, to so bolniki, ki prinašajo seboj listke in izpiske z interneta.« (Arena F. P.)

»To so bolniki, ki ne prevzemajo odgovornosti za svoje življenje, sprejemajo slabe odločitve in za to krivijo druge in se ne poskušajo spremeniti.« (Elder)

V veliki raziskavi je 439 sodelujočih zdravnikov družinske medicine z izpolnjevanjem anonimnega vprašalnika opisalo 1846 različnih medicinskih stanj in 1519 različnih vrst obnašanj, ki so jih opredelili kot problematične. Za večino zdravnikov je bilo najbolj problematično, da (6):

- imajo bolniki več različnih simptomov s področja različnih organskih sistemov,
- imajo bolniki nejasne in spreminjajoče se težave,
- jih vse boli,
- so odvisni in se lepijo na zdravnika,
- so pretirano zaskrbljeni ob najmanjših simptomih in znakih,
- so preveč okupirani s svojo boleznijo,
- slabo odreagirajo na običajno zdravljenje,
- je z bolniki težko komunicirati,
- pogosto obiskujejo zdravnika in pogosto koristijo zdravstvene usluge,
- so manipulativni, predrzni, nesramni in da kontrolirajo,
- imajo nerealna pričakovanja do zdravnikov,
- ob koncu obiska po navadi načnejo nov problem,
- ne upoštevajo zdravnikovih priporočil glede jemanja zdravil,
- ne upoštevajo terminov, ko so naročeni ali se sploh ne naročijo oz. ne pridejo na dogovorjeni termin,
- so samodestruktivni,
- grozijo s tožbami, sodišči, varuhi človekovih pravic, zastopniki bolnikovih pravic, mediji.

Prof. Švab je v učbeniku Družinska medicina opisal 4 glavne tipe težavnih bolnikov (1), ki so navedeni v nadaljevanju.

7

Pogosti obiskovalci so bolniki, ki obiskujejo ambulanto zaradi medicinsko neutemeljenih in nepoznanih vzrokov ali razlogov. So zelo raznovrstna skupina bolnikov, ki imajo različne razloge za svoje težave in obiske pri zdravniku. To so bolniki, ki imajo več koristi, če so bolni kot zdravi, npr.: materialne koristi pri poškodbah, bolezni kot izgovor za bolniški dopust in odsotnost od dela, izsiljevanje svoje družine ali socialnega okolja z boleznijo za doseganje pozornosti. Nekateri bolniki s pogostejšimi obiski zdravnika iščejo nadomestilo za družabne stike, npr. 75-letna bolnica prihaja v ambulanto, ker jo zanima, če lahko vzame paracetamol za lajšanje bolečin. Drugi bolniki pogosteje prihajajo, ker jih je strah, npr. bolnik, ki ima glavobole in ga je strah možganskega tumorja, zdravnik pa še ni opredelil vzroka glavobola, se bo tako dolgo oglašal v ambulanti, dokler ne bo zdravnik z negativnimi diagnostičnimi preiskavami pomiril njegov strahu. Problem predstavljajo bolniki, ki duševne težave in motnje zaznavajo kot telesne simptome, npr. bolnik hipohonder zahteva vedno nove in nove diagnostične preiskave za svoje simptome.

Agresivni in zahtevni bolniki so bolniki, ki od zdravnika kar naprej nekaj zahtevajo. Pogosto se to kaže z verbalno agresijo. Fizičnega nasilja je v ambulantah sorazmerno malo. Med take spadajo tudi bolniki, ki zahtevajo več, kot jim po zakonodaji pripada in v zdravniku sprožajo etično dilemo: narediti najboljše za bolnika ali biti zvest pravnim normam in plačniku. Npr. ko bolnik zahteva zdravilo, ki mu ga je predpisal klinični specialist, pa do njega po pravilih OZZ ni upravičen, ali, ko bolnik zahteva potrdilo o upravičeni odsotnosti z dela zaradi nemedicinskih razlogov, ko mu bolniški dopust ne pripada.

Vsevedni bolniki so tisti, ki prihajajo v ambulanto z izpisanimi informacijami iz najrazličnejših virov: interneta, nestrokovnih revij ali forumov. Lahko si že sami postavijo diagnozo in vedo, katero zdravilo potrebujejo. Informacije, ki jih imajo, so po navadi delne, iztrgane iz konteksta, zato še toliko bolj potrebujejo zdravniško pomoč in razlago, da se pomirijo in dobijo pojasnijo v zvezi z protislovnimi informacijami. Npr. bolniki, ki so v zvezi z svojimi simptomi na internetu poiskali bolezen, v kateri so prepoznali svoje težave in v zvezi s temi ugotovitvami zahtevajo zdravilo, npr. antibiotik.

Neubogljivi bolniki so bolniki, ki se ne držijo zdravnikovih navodil in si po svoje prirojijo nasvete in zdravljenje. Taki bolniki so v družinski medicini prej pravilo kot izjema in pogosto zdravniku pomaga že spoznanje, da je takšna pač realnost njegovega dela. So izziv za zdravnikov sistem vrednot, kjer je zdravje na visokem mestu. Pri teh bolnikih je lahko užitek, ki ga imajo s tveganim načinom življenja, več vreden kot zmanjšano tveganje za zaplet. Npr. astmatik, ki ne uporablja pršilnikov in prihaja v ambulanto zaradi poslabšanj astme ali dihalnih stisk, ali bolnik s KOPB, ki vztrajno kadi, ali predebel bolnik, ki se venomer pritožuje zaradi bolečin v hrbtenici in sklepih.

Groves je leta 1978 opisal 4 skupine težavnih bolnikov (7), ki so navedene v nadaljevanju.

Nenasitni odvisneži (pjavke) (Dependent clingers)

Gre za bolnike, ki imajo neustavljivo željo in potrebo po medicinski pozornosti in odvisnosti od odnosa zdravnik-bolnik. Na začetku zdravniku godi, da ga bolnik ceni in obožuje, tekom odnosa pa tak bolnik zahteva vedno več zdravnikovega časa, tudi privatnega in poskuša posegati v njegovo zasebnost.

Izterjevalci svojih pravic (Entitled demanders)

Gre za bolnike, ki imajo prav tako potrebo po medicinski pozornosti, vendar namesto oboževanja in laskanja uporabljajo zastraševanje, vzbujajo občutke krivde in poskušajo razvrednotiti zdravnika. Pogosto grozijo s tožbami.

Bolniki, ki potrebujejo simptom za doseganje svojih ciljev (Manipulative help rejecters)

So nehvaležni bolniki, ki so prepričani, da jim nihče in nič ne bo nič pomagalo. So vselej pesimistični, vendar na nek način zadovoljni. Ko en simptom izgine, poiščejo drugega.

Bolniki, ki si zatiskajo oči in se obnašajo samo-uničujoče (Self destructing deniers)

So bolniki, ki kažejo oblike samomorilnega vedenja. Včasih si zdravniki zanje celo želijo, da bi kmalu umrli. Dosti teh bolnikov je v psihiatrični obravnavi zaradi izključitve depresije. Ni nujno, da se taki bolniki zavedajo smrtnih želja.

Radley je izdelal shemo štirih glavnih tipov težavnih bolnikov. Shema ima dve glavni dimenziji (8):

- upravičeno ali neupravičeno kršenje pravil,
- zavestno in nezavedno kršenje pravil.

V sociološkem smislu je za uvrščanje bolnika v skupino težavnih bolnikov bolj pomembna njihova osebnost kot njihovi bolezenski znaki. Sprejemanje vloge bolnika torej ni tako premočrtno kot je domneval Parsons (9). Posameznik ne sprejme avtomatsko dolžnosti, ki mu jih nalaga vloga bolnika, temveč v odvisnosti od pomenov in praks, ki zajemajo zdravnike v presojah o bolniku kot posamezniku. To ne pomeni, da bo bolnik odklonil zdravljenje, če ga zdravnik ne bo sprejel z naklonjenostjo. Vendar pa lahko zdravnikov odnos do bolnika vpliva, kako zdravstveno osebje uporablja svoje klinične spretnosti v posameznem primeru.

KOLIKO BOLNIKOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE JE TEŽAVNIH?

Hahn je leta 1996 za svojo raziskavo izbral 4 zdravnike družinske medicine, ki so jih študentje medicine ocenili kot odlične. Ti zdravniki so opredelili približno 15 % svojih bolnikov kot težavnih. To so bili starejši bolniki, ženskega spola, taki s kronično ali večkratno terapijo ter taki, ki so bili pogosti obiskovalci ambulante. V raziskavi ni ugotavljal razlik med težavnimi in netežavnimi bolniki v demografskih značilnostih (9).

Opravljen je bila še ena raziskava, kjer so ugotavljali okoli 30 % prevalenco težavnih bolnikov v ambulanti družinske medicine (10).

KJE TIČIJO VZROKI ZA TEŽAVNOST BOLNIKOV?

Vzroki, zakaj nekatere bolnike opredelimo kot težavne, so lahko na različnih nivojih: na strani bolnika, zdravnika ter njunega odnosa ali pa gre za vzroke na strani zdravstvenega sistema.

Vzroki na strani bolnika so lahko zelo različni (4):

- prikrivanje občutkov strahu, krivde, nevrednosti, nekompetentnosti, sramu,
- osamljenost, socialna izolacija,
- strah pred zapuščenostjo,
- stres,
- strah za lastno varnost (doma, na ulici, v bolnišnici ...),
- zloraba v preteklosti (spolna, psihična ...),
- neorganizirano, kaotično življenje,
- predhodne slabe izkušnje z zdravstveno obravnavo,,
- racionalna potreba po zdravstvenih informacijah ali oskrbi,
- duševne bolezni.

Da imajo duševne bolezni veliko vlogo, priča raziskava, ki je pokazala, da ima kar 67 % težavnih bolnikov duševno bolezen, netežavnih bolnikov pa le 35 % (9). Med duševnimi motnjami se najpogosteje omenjajo somatoformne motnje, motnje razpoloženja (depresija, bipolarna motnja), motnje osebnosti (borderline, narcisoidna, panična ...), anksiozne motnje, zasvojenost od alkohola, prepovedanih drog, benzodiazepinov ..., psihoze.

Bolniki z motnjami razpoloženja prihajajo k zdravniku z najrazličnejšimi somatskimi težavami kot so nespečnost, bolečine v križu, glavobol, utrujenost ali pa neprenehoma iščejo medicinsko razlago za distress.

Bolniki z anksioznimi motnjami iznašajo več različnih simptomov, predvsem s strani srca in so pogosto nezadovoljni z zdravniško obravnavo ter se pritožujejo, da se ne naredi dovolj za razrešitev njihovih zdravstvenih težav.

Alkoholiki prihajajo v ambulanto z različnimi somatskimi težavami in poškodbami.

Bolniki z motnjami osebnosti so lahko ukazovalni, preveč odvisni, trmasti, samodestruktivni, odklonilni ali manipulirajoči (11).

Pri bolnikih z duševnimi motnjami je problem tudi v tem, da četudi zdravnik prepozna psihopatologijo, se bolnik ni pripravljen soočiti in zavrača diagnozo ter posledično tudi zdravljenje. Tako se velikokrat po nepotrebem izvajajo številne preiskave, da bi se pojasnili najrazličnejši nepojasnjeni simptomi.

Vzroki na strani zdravnika

Zdravniki, usmerjeni v reševanje medicinskih problemov in zdravljenje bolezni, ne razmišljajo in ne pričakujejo bolnikov, ki pogosto obiskujejo ambulante brez medicinske potrebe, bolnikov, ki se ne želijo pozdraviti, ki bijejo bitke za moč, ter bolnikov, ki se osredotočajo na stvari, ki niso povezane z zdravstvenimi problemi.

V eni izmed raziskav (2) so ugotavljali, zakaj so zdravniki srečanja z bolniki dojemali kot težavna. Zdravniki so podali naslednje odgovore:

- spopad s profesionalno identiteto,
- spopad z osebnim značajem,
- spopad s časom obravnave,
- spopad z izkušnostjo,
- spopad z zaupanjem v bolnika,
- bolnikova avtonomnost.

Ko bolnikove lastnosti trčijo ob zdravnikov značaj, lahko zdravniki začutijo, da je njihova profesionalna identiteta in osebna vrednost ogrožena, ob tem pa imajo tudi občutek, da izgubljajo kontrolo nad nastalo situacijo. Tovrstna potreba je globoko zasidrana v zdravniški kulturi in profesiji. Občutek, da stvari niso pod kontrolo, pa lahko vodi k težavnemu srečanju.

Tako zdravnik kot bolnik imata v odnosu moč, vendar na različnih nivojih. Tradicionalno je zdravnik močnejši partner. Njegova moč je v znanju, sposobnosti diagnosticiranja in zdravljenja bolezni ter kontroli pogovora. Bolniki pa izražajo svojo moč z izbiro informacije, ki jih bodo delili z zdravnikom in odločitvijo, ali bodo sodelovali pri zdravljenju. Če so bolniki zahtevni, agresivni, ukazujoči, ignorirajo dejanske probleme in niso pripravljeni prevzeti del svoje odgovornosti v procesu zdravljenja, lahko zdravniki takšno vedenje občutijo kot napad na njihovo profesionalno identiteto, ki jim daje moč. To pa lahko vodi do napačne rabe ali zlorabe moči.

Zdravniki s slabšimi socialnimi veščinami doživljajo več srečanj z bolniki kot težavne. Prav tako zdravniki, ki imajo potrebo po kontroli, ki se radi poslužujejo vrednostnih sodb, nadalje zdravniki, ki so depresivni, anksiozni, nesamozavestni, trmoglav ali so perfekcionisti doživljajo več srečanj kot težavnih (10). Močno je dojetanje bolnikov kot težavnih odvisno tudi od načina dela in časa, ki ga zdravniki porabijo za delo z bolnikom. V raziskavi so zdravniki, ki so preveč delali in bili zaradi tega pod stresom ter bolj

utrjeni, več bolnikov označili za težavne. Prav tako so manj izkušeni zdravniki srečali več težavnih bolnikov (11). Problem je tudi v odnosu zdravnika do bolnika, kadar ni vzpostavljena dobra komunikacija, ko zdravnik ne ugotovi, kaj bolnik želi, ko zdravnik ne prepozna, kako bolnik rešuje težave in ko ne razume pomena bolezni za bolnika. Različna komunikacija, vrednote, socialni in ekonomski status, kultura, pričakovanja so dejavniki, ki poleg vsega naštetega pomembno vplivajo na odnos med zdravnikom in bolnikom (12).

Zdravniki težavne bolnike pogosto dojemajo kot tiste, ki so odgovorni za svoje stanje in so zavestno sprožili svoje zdravstvene težave. Tu se cilja na kršenje zdravstvenih pravil tako v vsakdanjem življenju, kot v ambulantah ali bolnicah. Zdravniki domnevajo, da se takšni bolniki ne nameravajo odreči svojih slabih navad in odklonilnega vedenja, ki je bilo vzrok zdravstvenim problemom, in da se posledično tudi ne bodo uklonili zahtevam zdravljenja. Seveda pa takšni bolniki s svoje strani utemeljujejo in prepričujejo sebe in druge o tem, da si ne morejo pomagati, ker so bile pač okoliščine takšne in takšne. Rezultat je, da zdravniki take bolnike pogosto obravnavajo manj zavzeto in neosebno kot druge (13).

Vzroki na strani zdravstvenega sistema

Zdravniki na primarnem nivoju so v zadnjih letih pod velikim pritiskom s strani zdravstvenega sistema (Ministrstvo za zdravje, ZZZS), predvsem zaradi zahtev po znižanju stroškov zdravstvene oskrbe in večji produktivnosti. Pomanjkanje razpoložljivih finančnih sredstev na eni strani in premajhno število zdravnikov na drugi strani vodi k zahtevam po bolj racionalnemu predpisovanju zdravil in preiskav, hkrati pa večje število opredeljenih bolnikov na posameznega zdravnika vodi posledično do večjega števila pregledov in storitev. To za zdravnike v praksi pomeni naglico in manj časa za posameznega bolnika, prekinjene obiske. Hkrati se zaradi finančnih težav krčijo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar prinaša veliko nezadovoljstva med bolnike, saj je vedno več storitev in zdravil plačljivih ali pa velja za zdravila omejeno predpisovanje. Nemalokrat so zdravniki tisti, ki bolnike obveščajo in seznanjajo s temi omejitvami. Vse te spremembe potencirajo konflikte, ki nastanejo zaradi drugačnih pričakovanj na obeh straneh. Bolniki, ki gojijo velika pričakovanja in se borijo ter zahtevajo svoje pravice, postajajo zahtevni, zdravniki pa, ki pričakujejo razumevanje in potrpežljivost, ne zmorejo odgovoriti in zadovoljiti vseh potreb bolnikov. Tako se velikokrat problemi zaradi organizacije zdravstvenega sistema pretvorijo v medosebne konflikte na nivoju zdravnik-bolnik.

V času svetovne finančne krize veliko bolnikov išče pomoč pri zdravnikih zaradi socialnih indikacij, kar dodatno obremenjuje zdravnike. Hkrati se je s uvajanjem partnerskega odnosa ter aktivnega vključevanja bolnikov v skrb za zdravje, ko si bolniki vse pogosteje tudi sami poiščejo informacije o svojih boleznih ali zdravstvenem stanju, povečalo nezaupanje v zdravnika. Bolniki se velikokrat poleg drugih virov medicinskih informacij poslužujejo še alternativne oblike zdravljenja. Pojavil se je tudi strah pred tožbami ter medijsko izpostavljenostjo in gonjo, zaradi česar so zdravniki vse bolj obremenjeni in ravnavo defenzivno.

NAMESTO SKLEPA

It takes 2 to tango (za tango sta potrebna dva).

Dejstvu, da so nekateri bolniki težavni, se ni mogoče izogniti. Samo z ignoriranjem, s predajo takih bolnikov drugemu zdravniku ali s prepričevanjem bolnikov, da z njimi ni nič narobe in da njihovih težav ni mogoče rešiti, zdravniki ne bomo rešili problema – dosegli bomo le jezo in nezadovoljstvo, predvsem pa vztrajno prizadevanje bolnikov, da bi dokazali, da problem obstaja. Težavni bolniki v zdravnikih prebudijo konflikte, povezane z zdravniško vlogo, toda preden za težave okrivijo bolnika, je dobro, da najprej pogledajo vase in razmislijo, kaj lahko sami naredijo za izboljšanje stanja (1).

Odgovor, kako obravnavati in ravnati s težavnimi bolniki, pa ni nič drugega kot dobra komunikacija, lojalnost in predanost odnosu bolnik-zdravnik kar vključuje tudi pripravljenost na pičle uspehe pri obravnavi in vodenju bolnika, ki mu ni mogoče pomagati.

LITERATURA

1. Švab I. Težavni bolnik in njegov zdravnik. In: Švab I, Rotar Pavlič D, ed. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002. p.619-23.
2. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006; 19: 533-41.
3. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscom P, Russo J, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* 1991;6:241-6.
4. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment [Published correction appears in *J Gen Intern Med* 1996;11:191] *J Gen Intern Med.* 1996;11:1-8.
5. Arena F.P. Dealing with the difficult patient. *Commun Oncol.* 2005; 2: 63-4.
6. Peel J. Handling the difficult patient. (cited May 15 2012). Dosegljivo na: http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=peel+jennifer&ie=UTF-8&oe=UTF-8#hl=sl&sugexp=ckh&gs_nf=1&pq=peel%20jennifer&cp=28&gs_id=2b&xhr=t&q=peel+jennifer+handling+tthe&pf=p&client=safari&rls=en&scient=psy-ab&oq=peel+jennifer+handling+tthe+&aq=f&aqi=&aql=&gs_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=13d41419cf9e4864&biw=1280&bih=686
7. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *NEMJ.* 1978; 298: 883-7.
8. Radley A. Making sense of illness. Sage London. 1995
9. Havens LL. Taking a history from the difficult patient. *Lancet.* 1978;1:138-40.
10. Robiner W. Managing difficult patient. (cited May 15 2012). Dosegljivo na: http://www.cme.umn.edu/prod/groups/med/@pub/@med/@cme/documents/content/med_content_148533.pdf
11. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer OM. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician.* 2005; 72: 2063-8.
12. Elkin D. The difficult patient. (cited May 15 2012). Dosegljivo na: http://sfgh.medicine.ucsf.edu/education/resed/intern_half_day/pdf/difficult_patient.pdf
13. Ule M. Spre gledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Založba Aristej; 2003.

TEŽAVEN BOLNIK Z MEDICINSKO NEPOJASNJENIM STANJEM



Marija Petek-Šter¹

UVOD

Zdravnik družinske medicine se srečuje z različnimi skupinami težkih bolnikov, vendar kot težavne dojema predvsem tiste, pri katerih objektivno ni najti razlogov za njihove težave, ne pa bolnikov, ki pri katerih zdravstveno stanje zahteva večjo skrb in pogoste obiske. V skupino težavnih bolnike tako sodijo bolniki z medicinsko nepojasnjenimi stanji (MNS), predvsem tisti, kjer gre za kronično MNS.

Približno 20 % vseh obiskovalcev ambulant prihaja na posvet zaradi medicinsko nepojasnjenega stanja, vendar pa večina MNS mine brez posebnega ukrepanja, 2,5 % obiskovalcev ambulant pa ima kronično MNS, ki je opredeljena kot MNS zaradi, katerega bolnik vsaj štirikrat v letu obiše zdravnika, pogosto pa stanje traja tudi več let (1). Bolniki s kroničnim MNS predstavljajo za zdravnika družinske medicine, h kateremu se stalno vračajo, težavnega bolnika. Bolnik z MNS zahteva strikten način naročanja, več časa za pogovor, sposobnost sporazumevanja, ki je prilagojena težavnemu bolniku, pogosto zahtevajo neupravičene napotitve ter lahko predstavljajo frustracijo za zdravnika, saj je zadovoljstvo bolnikov z MNS z zdravnikom in zdravstveno oskrbo večje kot pri ostalih bolnikih (2).

13

KAJ SO MEDICINSKO NEPOJASNJENA STANJA

Medicinsko nepojasnjena stanja so slabo opredeljena klinična entiteta. Sam izraz je opisen in ne upošteva vzroka (etiologije) nastanka MNS. Za uporabo v praksi je še najbolj uporabna definicija, ki pravi, da so bolniki z MNS bolniki, ki tožijo za telesnimi simptomi, za katere se po številnih preiskavah ne najde organskega ali psihiatričnega vzroka, pri katerih so številne diagnostične/laboratorijske preiskave in pregledi kliničnih specialistov negativni, in pri katerih ne moremo priti do jasne diagnoze (3).

KDO SO OSEBE, PRI KATERIH SO MEDICINSKO NEPOJASNJENA STANJA POGOSTEJŠA

Vzroki za razvoj MNS so še neznani. Stres in določene neprepoznane psihiatrične motnje bi lahko vplivali na pojav nepojasnjenih telesnih simptomov. Med bolniki, ki iščejo pomoč pri zdravniku družinske medicine, jih ima kar dve tretjini tudi določeno stopnjo duševnih težav, ki se kažejo kot tesnoba v 25 % bolnikov, 20 % bolnikov ima somatoformne motnje, 6-10 % (po nekaterih ocenah celo do 20 %) jih je depresivnih (4).

¹ Doc. dr. Marija Petek-Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Med bolniki z duševnimi motnjami prevladujejo ženske, bolniki z nižjo šolsko izobrazbo, z nižjimi osebnimi dohodki in tisti, ki pogosteje obiskujejo svojega zdravnika. Posamezne duševne motnje se prepletajo med seboj in s telesnimi boleznimi. Duševna bolezen je lahko posledica telesne bolezni (npr. depresija ali anksioznost pri rakavih bolnikih), lahko pa je vzrok telesne bolezni (npr. sindrom iritabilnega kolona) ali pa neodvisna vzporedna bolezen. Od vseh bolnikov, ki bodo zaradi somatoformnih bolezni obiskali svojega zdravnika družinske medicine, jih bo ta spoznal kot bolnike z duševnimi motnjami le v 30-40 % (5).

Pri diagnosticiranju duševnih motenj pri bolnikih, ki tožijo za MNS, si lahko pomagamo z uporabo različnih vprašalnikov ter uporabo gradiva za bolnike. Takšna gradiva lahko bolniki ogledajo doma kot podaljšek posveta in se vrnejo na kontrolni pregled z novimi spoznanji o svojem stanju. Dobro je, če jim zdravnik ponudi možnost pogovora in izmenjave mnenj o tem, kar so prebrali. Kljub temu ostajajo zdravniku družinske medicine veščine in spretnosti sporazumevanja ključni element odkrivanja duševnih motenj.

KAKŠNE TEŽAVE NAVAJAJO BOLNIKI Z MNS

Bolniki z MNS imajo celo vrsto različnih simptomov. Najbolj pogosti simptomi, ki lahko kažejo na MNS, so utrujenost, vrtoglavica, glavobol, dispneja, omedlevica, slabost, bruhanje, dispepsija, nespečnost, bolečina v prsih, občutek nepravilnega bitja srca, prebavne težave, kronična bolečina v trebuhu, kronična bolečina v hrbtenici, kronična difuzna bolečina, dismenoreja in bolečine/težave pri spolnem odnosu. Med opredeljenimi boleznimi pa v skupino MNS prištevamo npr. sindrom iritabilnega kolona in fibromialgijo (6, 7).

14

PRISTOP K BOLNIKU Z NEZNAČILNIMI TEŽAVAMI

Odnos do bolnika, ki je spoštljiv in v bolnika usmerjen in ustrezno sporazumevanje z bolnikom z MNS, je izjemnega pomena. S pristopom do bolnika, pri katerem mu damo vedeti, da ni bolan, da si izmišljuje svoje težave oz. ga z napotitvami k različnim specialistom utrdimo v prepričanju, da je resnično bolan, izgubimo zaupanje bolnika in če v odnosu vztrajamo, le ta vodi do obojestranskega nezadovoljstva in konfliktnih situacij (8, 9).

ORGANIZACIJA OSKRBE

Za bolnika z MNS potrebujemo več časa. Ker gre za pogoste obiskovalce ambulante, je primerno, da jih striktno naročamo in tako vplivamo na število in razporedite obiskov. Obisk bo praviloma zahteval več časa, tako, da je dobro, da bolnika naročimo npr. ob koncu ambulante oz. načrtujemo dvojni termin posveta. Vedno moramo bolniku omogočiti, da nas v primeru poslabšanja stanja obišče tudi izven naročenih terminov, s čimer se izognemo nepotrebnim obiskom v dežurni službi, kjer zdravniki bolnika pogosto ne poznajo in se zgodi, da je bolnik celo pod nujno napoten na dodatno, vendar nepotrebno specialistično obravnavo (3).

SPORAZUMEVANJE

Pri sporazumevanju z bolnikom z MNS naj se zdravnik držati naslednjih priporočil (3):

- bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitve. Za to bo porabil manj časa, ko če bi ga prekinjal z usmerjevalnimi vprašanji,
- bolnika bo poslušal pozorno, spodbujal pri pripovedovanju in ne bo počel stvari, ki bi ga utegnile prekiniti pri pripovedovanju,
- ustrezno bo zastavljal vprašanja, povezana z duševnimi težavami,
- oblikovanje delovne hipoteze bo odložil, da bo "slišal" tudi težave, ki jih bo bolnik načel v zadnjem delu posveta,
- bolniku bo zastavljal predvsem primerna odprta vprašanja, na katera bolniku ne bo treba odgovarjati samo z da ali ne,
- pozoren bo na čustvene, socialne in psihične iztočnice, ki jih ponuja bolnik med posvetom,
- pozoren bo na nebesedna sporočila,
- pokazal bo razumevanje in toplino in s tem olajšal bolniku odločitev, da bi mu zaupal svoje duševne težave,
- duševno motnjo bo vključil že med diferencialne diagnoze in ne le kot izključitveno diagnozo,
- pozoren bo na dejstvo, da se duševne motnje pogosto kažejo skupaj s telesnimi boleznimi ali s telesnimi znaki in telesnimi občutji,
- ne bo se prehitro osredotočil zgolj na telesne znake in občutja,
- pri zdravljenju bo upošteval bolnikove želje. Včasih bo namreč bolnik želel samo zagotovilo, da pri njem ne gre za resno telesno bolezen.

Zdravnik se mora pri tem izogibati avtoritativnemu slogu in čustveni hladnosti. Vsak zdravnik lahko zmanjša vpliv duševnih motenj pri svojih bolnikih, tako da (5)

- odkriva njihove skrbi in bojazni (resnične in tudi napačne),
- spodbuja izpovedovanje občutij tesnobe in depresije,
- bolnike naroča na kontrole zaradi spremljanja znakov tesnobe in depresije,
- se odloči za ustrezno obravnavo bolnikovih duševnih težav samostojno ali v sodelovanju z drugimi strokovnjaki.

OBRAVNAVA BOLNIKA Z MNS

Pred tem, da bi bolnika začeli zdraviti kot bolnika, ki toži za MNS, je obvezna izključitev organskega vzroka za bolnikove težave. Potrebno je opraviti natančno anamnezo, klinični pregled ter nekaj osnovnih laboratorijskih preiskav (10). V primeru negativnih izvidov opravljenih preiskav lahko obravnavamo bolnika kot bolnika z MNS.

Eno od pomembnejših dejstev pri obravnavi bolnika z MNS je zavedanje, da bolnikov problem ni le problem v njem samem, ampak da je pomemben tudi medsebojni vpliv sistema zdravstvenega varstva in bolnika ter okolju, v katerem bolnik živi in dela. Pomembno je poznati bolnikova pričakovanja, saj šele tako lahko predlagamo za bolnika sprejemljive rešitve. Pogosto takšni bolniki nimajo velikih pričakovanj glede popolnega ozdravljenja (11). Zavedajo se, da ima medicina svoje omejitve in da ne more rešiti ravno vseh težav na tem svetu. K nam prihajajo pogosto med drugim tudi zato, da bi od nas dobili potrditev, da so prizadeti zaradi svojih težav z željo, da jim ponudimo tudi čustveno podporo in da jim ponudimo razlago, ki jih bo vsaj delno pomirila (11). V bolnika usmerjena obravnavo lahko predstavlja rešitev problema (7).

Za bolnika z MNS si moramo vzeti dovolj časa, nikakor ne smemo dajati občutka naglice. Pokazati moramo razumevanje za njegove težave in dajati občutek, da delujeva v partnerskem odnosu s skupnim ciljem rešiti nastale težave, za katere bolnik praviloma ni kriv. Pomembno je, da mu na njemu razumljiv način razložimo, da smo izključili organske vzroke njegovih težav, ter potrdimo odločitev, da dodatne preiskave oz. ponavljanje že obstoječih ne bo pomagalo k rešitvi njegovih težav. Ob dejstvu, da je pri bolnikih z MNS pogosto prisotna stresna situacija ali pa duševna motnja, je potrebno z bolnikom spregovoriti o možnem ozadju težav (stres, duševne težave) in mu ponuditi zdravljenje le-teh v obliki kognitivno-vedenjske terapije ali zdravil, kot so antidepresivi ali anksiolitiki.

Pomembno je, da na bolnikove pritiske po dodatnih preiskavah in napotitvah ne odreagiramo agresivno, ampak si spet vzamemo čas in mu poizkusimo razložiti, zakaj menimo, da to ni prava pot do rešitve njegovih težav (12).

SKLEP

Bolniki z medicinsko nepojasnenimi stanji pogosto predstavljajo težavne bolnike, saj se pogosto vračajo v ambulanto in so večkrat nezadovoljni z ukrepanjem zdravnika, saj imajo občutek, da jih zdravnik ne razume in tako ne izpolni njihovih pričakovanj. K prepoznavi in obravnavi bolnikov z MNS je potrebno pristopati sistematično, da bi dosegli največjo stopnjo zadovoljstva bolnikov in ob tem ohranili strokovno integriteto (13). Obravnavi bolnika z MNS mora zdravnik stalno tehtati; tako, da na eno stran postavlja dober odnosom z bolnikom, na drugo stran pa negativne in škodljive posledice nepotrebnih medicinskih ukrepov (14). Tri ključne točke za uspešno vodenje bolnikov, ki tožijo za MNS, so (3)

- **zaveznitvo:** občutek, da sta zdravnik in bolnik na isti strani in da skupaj skušata rešiti bolnikovo težavo,
- **razbremenitev:** sposobnost, da se bolnika odveže občutka, da je kriv zaradi svojega stanja,
- **prepričljiva razlaga:** racionalna razlaga, ki dovoljuje negotovost glede telesne in psihosocialne narave težav.

ZAHVALA

Zahvaljujem se kolegu Vojislavu Ivetiću, ki mi je z literaturo pomagal pri pripravi prispevka.

LITERATURA

1. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006; 23: 414-20.
2. Dirkwager AJE, Verhaak FM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract* 2007; 8:33.
3. Ivetić V. Medicinsko nepojasnjena stanja. *Med Razgl* 2005; 44:189-194.
4. Ivetić V. Medicinsko nepojasnjeni simptomi in sočasne bolezni. V: Kersnik J, Iljaž R. Sočasne bolezni in stanja: monografija/22. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD 2005; 261-8.
5. Kersnik J. Osnove družinske medicine, Učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM, 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta 2007.
6. Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspective of doctors and patient. *Gen Hosp Psychiat* 2000; 22: 144-52.
7. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53: 231-9.
8. Servan-Schreiber D, Randall Kolb N, Tabas G. Somatising patient: part ii. practical diagnosis. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1423-32.
9. Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *J Am Board Fam Med* 2011;24:229 –239.
10. Koch H, van der Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, Bindels PJE et al. Influence of Watchful Waiting on Satisfaction and Anxiety among Patients Seeking Care for Unexplained Complaints. *Ann Fam Med* 2009;7:112-120.
11. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein AH, Koopmans PC, Groothoff JW. Severe MUPS in a sick-listed population: a cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health* 2009; 9: 440.
12. McGorm K, Burton C, Waller D, Murray G, Sharpe M. Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. *Fam Pract* 2010; 27: 479-86.
13. Burton D, Weller D, Marsden W, Worth A, Sharpe M. A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial. *BMJ open* 2012; 2: e000513.
14. Hartman TC, Hassink-Franke J, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Well C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009; 10:68.

TEŽAVEN BOLNIK V DEŽURNI SLUŽBI



Vesna Homar¹

UVOD

V dežurni službi se delovno okolje pomembno razlikuje od dela v dobro organizirani ambulanti družinske medicine, kar vpliva na dinamiko odnosov med bolnikom in profesionalnim osebjem. Zaradi okoliščin, v katerih se je znašel bolnik, ki je poiskal pomoč v dežurni službi, je pravzaprav vsak stik potencialno težaven. Po drugi strani pa se lahko s primernim pristopom, zavedanjem bolnikove stiske (pa naj bo subjektivna ali objektivna) in profesionalno empatijo večini potencialno konfliktnih situacij izognemo ter bolnikovo težavo rešimo kar najprimerneje.

Težavnost odnosa med bolnikom in zdravstvenim osebjem navadno izvira iz treh strani: iz okolja, ki ga dežurna služba predstavlja, iz medicinskega osebja, ki je pod večjim stresom kot v rutinskem delu, in iz specifik bolnika, ki se je na urgentno službo obrnil.

Dežurna služba deluje na dveh povsem različnih deloviščih: v ambulanti in na terenu. Ambulantno delo je le v določenih točkah primerljivo s klasičnim delom v ambulanti družinske medicine, vendar obstajajo bistvene razlike: v dežurni službi načeloma obravnavamo samo akutna stanja in poslabšanja, ni naročanja, ekipa ni stalna, okolje navadno zagotavlja manj zasebnosti, tempo dela ne dopušča daljših obravnav, veliko je prekinitev (telefoni, akutnejši bolnik ...). Na terenu je situacija še toliko manj obvladljiva, saj mora ekipa delovati v neznanem okolju, zdravstveno stanje bolnikov in poškodovancev pa pogosto zahteva visoko strokovno, izjemno empatično in hkrati hitro obravnavo usklajene ekipe.

TEŽAVEN BOLNIK V AMBULANTI NUJNE MEDICINSKE POMOČI

V ambulanti nujne medicinske pomoči obstajajo objektivne ovire, ki lahko preprečijo optimalen odnos med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Zato lahko tudi sicer »netežaven« bolnik v takem okolju odreagira nepotrpežljivo, jezavo, pretirano zadržano, prepogosto išče pomoč v dežurni službi brez objektivnih razlogov in podobno. Težavno okolje je tudi za profesionalno osebje, ki jim lahko dežurna služba in potencialno urgentne situacije predstavljajo dodaten stres in občutek neobvladovanja situacije. Seveda pa so tudi sicer »težavni« bolniki lahko bolj pogosti obiskovalci dežurnih služb, kjer iščejo dodatno pomoč, drugo mnenje ipd.

V naslednjih razdelkih so izpostavljeni najpogostejši vzroki in okoliščine, ki zastrujejo odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Predstavljene so tudi nekatere možne rešitve v izogib konfliktom s težavnimi bolniki.

¹ Asist. Vesna Homar, dr. med., Zdravstveni dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale

Težave zaradi delovnega okolja

Gneča in nepredviden čakalni čas

Gnečo ob določenih urah lahko predvidimo (npr. sobota dopoldne, ko pride veliko ljudi na prevez v dežurno ambulanto), pogosto pa tudi ne. Zato je v dežurnih službah nujno potrebno uvesti triažni sistem, ki je sposoben v nekaj minutah vsakega obiskovalca triažirati po nujnosti stanja. Na bolj frekventnih urgencah po Sloveniji se je uveljavil Manchesterski triažni sistem, v manjših dežurnih službah pa lahko izkušen medicinski tehnik opravi osnovno triažo in o stanju bolnika obvesti zdravnika. Na ta način gneča postane urejena in pri medicinskem osebju ne sme vzbujati posebnega stresa, saj dobijo ogroženi bolniki takojšnjo oskrbo, pri neogroženih pa čakanje ne bo poslabšalo njihovega zdravstvenega stanja.

Neurejena klinična pot

Zelo pomembno je, da ima vsaka zdravstvena ustanova jasno urejeno in klinično pot za bolnike, ki iščejo njuno medicinsko pomoč. V zdravstvenih domovih in prehospitalnih enotah so to navadno 24-urne ambulante nujne medicinske pomoči, v zdravstvenih postajah ali zasebnih ambulantah pa mora biti v času nedelovanja ambulante na vidnih mestih in na telefonskih odzivnikih jasno označeno, kam naj se bolnik obrne po pomoč v nujnem primeru. V rednem času delovanja ambulante je zdravstveno osebje dolžno nuditi nujno medicinsko pomoč, če gre za življenja ogrožajoče stanje, ter organizirati nadaljnjo klinično pot (npr. klic reševalne ekipe, spremstvo bolnika do bolnišnice ipd.). Pošiljanje od vrat do vrat je nedopustno.

Telefoni

20 V dežurni službi je nujna takojšnja odzivnost na vse urgentne telefonske klice, posredovane prek dispečerskih služb ali direktno v dežurno ambulanto. Klic sprejme bodisi zdravnik, bodisi usposobljen medicinski tehnik, odvisno od organizacije ambulante. Vsekakor lahko telefonski klic zmoti delo, poveča stres osebja ter nezadovoljstvo bolnika, ki je že v obravnavi. Če moramo sprejeti klic v prisotnosti obravnavanega bolnika, mu to takoj povejmo. (Npr. »Oprostite, prekiniti vas moram, to je urgentni klic, ki ga moram sprejeti«.) Če se le da, se med pogovorom umaknemo v drug prostor. Če moramo zaradi nujnega klica takoj zapustiti ambulanto, se moramo obravnavanemu bolniku na kratko opravičiti in mu povedati, kdo bo pregled nadaljeval ali okvirno kdaj ga bomo lahko nadaljevali mi.

Prostor, ki ne zagotavlja zasebnosti

Pogosto je dežurna ambulanta sestavljena iz več prostorov, ki pa ne zagotavljajo zasebnosti (predelne zaveso ipd.). To je moteče tako za bolnika kot za osebje. Pomembno je, da je bolnik med telesnim pregledom ali preiskavami (npr. EKG) vsaj vidno zaščiten pred pogledi drugih bolnikov in tudi osebja, ki ni neposredno udeleženo pri pregledu.

Težave na strani medicinskega osebja

Redko izvajanje dežurne službe

Opravljanje dežurne službe lahko predstavlja velik stres za zdravnika in drugo osebje, če je posameznik ni vešč. V dežurni službi je potrebno hitro odločanje na podlagi relativno malo podatkov, potrebno je ustrezno znanje o nujnih stanjih in postopkih, večine in tudi ročne spretnosti. Vsak primanjkljaj v znanju ali samo preredka frekvenca dela v dežurni službi se odraža v povečanem stresu za celotno ekipo. Zato je pomembno, da zdravstveni delavec opravlja dežurno službo dovolj pogosto (npr. vsaj 2-krat na mesec) in da se redno izobražuje tudi na področju urgentne medicine (npr. mednarodni licenčni tečajji iz urgentne medicine – ALS, ITLS, tečaj oskrbe dihalne poti, male kirurgije ...). Pomembno je tudi ustrezno poznavanje in redno rokovanje z vsemi medicinskimi napravami, ki jih uporabljamo v dežurni službi. Vsi člani ekipe morajo biti npr. usposobljeni za rokovanje z monitorjem za nadzor življenjskih funkcij in za uporabo defibrilatorja.

Neuigrana ekipa

V dežurni službi pogosto ekipe niso stalne – razpisani zdravnik, medicinski tehnik ter reševalec sicer ne delajo na istem delovišču. To se lahko kaže v pomanjkljivem odnosu med njimi in v neusklajenem ravnanju z bolnikom. Vendar je v našem sistemu tako, da je vodja ekipe zdravnik, ki je za varnost in delovanje ekipe tudi odgovoren. Zato mora delo organizirati tako, da so člani ekipe optimalno zaposleni, sam pa mora ohraniti nadzor in vodenje dela. Za uigrano ekipo so zelo pomembni pristni medosebni odnosi na delovnem mestu ter skupna izobraževanja, zato da vsak član ekipe ve, kaj je njegova vloga. Z uigranostjo ekipe se bistveno zmanjša stres na delovnem mestu, rezultati dela pa so neprimerno boljši od kaotičnega soliranja vsakega posameznika.

Nepoznavanje bolnika

Za zdravnika družinske medicine, ki le občasno opravlja dežurno službo, lahko nepoznavanje bolnika in njegovega zdravstvenega in socialnega ozadja predstavlja pomembno oviro pri odločanju. Pomembno se je zavedati, da v urgentni službi rešujemo le akutne težave in poslabšanja. Za dalj časa trajajoče težave in kontrolne preglede bolnika usmerimo k izbranemu zdravniku, ki bo lahko bolniku bistveno bolj pomagal. S tem tudi krepimo zaupanje med bolnikom in izbranim zdravnikom. Prav bi bilo, da bi vsak bolnik, ki je obiskal dežurno službo, o svojem obisku obvestil izbranega zdravnika.

Težave na strani bolnika

Jezav ali nezadovoljen bolnik

V dežurni službi je pogosto problem, da bolnik zaradi svoje stiske in neugodnih razmer v ambulanto stopi negativno razpoložen. Z dobro tehniko komunikacije lahko v večini primerov napetost hitro zmanjšamo. Tehnike, ki zmanjšujejo napetost med bolnikom in osebjem, so enake kot v ambulanti družinske medicine: pustimo mu govoriti, ne povzdiguje glas, poimenujemo njegova čustva, izrazimo empatijo itd. Pomembno pa je, da jasno definiramo zdravstveni problem in ga tudi strokovno rešimo v okviru potreb in možnosti.

Iskalec drugega mnenja

Neredko obiskovalci dežurno službo izkoristijo za iskanje drugega mnenja. (»Moj zdravnik je rekel, da je to išijaz, ampak mene drugače boli kot soseda ...«) V teh primerih obstaja osnovno nezaupanje med bolnikom in njegovim izbranim zdravnikom. Zdravnik v dežurni službi največ naredi s tem, če podpre mnenje svojega kolega (če je to ševeda strokovno utemeljeno), saj s tem poveča bolnikovo zaupanje v celoten sistem. Če ima drugačno mnenje, mora to bolniku taktno razložiti in argumentirati ter ga s pisnim izvidom ponovno napotiti k izbranemu zdravniku. Izjave v smislu »Kaj je pa vaš dohtar mislil ...« so skrajno neprofesionalne in nedopustne.

Prepogost obiskovalec

Vsaka dežurna ambulanta ima t.i. »stalne stranke«. To so ljudje, ki se obračajo na dežurno službo nesorazmerno pogosto in navadno brez objektivno »urgentnega« razloga. Razlogi za to početje so zelo različni: anksioznost in duševne motnje, nezaupanje do izbranega zdravnika, klic na pomoč zaradi neurejenih socialnih razmer, zavestno zlorabljanje dežurne službe. Frekvenca obiskov se bo zmanjšala le, če bomo problem reševali vzročno, kar pa je le redko v domeni dežurne službe, zato bolnika napotimo k izbranemu zdravniku. V mnogih primerih je težava rešljiva z enotnim pristopom vseh ekip v dežurni službi v dogovoru z izbranim zdravnikom (npr. bolnik se obrača na dežurno službo za predpis benzodiazepinov), v nekaterih primerih, zlasti ob namerni zlorabi dežurne službe, pa smo nemočni. V primeru evidentnih zlorab (npr. aktivacija dežurne ekipe prek 112 na mesto dogodka, kjer potem ni nikogar) smo dogodek dolžni prijaviti policiji.

Bolnik, ki sicer nima časa

22 To so bolniki, ki obišejo urgentno službo v soboto, ker med tednom nimajo časa ali ne sprejmejo sistema naročanja. Pogosto zaradi tega razloga starši pripeljejo v dežurno službo svoje otroke. Dejstvo je, da brez pregleda skoraj nobenega bolnika ne moremo zavrniti, ne da bi tvegali resne napake, zato so naše dežurne ambulante polne nenujnih pregledov. Po drugi strani gre za zlorabo dežurne službe, če se bolnik zaveda, da je pregled nujen. Možna rešitev za manjšo obremenjenost dežurnih služb bi bil plačljiv pregled v nenujnem primeru, kar pa se v praksi pri nas žal še ni uveljavilo. Marsikdaj pa zaleže, če bolnikov izbrani zdravnik kasneje bolniku razloži, da je bil obisk v dežurni službi nepotreben. »Vzgajanje« v dežurni službi navadno ne pomaga in potencira konflikt.

Bolnik, ki pride po določena zdravila na urgenco

Nekateri bolniki pridejo v dežurno službo z zelo jasnim namenom, da bodo dobili točno določeno zdravilo. Najpogosteje gre bodisi za antibiotike, bodisi za odvisnostna zdravila. Pri antibiotikah ne bi smelo biti nobenega dvoma: predpisujejo se v skladu s strokovnimi smernicami in glede na dejansko klinično stanje bolnika. Pri odvisnostnih zdravilih (benzodiazepini, opiodi) pa je včasih manj jasno, saj lahko bolnik disimulira težave, ki bi opravile predpis teh zdravil. Zdravnik bi moral postati pozoren, če bolnik od njega zahteva točno določeno zdravilo (npr. »Meni pomaga samo Tramal«, »Izgubil sem recept za Dormikum in ne morem zaspati«, »Zmanjkalo mi je Akinetona« ipd.). Vsaka dežurna služba in vsak zdravnik si lahko postavi svoja pravila, vendar se v praksi najbolj obnese, če imajo vsi zdravniki v dežurni službi enotna pravila za ravnanje.

Primeri:

- znanim odvisnikom od drog se v dežurni službi ne predpiše nobenega odvisnostnega zdravila,
- če zdravnik bolnika ne pozna, a mu je sumljiv, mu predpiše največ en odmerek odvisnostnega zdravila v parenteralni obliki ali v tableti, ki jo bolnik zaužije v ambulanti,
- predpisovanje belih receptov za odvisnostna zdravila ni dopustno,
- če zdravnik presodi, da bolnik upravičeno potrebuje potencialno odvisnostno zdravilo (morfinski preparati za bolečino, benzodiazepini pri anksioznosti), mu ga predpiše v skladu s smernicami, vendar v najmanjši embalaži ter mu naroči obisk pri izbranem zdravniku.

Težaven bolnik na terenu

Delo na terenu zahteva povsem drugačen pristop pri komunikaciji z bolniki. Naj gre za nujen hišni obisk v okviru dežurne službe ali za intervencijo nujne medicinske pomoči, se zdravstveno osebje znajde v okolju, ki ga ne more imeti povsem pod nadzorom. Bolniki, ki so klicali na pomoč, se v vsakem primeru čutijo hudo prizadete, zdravstveno osebje pa kljub še tako natančni komunikaciji po telefonu nikoli ne ve, kaj točno jih čaka. Izjemno pomembno pa se je zavedati, da so ljudje, ki so hudo bolni ali poškodovani, v spremenjenem stanju zavesti, zato čustvene odzive profesionalnega osebja zaznavajo mnogo bolj intenzivno. Besede, izrečene ob neodzivnem bolniku, imajo lahko dolgoročen vpliv na potek in izid zdravljenja. Če se zdravstveno osebje tega zaveda, lahko s svojim odnosom do bolnikov in poškodovancev zmanjša napetost v dani situaciji in dolgoročno izboljša izid zdravljenja bolnika.

V naslednjih razdelkih so predstavljeni najpomembnejši dejavniki okolja, stresorji za medicinsko osebje in posebne okoliščine pri bolniku oz. poškodovancu, ki lahko vplivajo na oteženo komunikacijo.

Težave zaradi delovnega okolja

Dežurne ekipe na terenu se znajdejo v najbolj ekstremnih delovnih okoliščinah: mraz, vročina, vlaga, hrup, smrad, umazanija, slaba vidljivost, nevarnosti (ceste, gradbišča, hribi, jame, voda, elektrika, biološka kontaminiranost), sovražno okolje (pretepi, orožje, grožnje, talci) in drugo. V vseh teh okoljih se od ekipe nujne medicinske pomoči pričakuje, da bo delovala zbrano, umirjeno, konstruktivno in strokovno neoporečno. Vendar je na prvem mestu varnost ekipe in zdravnik kot vodja intervencije je dolžen zagotoviti pristop na mesto dogodka samo, če je to varno za celotno ekipo. Na nujni intervenciji je potrebno kakovostno opraviti svoje delo, ne pa igrati herojstva. Zdravnik je dolžen od ekipe zahtevati, naj nosi ustrezna zaščitna sredstva. V primeru kompleksnih intervencij, kjer je potrebno sodelovanje drugih služb (policija, gasilci, gorska reševalna služba, civilna zaščita ...), pa se zdravnik za strategijo dostopa dogovori z ostalimi vodji služb. Primeri: pri požarih in kemičnih nesrečah gasilci izvlečejo poškodovance iz t.i. rdeče cone; kadarkoli je na mestu dogodka možno nasilje, se intervencija začne šele ob prihodu policije; na prometnih nesrečah vedno zahtevajmo zaporo ceste in zaščito delovnega prostora s strani policije, gasilcev ali cestnih služb. Le tako bomo lahko kakovostno in varno opravili svoje delo v prid bolnika ali poškodovanca.

Težave na strani medicinskega osebja

Težave, ki izvirajo iz preredkega dežuranja, neuigranosti ekipe in nepoznavanja bolnika so enake kot pri delu v dežurni ambulanti, se pa lahko zaradi zaostrenih razmer na terenu še potencirajo. Na terenu je še toliko bolj pomembno, da zdravnik prevzame vlogo vodje ekipe, kar pomeni, da mora hkrati izvajati svoje ekspertno delo in koordinirati ekipo navznoter in z drugimi službami. Pri tem so izjemno pomembne zdravnikove komunikacijske sposobnosti, sposobnost hitrega odločanja, sposobnost delegiranja dela in predhodne izkušnje. Najpomembnejše pa je zaupanje med člani ekipe in medsebojno spoštovanje: reševalec in medicinski tehnik morata zaupati odločitvam zdravnika, zdravnik pa mora zaupati, da bo delegirano delo kakovostno opravljeno. Le tako se bo zdravnik lahko posvetil svojemu delu (komunikacija z bolnikom in svojci, pregled, odločanje o ukrepih, komunikacija z drugimi službami, predaja bolnika v bolnišnici).

Na terenu ni prostora za »soliranje«. Šibko točko enega člana ekipe morajo pokriti drugi člani, pa naj bo to komunikacijska nerodnost, nepoznavanje terena ali neveščče rokovanje s tehničnimi pripomočki. Zelo pomembno je, da se po vsaki težji intervenciji ekipa pogovori o vseh pozitivnih in negativnih aspektih intervencije, saj se s tem razbremeni čustvena napetost in se lahko konstruktivno načrtuje izboljšave za prihodnje primere.

Težave na strani bolnika ali poškodovanca

Na težavne bolnike, ki prepogosto in iz objektivno neurgentnih razlogov aktivirajo dežurno službo ali celo zavestno zlorabijo nujno intervencijo, naletimo tudi na terenu. Nekoliko težje je obdržati profesionalen odnos, saj takšne zlorabe v nas vzbudijo še več negativnih čustev kot v ambulanti. Na terenu pa se srečamo še z posebnimi stanji bolnikov in poškodovancev, ki zahtevajo posebno obravnavo, sicer se odnos zlahka spremeni v izrazito težavnega.

Hudo bolan ali poškodovan bolnik

Kritično bolni ali poškodovani ljudje imajo spremenjeno zaznavanje in zmanjšano mentalno obrambo pred vstopom misli v podzavest. Zato je zelo pomembno, kaj in kako z njimi komuniciramo na mestu travmatičnega dogodka. Dokazano je, da lahko z negativnimi ocenami in pesimističnimi izjavami zavremo vplivamo na potek kasnejšega zdravljenja. Zato je zelo pomembno, da ne glede na resnost bolezenskega stanja ali poškodb zdravstveni delavci pristopimo odkrito, prijazno in samozavestno, govorimo z jasnim glasom, pozitivno, primerno glasno in brez očitkov. S tem bomo bolnika pomirili, sprostiti, v njem vzbudili zaupanje in spodbudili pozitivni tok razmišljanja in čustvovanja.

Bolnik pod vplivom alkohola ali drog

Ne glede na neprijetne okoliščine, v katerih najdemo hudo opite bolnike ali bolnike pod vplivom drog, je naša dolžnost, da jih obravnavamo profesionalno. Pozorni moramo biti na dve stvari: prvič – vsak intoksiciran bolnik ima lahko poškodbo, pa ne čuti bolečine in morda ni vidnih znakov poškodbe; drugič – vsak intoksiciran bolnik je bolnik, dokler učinki alkohola ali drog ne izzvenijo. Zato potrebuje opazovanje in reden nadzor, kar pri nas pomeni hospitalizacijo.

Potencialno nasilen bolnik

Glede na teže okoliščin, v katerih se znajde bolnik v stiski, lahko marsikdo odreagira na bolj agresiven način, kot sicer. Glede na statistiko nasilje prej izbruhne pri naslednjih profilih: moški, mlajši od 30 let, člani tolpe, zasvojenci, ljudje, ki posedujejo orožje, nezaposleni, z znanim psihiatričnim obolenjem, obsojenci preteklih kriminalnih dejanj in bolniki v deliriju ali s hudimi bolečinami. Za zdravstvene delavce je zelo pomembno, da prepoznajo potencialno nevarno okolje in se, če je le mogoče, umaknejo. Izjemno pomembno je nekonfliktno komuniciranje (npr. ne strmeti v oči, ne zapirati izhoda iz prostora, poslušanje, jasen, umirjen, nekonflikten govor). Čim prej je potrebno aktivirati varnostne službe (če jih v zdravstveni ustanovi imamo) in policijo. Pri vsaki potencialno nevarni intervenciji je nujno klicati na pomoč s policijo in začeti intervencijo šele, ko smo prisotni oboji. Vsako nasilje nad zdravstvenim osebjem v ambulanti ali na terenu je potrebno prijaviti.

Suicidalni bolnik

Suicidalni bolnik ogroža svoje zdravje, včasih pa tudi zdravje drugih (npr. talcev). To so izjemno težke situacije, kjer lahko ravno ustrezna komunikacija situacijo reši ali dokončno poslabša. Zdravniki imamo različne komunikacijske sposobnosti, vendar bi moral vsakdo, ki deluje v dežurni službi, poznati osnove komunikacije s suicidalnim bolnikom. V Sloveniji prirejajo ta izobraževanja različne ustanove (npr. Psihiatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje Ljubljana, tečaj Klic v duševni stiski ipd.). Ta izobraževanja so nam v teh situacijah lahko v pomoč, vendar moramo v vsakem primeru grožnje z nasiljem obvezno zaščititi sebe in svojo ekipo ter delovati koordinirano s policijo. V primeru talcev ali izsiljevanja komunikacijo z bolnikom povsem prepustimo policijskim pogajalcem.

SKLEP

V ambulanti dežurne službe in v intervencijah nujne medicinske pomoči na terenu je komunikacija z bolniki in poškodovanci potencialno bolj težavna kot v normalnih okoliščinah. K temu doprinesejo zahtevno okolje dela, stresnost situacij za zdravstvene delavce ter posebnosti okoliščin in osebnostne lastnosti bolnikov. Če se nevarnih okoliščin in lastnosti zavedamo, lahko z ustrezno organizacijo dela in medosebnih odnosov ter z ustreznim pristopom do bolnikov mnoge potencialno težavne situacije obrnemo v povsem konstruktivno reševanje bolnikovega zdravstvenega problema. Z nesenzitivnostjo in napačnim pristopom pa lahko situacijo zaostrimo, da postane vsaj neprijetna, če ne celo nevarna za vse vpletene v dogodek.

LITERATURA

1. Walsh BE. Emergency responder communication skills handbook. Canada, Vitoria: Walsh seminars Ltd; 2010.
2. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of difficult patient. American Family Physician 2005; 72, 10: 2063-2068.
3. »Difficult« patient in emergency department. Emedicine Alert 2010; 3:1-4.

TEŽAVEN BOLNIK IN DRUŽINA



Danica Rotar-Pavlič¹

UVOD

V prispevku bodo najprej predstavljeni primeri obravnav bolnikov in njihovih bližnjih, ki se nanašajo na družinsko medicino. Objav o vključevanju »tretjih oseb« v obravnavo je namreč malo, še manj pa se jih nanaša na družine »težavnih« bolnikov, zato je pričujoča publikacija zelo dobrodošla. Opisu razlogov, kako in zakaj tudi svojci lahko postanejo težavni, bo sledila predstavitev strategij, ki jih lahko uporabita zdravnik in medicinska sestra pri svojem prizadevanju za mirno reševanje problemov. Na koncu prispevka bodo predstavljeni nekateri neustrezni pristopi, ki stanje lahko še poslabšajo.

SREČANJA Z BOLNIKI IN SVOJCI V VSAKODNEVNI PRAKSI

Bolnico A. Z. lahko opredelimo kot težavno, saj nobeno zdravljenje ne olajša njenih številnih vsakodnevnih težav. Izbranega zdravnika je v preteklem letu obiskala 26-krat. Ta jo je običajno vedno pregledal, saj je upal, da se bodo težave, če rezultati pregleda kažejo, da so bolezni dobro urejene, zmanjšale. V zadnjem letu je obiskala tudi naslednje specialiste: diabetologa, alergologa, infektologa, pulmologa, gastroenterologa in dermatologa. Infektolog je posvetil pozornost morebitni prisotnosti redkih parazitarnih bolezni. Kljub temu z zdravljenjem ni zadovoljna, ker – tako pravi – po večkratnih obiskih diabetologa in alergologa omenjena specialista nista potrdila morebitne alergije na inzulin, čeprav sama neomajno trdi, da je bila prav uvedba le-tega krivec za njene težave, ki se kažejo v obliki srbenja kože. Zelo pogosto obiskuje tudi zobozdravnika, saj ji nedavno narejena proteza ne ustreza. Ne uporablja je, ker ji menda povzroča draženje žrela ter občutek težjega požiranja in slabosti. Več mesecev slabo spi, je brez volje, joka in trdi, da ji nihče ne more pomagati. Tudi za vse te težave je po njenem mnenju kriva uvedba insulina. Predpisana zdravila za zdravljenje depresije so izrazila vse stranske učinke, prav tako so slabosti z disfagijo prisotne kljub predpisu različnih zaviralcev protonске črpalke. Napotitev k specialistu psihiatru zavrača, saj težav z duševnostjo nima. Ko je pred kratkim po telefonu jokaje povedala zdravniku, da je do skrajnosti obupana, se je ta še isti dan po službi odpravil k njej na hišni obisk. Našel jo je sredi dela na vrtu in ob prihodu ni kazala nikakršnih znakov obupa. Okolica hiše in stanovanjski prostori so bili čisti in skrbno pospravljeni. Gospa je povedala, da je mož vedno zelo zaposlen in je tudi tega dne na vikendu, ki ga imajo na Gorenjskem. Prav tako je zelo zaposlen njun sin, ki dela v manjšem podjetju, medtem ko hčerka študira in je v svojih prostorih. Gospa je ponovno potožila o vseh svojih težavah ter na predlog, da bi se o njih ter o njihovem premagovanju pogovorila še s člani družine, odvrnila, da se ji to ne zdi potrebno. Ponovila je, da so njene težave posledica delovanja zdravil, kar piše na vseh listkih v škatlicah z zdravili. Zato ji tudi člani družine, ki so zelo zaposleni in marljivi, po drugi strani pa vedno odsotni, ne morejo pomagati.

¹ Prim. doc. dr. Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Bolnik B. J., star 32 let, v čakalnico nikoli ne pride naročen, zaradi česar se je že večkrat sporekel z medicinsko sestro. Njegov prihod pri njej namreč vedno povzroči vznemirjenje in jezo. Največkrat pride v spremstvu svojega dekleta. Trenutno nima zaposlitve. Večkrat je utrpel različne vrste poškodb in bil udeležen v prometnih nesrečah. Pogosto ima težave z najemodajalci, zaradi česar se je zdaj preselil na Primorsko. Izbrana zdravnica mu je že nekajkrat predlagala, naj si zdravnika raje izbere v kraju bivanja, saj bo tako veliko lažje prišel do zdravniške pomoči. Pobudo je vedno zavrnil, češ da je izredno zadovoljen z oskrbo pri zdajšnji izbrani zdravnici. Razlogi za njegove zadnje obiske so bolečine v kostno-mišičnem sistemu, ki jih pripisuje preteklim poškodbam in nesrečam. Žal je zaradi »slabih odvetnikov« prejel minimalno odškodnino, čeprav bi po njegovem mnenju zaslužil večje povračilo. Pogovori in pregledi pri zdravnici potekajo brez zapletov, vendar ji v primerjavi z drugimi bolniki vzamejo več časa. Njena potrpežljivost prispeva k umirjenemu poteku obravnave. Zdravnica iz prejšnjih pogovorov ve, da je bolnik odraščal v zelo neurejenem družinskem okolju z veliko nasilja.

Bolnik Z. A. obiskuje izbrano zdravnico že več let. Na začetku se je pogosto sporekel z medicinsko sestro, saj je vedno vstopal z glasnim ropotom, po navadi ob zaključku ordinacijskega časa ali celo nekoliko pozneje. Obiski niso bili pogosti. Sčasoma se je začel naročati in v čakalnici ni godrnjal, če ni bil takoj na vrsti. Spremenila pa se je vsebina obiskov. Medtem ko so se njegovi začetni obiski nanašali na hipertenzijo, so zdaj prisotne urološke težave, ki jih je urolog opredelil z ED (tako je napisano na odpustnici). Predvsem takrat, ko je obravnavan pri specializantki, sporazumevanje privede do besed »ta mali ne dela«, »ta spodaj je šel v pokoj«, »precej mehak je« in podobno. Sledi zadrega na strani specializantke ter pojasnilo, da mu je že urolog predpisal beli recept z zdravilom, za katero pravi, da učinkuje. Med obravnavo se nelagodje še stopnjuje, vse skupaj pa se običajno zaključi z ugotovitvijo, da so predpisana zdravila ustrezna, ter z vnovično napotitvijo k urologu, s katerim se bo pogovoril o morebitnih drugih možnostih zdravljenja ED. Gospod ni poročen. Izbrani zdravnici je povedal, da občasno živi s partnerko, včasih pa »pogleda ponudbo prek oglasov«.

BOLNIKOVA DRUŽINA

Večina bodočih zdravnikov se za študij medicine odloči z željo, da bi pomagali ljudem, zdravili bolezni in reševali zapletene medicinske probleme. Nihče pa ne pričakuje, da se bo srečal tudi s ponavljajočimi se obiski bolnikov in njihovih svojcev, ki se bodo pritoževali, da zdravljenje ne pomaga, ki bodo dvomili v ustreznost zdravljenja in usposobljenost mladega zdravnika, komentirali neurejen zdravstveni sistem in podobno. Kar koli že privede do takšnih obiskov – rezultat je vedno enak: motnja pri izvajanju dela zdravnika, manjša osredotočenost na obravnavo naslednjih bolnikov, velika izguba energije in utrujenost zdravnika (1).

Kadar govorimo o težavnih bolnikih oz. pogostih obiskovalcih ambulant, imamo največkrat v mislih nezadovoljneže, ki jih srečujemo predvsem v dežurnih službah. Prav tako so lahko moteča razna posredovanja, ko se družina oz. svojci kot tretji člen znajdejo v obravnavi pri zdravniku. Izhajajoč iz zgoraj navedenih primerov pa se lahko vprašamo, ali res poznamo vse okoliščine težavnega pogovora, oz. ali ni med obravnavo najbolj pomembno to, »da se težavnih ljudi čim prej rešimo«. Na podlagi lastnih izkušenj ocenjujem, da poznamo samo vrh ledene gore. Marsikateri bolnik, ob katerem zdravnik čuti nelagodje, namreč izhaja iz neurejenega ali nasilnega družinskega okolja oz. živi sam ali v občasnem partnerskem razmerju.

Kljub skopi literaturi bom v nadaljevanju skušala opisati nekatere značilnosti socialnega okolja oseb, ki jih zdravnik lahko doživlja kot težavne bolnike.

KDAJ LAHKO SVOJCI POSTANEJO TEŽAVNI?

Zdravniki se srečujemo z družinskimi člani in »tretjimi osebami« v različnih situacijah, kot so npr. zdravniški pregled nosečnice, ki jo spremlja mož, obisk otroka s staršem, obisk starejšega bolnika, ki ga spremlja družinski član ipd. Tuje raziskave kažejo, da so družinski člani prisotni pri približno tretjini obiskov, vendar pa je večina literature osredotočena le na odnos med zdravnikom in posameznim bolnikom, zato so tretje osebe nekako prezrte tudi v objavah v literaturi (2). Prisotnost družinskega člana lahko zaplete pogovor in obravnavo bolnika, ker družinski člani postavljajo dodatna vprašanja o težavah in zdravju obolelega, lahko pa se pojavljajo tudi etične dileme, ki vključujejo zaupnost in zasebnost ter pravna vprašanja v situacijah, ki lahko vplivajo na finančno stanje družine. Posebno področje je zagovorništvo (npr. materino odločanje glede zdravja otroka ali odločanje skrbnika odraslega, ki ima demenco). Kadar so v obravnavo vključene tretje osebe, moramo o tem dodatno razmisliti in skušati poiskati odgovore na naslednja vprašanja: Ali bolnik želi prisotnost tretje osebe? Ali bi bilo bolje, da z bolnikom govorimo na samem? Ali bo tretja oseba vplivala na odločitve glede zdravljenja? Je njena prisotnost pogojena s kulturnimi okoliščinami? Vsekakor pa je v takšnih okoliščinah še bolj pomembno, da se pogovarjamo neposredno z bolnikom ter da obravnava ni osredotočena pretežno na spremljevalne osebe (3).

V družinski medicini se vsak dan srečujemo z najširšim spektrom odnosov ter z zelo različnimi bolezenskimi stanji in odzivi ljudi. Vemo, da lahko prijazni in dobronamerni posamezniki v drugačnem okolju postanejo »moteči« in težje sprejemljivi, sporazumevanje z njimi pa naporno. Marsikdo med nami se je že srečal z vprašanji, ki jih nekateri svojci ves čas postavljajo v domovih za starejše občane. Po njihovem mnenju bi moral zdravnik poleg medicinskih problemov reševati še nelagodja, ki izvirajo iz osamljenosti bolnika; nekateri svojci zahtevajo bolnišnično raven obravnav, npr. vsakotredensko merjenje ravni digoksina v krvi; drugi za slabšanje psihofizičnega stanja krivijo predpisana zdravila in vztrajno zanikajo, da se pri njihovih starših ali starih starših odvija naraven proces staranja. Zahtevni postanejo tudi starši, kadar njihov otrok hudo zboli.

Ker pri srečanjih, ki so po naravi zahtevnejša, ljudem ne moremo preprosto zapreti vrat pred nosom, in ker med nami ter sogovorniki ni pregrad, ki bi nas varovale tako, kot je to izvedeno v bančnih in poštnih izpostavah, moramo poznati in razumeti stanja, ki lahko naše sogovornike, pa naj si bodo to svojci ali bolniki, privedejo do »težavnosti«.

Posebne okoliščine so prisotne, kadar bližnje in ljubljene osebe zelo hudo zbolijo oz. potrebujejo stalno nego ter varovanje. Računanje na pomoč s strani stroke in upanje na ozdravitev ter organizacijo varne dolgotrajne oskrbe so večkrat brez realne osnove. Kadar postopki zdravljenja niso učinkoviti, nastopita hudo razočaranje ter jeza in pojavijo se občutki krivde. Intenzivna čustva se v takšnih trenutkih usmerijo tudi proti zdravstvenemu osebju, zato je pomembno, da ob pričakovanju morebitnih težav s strani svojcev že na začetku preverimo njihova pričakovanja glede zdravljenja. V neki raziskavi so anketirali 169 sorodnikov bolnikov, ki so se med letoma 2005 in 2008 zdravili v intenzivni enoti. Vprašali so jih, kakšno prognozo predvidevajo za svojega družinskega člana, nato pa so njihove odgovore primerjali s prognozo zdravnikov.

Izkazalo se je, da je 15 % sorodnikov menilo, da je bolnikovo stanje slabše, kot je predvideval zdravnik, 45 % pa jih je bilo glede napovedi bolj optimističnih kot zdravnik. Druga pomembna ugotovitev te raziskave je pokazala na povezavo med manjšo stopnjo zaupanja v zdravnika ter večjim pojavom neskladij in z večjim nezadovoljstvom glede zdravstvene oskrbe. Vzpostavitev zaupanja v zdravnika in njegovo delo je bilo ključnega pomena (4). Žal imamo v slovenski družinski medicini premalo časa, da bi preverili pričakovanja in prepričanja svojcev ter se s tem izognili morebitnim razočaranjem.

Sovražnost, jeza, žalovanje, soočenje s tragično novico, neodzivnost in zavračanje predlaganega zdravljenja, hostilnost, agresija, zapleteno sporazumevanje z družino – vse to so odzivi, ki jih mnogi izmed nas opredeljujejo kot težavne odnose, saj jemljejo energijo, spravljajo zdravnika na rob izgorelosti ter zmanjšujejo zavzetost mladega zdravnika. Jeza pri tem ni naslovljena na samega izbranega zdravnika, temveč je ta le neke vrste strelovod. Rešitev je morda v tem, da se najprej skušamo znebiti uporabe besede »težaven«, saj ta namreč že sama po sebi deluje nekako slabšalno. Kadar so bližnje osebe zelo bolne, so družine ranljive. Tudi zdravniki se počutimo enako ogrožene, kadar se nam dogaja kaj slabega ali kadar imamo npr. nadzor, katerega cilj ni tvorno izboljšanje organizacije zdravstvene službe, temveč prej iskanje napak za vsako ceno. Včasih družinski člani preprosto ne vedo, kaj lahko pričakujejo. Bolje bi torej bilo, da bi o »težavnih« svojcih razmišljali takole: »To je nekdo, ki ima veliko skrbi.«

Izguba nadzora nad dogajanjem in strah pred izgubo sta za večino ljudi velik problem, ki pogosto vodi do vedenjskih sprememb. Svojci se v takšnih stanjih oprimejo tudi banalnih elementov obravnave bolnika, samo da bi vsaj delno lahko nadzorovali razmere.

Zdravnik lahko ob tem zazna naslednje znake prihajajočih težav:

- neposredne grožnje,
- agresivne izjave,
- kričanje,
- nasprotovanje predlaganemu zdravljenju,
- zahteve po preiskavah in napotitvah,
- zahteve po popravkih na listinah (potrdila, popravki na napotnicah iz HITRO v NUJNO),
- prijave (vodstvu ustanove, zdravniški zbornici, inšpektoratu, varuhu bolnikovih pravic, policiji),
- anonimne objave na spletnih straneh.

Čeprav zdravnik neredko sam zavedno ali nezavedno vstopi v stresen način sporazumevanja, bi se že na samem začetku moral vprašati naslednje:

- Zakaj imajo svojci težave?
- Kakšno preteklost ima njihov družinski član in sam bolnik?
- Ali so imeli pred tem z zdravstvom neugodno izkušnjo?
- Ali imajo v družini finančne težave?
- Ali imajo nerealna pričakovanja in zakaj?

Nekateri svojci oz. bolniki si predstavljajo, da se bo »svet vrtel samo okoli njihove oskrbe«. V njihovih glavah je, da so edina pomembna oseba v čakalnici ter da je treba čim prej zadostiti njihovim potrebam, željam in pričakovanjem. Gre za nekakšen neustrezen in prenapet storitveni in uporabniški odnos. Včasih v ambulantah naletimo na podoben odziv, kadar določeno urgentno stanje zahteva, da se dlje časa intenzivno posvetimo le enemu bolniku ter urejamo ustrezen transport v bolnišnico.

Medtem se nabere polna čakalnica bolnikov, slišati je vse več neumestnih pripomb, napetost in nestrpnost naraščata, čakajoči začnejo trkati na vrata itd. Pomirjujoča razlaga, da ekipa dela po svojih najboljših močeh ter da je v obravnavi nekdo, ki zares nujno potrebuje pomoč, včasih pomaga, pogosto pa tudi ne.

OBVLADOVANJE NEPRIJETNIH SITUACIJ

Kadar smo vključeni v obravnavo bolnika oz. v pogovor s svojci, ki v nas vzbujajo nelagodje in nezaupanje, se moramo najprej zavedati našega odziva in čustev ter jih opredeliti. Spomniti se moramo, da je včasih ključnega pomena »brzdanje čustev« in umirjeno odzivanje. Poskušamo poslušati nasprotno stran, čeprav nas mika, da bi razgovor prekinili z besedami »Dobro vem, kako se počutite«. To koga včasih še dodatno razburi. Zato je morda bolje namigniti: »Pravico imate, da ste vznemirjeni. Kaj menite, kako bi lahko izboljšali situacijo?« Preveriti moramo tudi, ali morda ne gre le za nesporazum. Morda bolnik in svojci izhajajo iz drugačnega kulturnega okolja, morda sta kriva neznanje in slaba izobrazba (5).

Pri poskusu obvladovanja situacije imamo na voljo različne pristope, in sicer:

- nepristransko poslušanje,
- potrpežljivost in toleranca,
- opredelitev meja glede vsebine pogovora,
- časovna omejitve,
- napotitev k različnim specialistom, na preiskave, usmeritev k alternativni medicini,
- uporaba humorja,
- nasvet, naj si bolnik izbere drugega zdravnika.

V raziskavi Steinmetza in Tabenkinove (6) je neki zdravnik rekel: »Uporabljam alternativno medicino in jih (bolnike) pošljem na resnično bizarna zdravljenja. Včasih je potreben popolnoma neortodoksen pristop.« Zdravniki so v tej raziskavi ob srečevanjih s težavnimi bolniki uporabljali različne trike: »Pred pogovorom se sprostim z globokim dihanjem.« »Opogumljam samega sebe: ta situacija je del življenja in je del moje službe.« Nekateri se oprimejo humorja: »Vse to pretiravanje je prav zanimivo.«

V določenih situacijah je najbolje, da zdravnik vztraja pri izbiri drugega zdravnika. Včasih je preprosto najbolje zaključiti sodelovanje. Če imamo pred seboj svojce, ki preprosto nočejo naše pomoči ali celo menijo, da smo mi razlog za njihovo bedo oz. za hladen odnos med nami in bolnikom, potem je za vse vpletene (naj)bolje, da obravnavo bolnika in svojcev prevzame drug zdravnik.

KONTRAPRODUKTIVNE STRATEGIJE

Najbolj nesmiselno je ignoriranje težav in zanikanje, da s svojci nimamo napetih in neprijetnih odnosov. To lahko povzroči, da bodo pri prikazovanju problema še vztrajnejši. Problematično je tudi obtoževanje bolnika, češ da prispeva k napetostim (1). Enako velja za izjave, da je osebnost svojca problematična, pa tudi uporaba slabšalnih izrazov (nor, neumen, prizadet) ne vodi k umirjanju situacije (7). Nenazadnje se moramo zavedati, da k napetostim lahko prispeva tudi značaj zdravnika. Napetosti so pogostejše pri tistih zdravnikih, ki so preveč kritični oz. se jim zdi, da morajo biti razsodniki. Defenzivni zdravniki in tisti, ki se jim zdi, da jih nenehno pesti časovna stiska, se po navadi zapletejo v več sporov.

Tudi potreba, da mora biti zdravnik ves čas »ljubljen s strani bolnika«, ter pretirano pričakovanje hvaležnosti s strani svojcev ne prispevajo k preprečevanju napetosti, temveč ravno nasprotno (7).

Ker se stikom s težavnimi bolniki ali njihovimi svojci niti pri najboljši volji ne moremo izogniti, je priporočljivo, da se z njimi pač sprijaznimo in jih skušamo sproti reševati, preden se preveč zapletejo. Pri prizadevanjih za mirno reševanje in nasploh obravnavo posameznih primerov je koristno, če se nanje kar se da dobro pripravimo, v pomoč pa so nam lahko tudi izkušnje kolegov in izsledki (žal dokaj maloštevilnih) raziskav.

LITERATURA

1. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the Difficult Patient. *Utah Am Fam Physician* 2005 15; 72 (10): 2063–2068.
2. Lang F, Marvel K, Sanders D, Waxman D, Beine KL, Pfaffley C, Mccord E. Interviewing When Family Members Are Present. *Am Fam Physician* 2001, 65 (7): 1351–1354.
3. Hull SK, Broquet K. How to Manage Difficult Patient Encounters. *SA Fam Pract Manag* 2007; 14 (6): 30–34.
4. Lee Char SJ, Evans LR, Malvar GL, White DB. A randomized trial of two methods to disclose prognosis to surrogate decision makers in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med*. 010; 182 (7): 905–9.
5. Henkel G. The Challenge of Family. Hostility. Anger. Grief. Confrontation. Sadness. The complicated communication of dealing with families. *The Hospitalist*, april 2006. Dostopno na http://www.the-hospitalist.org/details/article/255677/The_Challenge_of_Family.html
6. Steinmetz D, Tabenkin H. The difficult patient as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001, 18 (5): 495–500. Difficult encounters with patients. Dostopno na <http://www.cpso.on.ca/members/resources/practicepartner/doctalk/default.aspx?id=2782>

TEŽAVNI SVOJCI



Nena Kopčavar-Guček¹

UVOD

Sporazumevanje med zdravnikom, bolnikom ter njegovimi bližnjimi je temelj kakovostnega dela vsakega zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev. Vsaka družina ima svoje poglede na to, kaj je bolezen in kakšen je primeren odnos do nje. Odnos med družino in boleznijo je dvosmeren: enako kot bolezen vpliva na družino, tudi družina lahko vpliva na potek bolezni.

Zdravnik družinske medicine se z družino bolnika posredno ali neposredno sporazumeva pogosto, ne samo v ambulanti, ko svojci pridejo kot spremstvo ali pa kot »odposlanci« bolnikov. Z družino se srečuje tudi na hišnih obiskih, morda je z njimi v stiku po telefonu ali pa s pomočjo elektronskih medijev.

Družina ima v zdravju in bolezni še posebno vlogo, saj deluje ne samo kot laični napotitveni sistem za bolnika, temveč skrbi za bolnega, ga neguje, spremlja in zdravi. Zdravnik v svojem odnosu do družine ne nastopa samo kot del triade bolnik<->zdravnik <->družina, temveč tudi kot (2):

- katalizator, ki deluje zdravično,
- poslušalec, ki prisluhne vsem družinskim članom, jim s tem omogoči »prezračevanje« 33
- strokovnjak, ki z večjim sporazumevanjem lahko zmanjša zaskrbljenost v družini in s tem omogoči mobilizacijo sil pri spopadanju z lastnimi težavami,
- zunanji svetovalec, ki s svojimi ukrepi vpliva na posamezne družinske člane in na družino kot celoto.

Ne glede na to, da so svojci praviloma pozitiven dejavnik zdravja svojih družinskih članov in da večinoma ravnajo v dobri veri, so občasno njihove zahteve in pričakovanja v konfliktu z zmožnostmi, kompetencami in pooblastili zdravnika družinske medicine, včasih pa tudi z zakoni in predpisi. Takrat se njihova sicer pozitivna vloga spremeni in v očeh zdravnika družinske medicine in njegovega tima postanejo »težavni svojci«. Največkrat se družinski zdravnik srečuje s svojci v vlogi staršev otrok in mladostnikov, s svojci hudo bolnih posameznikov in s svojci oskrbovancev domov starejših občanov (3).

Težave v sporazumevanju in odnosi med zdravnikom družinske medicine in svojci bolnika običajno nastopijo zaradi:

- nesodelovanja oz. neodzivnosti svojcev,
- neupravičenih zahtev svojcev po razkrivanju podatkov iz zdravstvene dokumentacije,
- previsokih pričakovanj svojcev od zdravstvenega sistema,
- neskladja med dobrobitjo bolnika in interesi svojcev,
- prekrivanja, ko svojci osebno bolnika kljub njegovi prisebnosti, prištevnosti in opravljeni sposobnosti povsem prekrijejo.

¹ Asist. mag. Nena Kopčavar-Guček, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana - Vič, Šelestova ulica 10, 1000 Ljubljana

Skladno z zakonom (45. člen Zakona o bolnikovih pravicah, ZPacP) so v tem prispevku kot »svojci« mišljene naslednje osebe: zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne partnerske skupnosti, starši, stari starši, otroci, vnuki, bratje, sestre, bolniku bližnje osebe in druge osebe, ki imajo namesto bolnika pravico do odločanja o njegovi zdravstveni oskrbi (4).

NESODELUJOČI SVOJCI

78-letnemu ovdovelemu upokojenemu vrtnarju je bilo zaradi neurejene sladkorne bolezni uvedeno zdravljenje z inzulinom. Živi sam. Ima začetno demenco Alzheimerjevega tipa, vendar do svojih težav ni uvideven. Specialist diabetolog je na kontrolnem pregledu 6 mesecev po uvedbi insulina presodil, da je sladkorna bolezen neurejena, in da je temu kriva stopnjujoča kognitivna prizadetost. Zato je svetoval sprejem v DSO. Gospod ima sina in hčerko, oba imata že svoji družini, sin živi v istem kraju, hči pa v manjšem kraju približno 10 km stran.

Družina običajno določi skrbnika, ki je zadolžen za kroničnega bolnika (1, 3). Le-ta deluje kot vezni člen med zdravstvenimi službami in družino. Pogosto se dogaja, da svojci ne sodelujejo pri oskrbi bolnika. Vzrok so lahko slabi odnosi med družinskimi člani, neinformiranost svojcev o bolezni, oviranost svojcev zaradi lastnih težav in bolezni, strah in občutek nemoči svojcev.

Zdravnikova vloga je pojasnilna, svojce je dolžan seznaniti z zdravstvenim stanjem svojega bolnika, seveda če je le-ta priseben in opravično sposoben, in če zdravniku v skladu z zakonom (5. odstavek 45. člena ZpacP) ni izrecno prepovedal posredovanja podatkov o svojem zdravstvenem stanju svojcem.

34

Kot svetovalec in katalizator sprememb in kot strokovnjak lahko pomaga organizirati skrb za bolnega svojca, v katero je poleg multidisciplinarnega strokovnega tima vključena tudi družina. primerna oblika za vzpostavitev skrbi za bolnika je družinska konferenca (4). Družinski zdravnik jo skliče v ambulanti ali na domu svojca, udeležili naj bi se je vsi svojci, ki bodo vključeni v skrb za bolnika.

Zdravnik družinske medicine si mora vzeti dovolj časa za pojasnilno vlogo, za odgovore na vsa vprašanja bolnika in svojcev in nuditi dovolj prostora in časa za čustvene reakcije svojcev. Soočanje z boleznijo je individualno in pogosto nepredvidljivo (5).

Namen družinske konference je organizacija skrbi za bolnika. Pri tem mora zdravnik upoštevati njihove ovire, jih osvoboditi skrbi in strahov, aktivirati njihove sposobnosti in vzpostaviti učinkovito mrežo skrbi za bolnika (3).

V primeru, da se svojci zavestno odpovedo skrbi za družinskega bolnika, jih mora zdravnik seznaniti z alternativami in drugimi možnimi rešitvami. V poštev pridejo različne oblike nege na domu, pomoč nevladnih organizacij, namestitev v DSO.

Zdravnica družinske medicine je za preventivni obisk in oceno sposobnost skrbeti zase poprosila patronažno sestro, ki je poročala, da je gospod dovolj skrben z zdravili in da je njegovo stanovanje primerno urejeno. Kuha si sam. Patronažna sestra naj bi bolnika sprva obiskovala trikrat, nato dvakrat tedensko. Na pogovor je povabila sina in hčerko bolnika. Povedala sta, da je gospod precej samosvoj in nekoliko trmast, zato težko sprejme pomoč. Dogovorili so se, da bo družina za gospoda poskrbela 5-krat tedensko, izmenoma ga bodo po enkrat obiskali sin, hči in trije vnuki. Dogovorili so se za ponovno srečanje čez dva meseca, v mesnem času pa za posvet po telefonu. Bolnik naj bi k zdravniku hodil na redne kontrole na 3 mesece, v mesnem času pa po dogovoru v primeru nenadnih težav.

RADOVEDNI ALI ČEZMerno ZASKRBLJENI SVOJCI

Sestrična bolnica z rakom na dojki, obe sta izbrali istega zdravnika družinske medicine, se oglasi na pregled zaradi bolečine v desnem kolku. Ob tem povpraša, kaj je z njeno sestrično. Govori se, da je hudo bolna.

Z bolniki, ki se zaradi svoje bolezni soočajo z negotovo prihodnostjo, in z njihovimi bližnjimi je sporazumevanje še bolj zahtevno; skupaj z bolnikom moramo ugotoviti, katerim bližnjim bomo sporočili slabo novico. Paziti moramo na varovanje poklicne skrivnosti in se izogibati zaroti molka med bližnjimi (1).

Svojci iz različnih razlogov povprašujejo po zdravstvenem stanju svojih sorodnikov. V večini primerov je poizvedba dobronamerna in pogojena z iskreno skrbjo za dobrobit bolnika. Včasih se pojavi tudi zahteva po neupravičenem posredovanju zdravstvenih podatkov, npr. iz koristoljubja, ali pa je poizvedba posledica nepoznavanja predpisov in zakonodaje. V vsakem primeru sta obvezujoča dokumenta Kodeks etike Zakon o bolnikovih pravicah (4, 6). Zdravnik lahko vpraša po motivih, ki vodijo poizvedujočega svojca.

35

Pri bolniku se je treba vnaprej pozanimati, ali dovoljuje seznanitev svojcev s svojim zdravstvenim stanjem. ZPacP jo pogojuje s privolitveno sposobnostjo. Privolitvena sposobnost ali sposobnost odločanja o sebi je glede na 2. člen ZPacP podana takrat, kadar je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledico privolitve v zdravstveno oskrbo, privolitve v obdelavo osebnih podatkov in v uveljavljanje drugih pravic v zvezi z zdravstveno oskrbo (4).

Zdravnik družinske medicine je sestrični pojasnil, da skladno z veljavno zakonodajo ne sodi v definicijo svojcev, ki imajo pravico biti seznanjeni z diagnozo. Predlagal ji je, da se z bolnico pogovori neposredno. Ponudil je tudi možnost, da se z bolnico v ambulantni oglasita skupaj in da se o bolezni pogovorijo skupaj, seveda če bolnica v to privoli.

ČEZMerno ZAHTEVNI SVOJCI

89-letna nepokretna bolnica je oskrbovanka negovalnega oddelka DSO. Obiskuje jo njena 59-letna hči edinka, samska profesorica angleščine. Hčerka se ob vsakem obisku pritožuje upravniku DSO in zdravnici: enkrat je zgrožena nad sestavo obrokov, drugič zahteva, da gospe dnevno berejo časopis, tretjič zahteva stalno prisotnost medicinske sestre oziroma negovalke pri postelji bolnice.

Svojci z namestitvijo družinskega bolnika v ustanovo sicer posrbijo za njegovo varnost, a jih pogosto spremlja slaba vest. Ta je izvor jeze, čezmerne kritičnosti in nezadovoljstva. Kratke in ostre interakcije nezadovoljnih svojcev z osebjem ta negativna čustva le še povečuje. Tovrstni težavni svojci predstavljajo eno največjih obremenitev za zdravstvene delavce.

Po drugi strani je razumeti skrb in breme svojcev, ki v domačem okolju skrbijo za posebej zahtevne bolnike, npr. bolnike z Alzheimerjevo boleznijo, terminalne rakave bolnike, težke nevrološke bolnike v domačem okolju. Tudi ti od zdravstvenega sistema žal pogosto pričakujejo več, kot le-ta lahko ponudi. Svojcem grozi izgorelost, posledično bodo svojci še bolj negativno razpoloženi, bolniki slabše oskrbljeni in še bolj ogroženi.

Samo učinkovito sporazumevanje z empatijo, aktivnim poslušanjem lahko prikaže ozadje tovrstnih »težavnih« svojcev in pripelje k reševanju težav in nesporazumov. Boljše razumevanje bolezni same, njenega poteka, realne prognoze, možnosti zdravljenja, zasnova terapevtskega plana, aktivacija širšega družinskega sistema ali dodatne zunanje pomoči lahko učinkujejo pomirjevalno in razbremenilno. Jasno začrtane meje možnosti zdravstvene oskrbe bodo omogočila bolj realna pričakovanja svojcev, delo z njimi bo lažje, izhodi zdravljenja pa boljši.

S hčerko bolnice se dogovorimo za termin za poglobljen pogovor. Pri njem naj sodeluje tudi vodja zdravstvene nege v DSO. Hčerko bolnice spodbudimo, da izrazi svoja opažanja, pričakovanja, čustva. Pri takem komuniciranju je koristno izraziti svoja opažanja namesto direktnih obtožb. Npr. namesto stavka »Stalno se pritožujete nad našim delom,« bi bilo primerneje »Imam občutek, da z našim delom niste zadovoljni.« Odprta vprašanja bodo omogočila, da bodo prišla na dan pričakovanja. Le-ta lahko potem uskladimo z našimi možnostmi. Dogovor za ponovni sestanek v določenem časovnem obdobju in oceno stanja lahko pomaga vzdrževati dobre odnose. Orodje, ki pri tem lahko pomaga, je zloženka s predstavitvijo DSO ter, ravni, možnosti in vsebine oskrbe.

36

SVOJCI, KI POSTOPAJO V NASPROTJU Z INTERESI BOLNIKOV (ISKANJE SEKUNDARNIH KORISTI)

73-letni bolnik z Non-Hodgkinovim limfomom že nekaj let živi sam, njegov edini sin je v tujini. Bolnik lahko še vedno skrbi zase, čeprav s težavo. Njegova bolezen je trenutno v remisiji, zato je sposoben tudi za vožnjo. Pred dvema dnevoma se je oglasil v vaši ambulanti in povedal, da je sin prišel iz tujine urejat stvari. Prodal je bolnikov avto in zadržal denar zase. Sin je bolniku predlagal, da bi prodal njegovo stanovanje in ga namestil v dom starejših občanov.

V času ekonomske krize je okoriščanje na račun bolnih svojcev morda še pogostejši pojav kot sicer. Finančne manipulacije na račun starejših in proti njihovi volji nekateri definirajo tudi kot obliko psihološkega nasilja. Bolni in starejši svojci so v večini primerov preveč krhki, da bi se jim uprli.

Profesionalnost in etika zdravniku družinske medicine ne dopuščata vstopanja v tovrstna družinska dogajanja, zaveza dobronamernosti pa ga zavezuje, da zaščiti interese svojega bolnika. V primeru suma na nasilje v družini lahko skladno z zakonodajo obvestimo pristojni center za socialno delo.

Zdravnik družinske medicine v svoji praksi lahko doživi tudi obrnjeno situacijo: ostareli in nesamostojni bolnik si želi v dom, svojcem pa pokojnina obolelega predstavlja edini vir dohodka in mu zato odhod preprečujejo. Doma prejema nezadostno oskrbo. Postopek v takem primeru je podoben, treba je obvestiti center za socialno delo.

Zdravnik je bolniku razložil možnosti posredovanja pri centru za socialno delo, bolnik se je a takim postopkom strinjal.

PREKRIVAJOČI SVOJCI

86-letni bolnik z rakom prostate prihaja na pregled v ambulanto s svojo ženo. Čeprav je povsem priseben in prišteven, brez kognitivnih motenj in govori brez težav, ga njegova 15 let mlajša soproga nenehno prekinja, na vprašanja zdravnika odgovarja namesto njega in mu pravzaprav ne pusti do besede.

V skrbi zanje se svojci do svojih povsem kompetentnih bolnikov včasih obnašajo preveč pokroviteljsko in s tem motijo neposreden stik in pretok informacij med bolnikom in zdravnikom.

V svoji dobronamernosti skrbniki bolnika pogosto povsem prekrivajo identiteto bolnika. Vse odločitve sprejemajo namesto njega, mu ne pustijo do besede, osebnost bolnika in njegova samostojnost sta močno ogrožena. Tako čezmerno skrbni svojci pravzaprav ogrožajo avtonomnost bolnika. Ta fenomen pogosto nastopi, kadar gre za svojce otrok in ostarelih bolnikov.

Tak vzorec obnašanja in komuniciranja je včasih težko spremeniti. Prijazen pogovor in pojasnitev napačnega vzorca komuniciranja, četudi dobronamernega, predvsem pa poudarek na negativnih posledicah takega komuniciranja je običajno doseže cilj – spremembo obnašanja svojca. V nasprotnem primeru obstaja možnost, da bi neposredno od bolnika dobili podatke o njegovem počutju, znakih in simptomih. Kot zmeraj v komunikaciji je element humorja zelo dobrodošel.

37

Medtem, ko je šel bolnik v laboratorij, sta zdravnik in soproga bolnika v pogovoru primerjala svoja opažanja. Zdravnik je obzirno omenil, da spoštuje in ceni soproginu skrb za bolnika, a da je vsakič znova vesel njegove bistrosti in sposobnosti za pogovor. Ko/če se soproga naslednjič med pogovorom v ambulanti spet spozabi in odgovori namesto bolnika, zdravnik z rahlim nasmeškom vpraša bolnika: « No, gospod Kranjec, zdaj smo slišali uradno poročilo. kako ste pa vi zadovoljni svojo prebavo? »

SKLEP

Podpora okolja je zelo pomembna, zlasti pri zdravljenju nekaterih kroničnih bolezni (8). V svoji vlogi skrbnika so svojci bolnika v pogostem stiku z zdravnikom družinske medicine, še posebej, kadar gre za otroke in za oskrbovance DSO.

Svojci so v svojih prizadevanjih, četudi večinoma dobronamerno in nehote, včasih tudi težavni.

S pravo tehniko komuniciranja se lahko učinkovito soočimo z njimi in izboljšamo način komuniciranja, njihovo zadovoljstvo in dosežemo tudi glavni cilj našega delovanja-boljšo kvaliteto življenja in boljše izide zdravljenja.

LITERATURA

1. Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. Med Razgl 2003; 42(1):73-9.
2. Rotar Pavlič D, Pesjak K. Družina. In: Švab I, Rotar Pavlič D, ed. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine-SZD; 2012: 299-310.
3. Kopčavar Guček N. Družina in kronični bolnik. In: Švab I, Rotar Pavlič D, ed. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine. SZD 2002; 94-101.
4. Brulc. U. razkrivanje podatkov iz zdravstvene dokumentacije drugim zdravnikom in njegovim svojcem. Med Razgl 2012;S1:21-6.
5. Tomori M. Zakaj naj bi zdravnik poznal bolnikovo družino. Zbornik seminarjev za splošne zdravnike.
6. Kodeks medicinske deontologije. Dosegljivo 24.08.2012 na <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>
7. Selič P, Kersnik J, Pesjak K, Kopčavar Guček N. Pilotna študija o nasilju v družini: razlike med poročili bolnikov in opažanji njihovih zdravnikov. Zdrav Var 2008; 47:72-80-
8. Petek D. Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. Med Razgl 2002; 41: 321-7.

OBRAVNAVA TEŽAVNEGA BOLNIKA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE: TEHNIKE IN PRISTOP



Vlasta Vodopivec-Jamšek¹

UVOD

Verjetno imamo skoraj vsi zdravniki družinske medicine med bolniki take, ki jih opisujemo kot težavne, ker v nas vzbujajo negativna čustva razočaranja, odpora in nenaklonjenosti (1). Pri teh nas že ob pogledu na njihovo ime na listi naročenih bolnikov stisne v prsih od neugodja. Težavni bolniki so tisti, ki pri zdravniku vzbudijo občutke frustracije, nelagodnosti, nejasnosti, jeze, občutke manipulacije ali občutke, da bolnik vodi in usmerja posvet. Zdravnika obiskujejo pogosteje, imajo številne akutne in kronične zdravstvene težave, prejmejo več receptov, preiskav, pogosteje so napoteni na specialistične preglede in imajo debel zdravstveni karton. Po podatkih iz literature, zdravniki ocenjujejo, da je kar 15 % vseh posvetov z bolniki težavnih (2). Za vse težavne posvete pa ne moremo preprosto kriviti bolnike, težave so včasih na zdravnikovi strani ali pa je posvet preprosto težaven zaradi situacijskih razlogov. Raje kot o težavnih bolnikih govorimo torej o težavnih posvetih, ki zajemajo vrsto bolnikovih vedenjskih in medicinskih stanj. Opisujejo, da so duševne bolezni, alkoholizem, zasvojenost z drogami, debelost in mišičnoskeletne bolezni za zdravnike težka medicinska stanja, medtem ko higiensko zanemarjeni, agresivni, jezni, sovražni, nesodelovalni in izkoriščevalski bolniki predstavljajo vedenjska stanja povezana s težavnim posvetom (3). Težave so lahko povezane tudi z zdravnikovo osebnostjo, slogom dela, sistemom vrednot, prepričanji in s kulturnimi razlikami med bolnikom in zdravnikom ter zunanjimi okoliščinami, ki vplivajo na posvet (jezikovne ovire, slabe novice, spremljevalec pri posvetu).

Pri sporazumevanju s težavnim bolnikom sta pomembni dve temeljni resnici. Prvič, vsi ljudje doživljamo negativna čustva. Kako se soočamo z njimi, pa je odvisno od poznavanja samega sebe, naših prepričanj, čustvenih potreb in zunanjih stresorjev. Drugič, nekateri ljudje dojamejo (običajno nezavedno), da je imeti simptom ali zdravstveno težavo tudi uporabno. Takih bolnikov se preprosto ne da ozdraviti, saj so odporni na vsak poskus uvida v dano situacijo. Zdravnike pa ob njih obhajajo občutki razočaranja, krivde, ker njihovi ukrepi ne pripeljejo do ozdravitve.

¹ Prim. dr. Vlasta Vodopivec-Jamšek, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

SPLOŠNI PRISTOPI K OBRAVNAVI TEŽAVNEGA BOLNIKA

Pri obravnavi težavnega bolnika uporabimo k bolniku usmerjen pristop (4). Za uspešen posvet bolnika z zdravnikom je potrebna prava mera sodelovanja, primerna uporaba moči in empatije (5-7). Neskladje med bolnikovim vedenjem in vedenjem, ki ga pričakuje zdravnik, lahko tudi sicer uspešen odnos med bolnikom in zdravnikom spremeni v težavnega. Težaven odnos označujejo nasprotovanje, nepravilna uporaba moči (bolnikove ali zdravnikove) in pomanjkanje empatije. Tak odnos lahko z ustreznim pristopom ponovno postane uspešen ali pa vodi v prekinitve odnosa in zamenjavo zdravnika (8).

Pri zdravstveni oskrbi težavnih bolnikov potrebujemo dobro znanje in veščine v medosebnih odnosih ter čustveno zrelost. Tabela 1 prikazuje pristope in tehnike za vajo veščin, ki pomagajo do uspeha pri težavnih posvetih.

Tabela 1: Pristopi in tehnike osnovnih veščin za obravnavo težavnih bolnikov

| Pristopi | Tehnike |
|--|--|
| Dovolimo bolnikom, da izrazijo svoja čustva. | Poslušajmo dovolj dolgo, da pokažemo empatijo, ob tem pa postavimo ustrezne časovne okvire. |
| Izboljšajmo veščine sporazumevanja. | Zdravnik je bolniku tudi učitelj in trener, zato prilagodimo razlago in vodenje bolnikovim potrebam in sposobnostim dojetja informacij. |
| Izboljšajmo jemanje anamneze. | Vprašajmo tudi po psihosocialnih in družinskih informacijah (pomembne osebe, kaj počne v življenju, kaj ga razveseljuje) . Če vprašamo, kako se je simptom razvijal, dobimo vpogled v pomen, ki ga bolnik pripisuje simptomu. Odgovori dajejo usmeritve, ki se jih bolnik v pripovedi izogiba. |
| Ne obsojajmo bolnika. | Pomembno je, da ločimo med lastnimi visokimi standardi in merili, ki jih želimo naložiti bolniku. |
| Ostanimo mirni in zaupljivi. | Obvladajmo svoja čustva, ko vodimo posvet z bolniki, ki so jezni, depresivni, manipulativni, odvisni. Samozaupanje in profesionalen odnos pomagata pri obvladovanju bolnikovega vedenja. |
| Spoznajmo sebe. | Poznavanje lastnih moči in šibkosti pomaga pri postavljanju mej bolnikovim zahtevam in nas ščiti pred izgorelostjo. |
| Bodimo potrpežljivi. | Vedenje se spreminja počasi. Problematično bolnikovo vedenje se je razvijalo vrsto let. Nekaterih preprosto ne moremo spremeniti. |
| Proaktivno delovanje. | Skrbimo za bolnika, čeprav nimamo jasne diagnoze in ima bolnik zapletene |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | psihosocialne probleme. |
| Uporabimo primerno dozo empatije. | Premalo ne zaleže, preveč škoduje. Naj bolnik ne postane odvisen od odnosa z zdravnikom. |
| Spoštujemo bolnika kot človeka. | Ščitimo zaupen odnos z bolnikom, držimo obljube in pokažimo, da spoštujemo njegova čustva. |

PRIMERI TEŽAVNIH POSVETOV Z BOLNIKI

Bolnik, ki vedno nekaj zahteva

Bolniki, ki postavljajo vedno nove in nove zahteve, so poseben izziv za zdravnike. Običajno jim naklonimo več časa in zdravstvenih nasvetov kot ostalim bolnikom, a vseeno želijo še več: zdravila, napotitve, preiskave, daljše pogovore (9). Za uspešno sporazumevanje s takim bolnikom je znanje o tem, kako reči »ne« osnovnega pomena. Dobro izpeljana zavrnitev je posebna veščina, ki jo lahko izboljšamo s pomočjo pristopov in tehnik, ki so navedeni v nadaljevanju.

- Spoznajmo, da zavrnitev boli. Nagrada vzbudi pozitivna čustva, zavrnitev pa prizadene. Pri vsaki zavrnitvi poskusimo uporabiti obžalovanje kot blažilo za čustva, ki jih izzovemo z zavrnitvijo. Na primer: »Zelo mi je žal, ker ta trenutek nimam časa za pogovor z vami. Naročite se prosim pri medicinski sestri.« ali »Vem, da bi radi te pomirjevalne tablete, a vas moram žal razočarati ...«
- Poskusimo z malimi koraki in pogajanji. Na primer: »Ne bom vam predpisala tega kar želite, lahko pa vam ponudim nekaj drugega«. Tako tehniko pogosto uporabimo pri malih otrocih, ko zahtevajo neprimerne ali nevarne stvari. Če želi bolnik antibiotik: »Ne bom vam predpisala antibiotika, a vam svetujem analgetik in kapljice za nos, ki bodo olajšale virusno obolenje.«
- Prevzemimo odgovornost za »Ne bom.« in se ne izgovarjajmo z »Ne morem.«. Če rečemo: »Ne morem vam predpisati anksiolitika.«, bolnik zelo dobro ve, da ga lahko in čaka na priložnost, ko se bomo omeščali.
- Pri odločitvi bodimo dosledni in mirni. Zelo zahtevni bolniki v bistvu potrebujejo avtoritativno osebo, ki jasno, mirno, nedvoumno in dobronamerno izreče ne.
- Uporabimo tehniko pokvarjene plošče. Preprosto pojasnimo razloge za »ne«. Ne podaljšujemo razlag, ne vrtimo se v krogih in ne prepirajmo se. Če bolnik želi še nadaljevati pogovor, preprosto ponovimo že izrečeno, če je potrebno tudi večkrat. Bolnik dobi tako jasno sporočilo, da prepiranje in prepričevanje ne bo spremenilo zdravnikovih stališč.
- Pri zelo zahtevnih bolnikih lahko oblikujemo celo pisni dogovor. Napišemo, kaj bomo naredili za bolnika in kaj pričakujemo, da bo bolnik naredil. Pisni dokument nam med posvetom pomaga, da je prenos sporočil jasen.
- Pokažimo zaupanje. Bolnik prihaja k nam, ker nam zaupa. Če prekomerno težak bolnik želi tablete za hujšanje, mu razložite, da mu jih ne boste predpisali, ker verjamete, da lahko odvečno težo izgubi z redno telesno aktivnostjo.

Bolnik, ki ne želi ozdraveti

Bolnik, za katerega se zdi, da ne želi ozdraveti, sodi med pogoste obiskovalce ambulante zdravnika družinske medicine. Motivi, da se bolnik zavedno ali nezavedno odloči, da ne bo ozdravel, so zelo različni in se večkrat tudi prepletajo. Vključujejo zaskrbljenost, slabo informiranost, odvisnost, osamljenost, pohlep (rentne težnje), lahko pa nastanejo po nasvetu in pritisku svojcev. V grobem razlikujemo bolnike, ki imajo čustvene vzgibe, da ostanejo bolni, in tiste z željo po finančni koristi, čeprav jih je v praksi težko ločiti. Zdravnik, ki skrbi za takega bolnika, v poteku zdravljenja pogosto ne dobi pravega odgovora o vzroku bolnikovega početja. Bolnik prihaja pogosto z nejasnimi, številnimi, blagimi simptomi, ki jim pripisuje pretirano resnost in težo. V ambulanto prihaja s spiskom zahtev kot v trgovino. V ozadju so pogosto motena osebnost, anksioznost in depresija (10). V zdravstvenih kartotekah so številni izvidi preiskav, s katerimi so zdravniki neuspešno iskali vzroke njihovih težav. Taki bolniki se tudi pogosteje nagibajo k tožbam in sovražnemu vedenju do zdravstvenega osebja. Pri zdravstveni oskrbi si lahko pomagamo s pristopi in tehnikami, ki so navedeni v nadaljevanju.

- Natančno vzamemo in zapišemo anamnezo. Povprašamo o prejšnjih boleznih in poškodbah, diagnostiki, zdravlilih, drugem zdravljenju in stranskih učinkih. Preberemo vse izvide, če jih ni v kartoteki, pa bolnika prosimo, da jih prinese. Ni povsem zanesljivo, da se bolnikova pripoved sklada z zapisi izvidov, saj si bolnik marsikaj razlaga po svoje.
- Vprašamo o stresnih situacijah in psihosocialnih dejavnikih. Ko sprašujemo o tem, nas bolnik lahko energično zavrne, češ, da nima nikakršnih težav na teh področjih. Bolnik, ki ne želi ozdraveti, običajno nima uvida v lastni čustveni svet in je trmasto ujet v svoje telesne simptome. Njihova molčečnost ob tej temi je znak velike osebne zaskrbljenosti, zato je vsako nasilno soočenje lahko zelo boleče.
- Naredimo natančen in vesten pregled ter vse skrbno zapišemo, da zadostimo tudi pravnim normam. Na primer: »Bolnik prikaže omejeno moč spodnjih okončin ter slabo gibljivost hrbtenice, s težavo se skloni do kolen. Pri obujanju čevljev pa se brez težav in bolečin skloni do tal.« Tak zapis govori sam zase.
- Skrbno pretehtajmo predlagane preiskave in laboratorijske teste, da ne bomo z njihovimi rezultati spodbudili novih simptomov.
- Diagnozo postavimo le, ko imamo zanjo dovolj dokazov. Izogibajmo se predstavljanju možnih redkih diagnoz, ki le povečujejo bolnikovo zaskrbljenost in obsedenost z boleznijo. Iz zdravstvene kartoteke pa naj bo razvidno, da smo razmislili o vseh možnih diagnostičnih možnostih.
- Pomislimo, da ima anksiozen in manipulativen bolnik lahko tudi organsko bolezen, ki jo je potrebno odkriti in zdraviti. Izogibajmo se stavka: »Vse je v vaši glavi.«
- Bolnike premišljeno in natančno naročamo na kontrolne preglede. Izognimo se navodilu: »Pridite čez kakšen mesec ali če ne boste bolje.« ali »Pokličite, če boste imeli težave z zdravili.« Manipulativni bolniki včasih ignorirajo naš nasvet in nerazumno dolgo ne pridejo na kontrolo, kasneje pa se pritožujejo, da niso razumeli naših navodil, ker nismo bili dovolj jasni in natančni. Če spremenimo zdravljenje z zdravili, zadostuje, da nas čez nekaj dni pokličejo po telefonu. Naše navodilo pa zapišemo v kartoteko.
- Spodbujajmo pozitivno razmišljanje in duševno in telesno aktivnost. Bolniku predlagamo, da si omisli hišnega ljubljanka, ki mu nudi čustveno oporo in zmanjšuje osamljenost. Predpišemo redno telesno aktivnost in druženje v lokalni skupnosti v okviru možnosti.

- Bodimo optimistični, a ne obljubljammo ozdravitve. Lahko rečemo: »Večina bolnikov s podobno poškodbo ozdravi približno v enem mesecu, zato je pomembno, da aktivno sodelujete pri rehabilitaciji.« S tem bolniku naložimo soodgovornost za izid zdravljenja. Če zdravljenje ne napreduje, pa ne zvrčamo krivde na bolnika.
- Napotujmo premišljeno. Bolniku razložimo, da ga specialist konzultant ne pozna tako dobro kot mi, ki smo specializirani za bolnike s kompleksnimi in številnimi zdravstvenimi problemi. Pri napotitvi oblikujmo jasno vprašanje, kaj v resnici želimo od pregleda (specifično subspecialistično znanje ali morda le avtoritativno potrditev tega, kar že vemo o bolniku).
- Držimo se reka: »Najprej, ne škodimo.« Predysem, ko predpisujemo preiskave, teste in zdravila, ki imajo stranske učinke. Če se že odločamo zanje, bolniku razložimo možne koristi in tveganja, vključimo bolnika v odločanje in vse zapišemo v kartoteko. Primer je predpisovanje opiatnih analgetikov za kronično nemaligno bolečino. Če jih predpišemo bolniku, ki ne želi ozdraveti, smo soodgovorni za novega zasvojenca z opiat. Bolnik ne bo nič boljši, še naprej se bo pritoževal, nas pa bo krivil za stranske učinke in zasvojenost.

Jezni bolnik

Nebesedni zanki kot so stisnjene pesti, nagubano čelo, mahanje z rokami ali opozorilni pogledi osebja ambulante, nam pogosto že ob prihodu bolnika kažejo njegovo razpoloženje. Ko opazimo te znake, poskusimo odkriti vzrok za bolnikovo jezo in bodimo pozorni na čustva, ki jih je izzvala zdravstvena oskrba. Jeza je pogost in naraven odgovor na strah, ki spremlja spremembe v zdravstvenem stanju bolnika in predstavlja izgubo kontrole bolnika nad samim seboj (11). Med posvetom si pomagamo s tehnikami, ki so navedene v nadaljevanju.

- Uporabimo odprta vprašanja, da ugotovimo, zakaj je bolnik jezen. Morda je jeza v povezavi z boleznijo, bolnik je soočen z bolečino, strahom, občutki krivde. Jeza je lahko v povezavi z obravnavo bolnika, prepozno diagnozo, pomanjkanjem informacij. Morda je vzrok v bolnikovih družinskih ali finančnih problemih.
- Na jezo se ne odzovemo z obrambo in se ne pustimo povleči v boj. Jeza se lahko prenese tudi na zdravnika, zato ostanimo mirni in ne odgovarjamo z jezo. Priznajmo si vpliv bolnikovih čustev na naše lastne občutke.
- Dobro poznavanje sebe, lastnih čustev ter vzvodov, ki pri nas povzročijo, da čustva prevladajo razum, omogočijo, da izpeljemo posvet profesionalno.
- Jeza raje potrdimo: »To vas je pa res močno razjezilo.« Ob tem lahko pokažemo tudi določeno mero empatije: »Razumem, zakaj vas je to razjezilo.«
- Opogumimo bolnika, da lažje izrazi svojo jezo: »Povejte, kako jezni ste bili?«. Razpravljamo o vzrokih: »Ali lahko pojasnite, zakaj občutite tako jezo?«.
- Poskusimo ugotoviti, če je oseba upravičeno ali neupravičeno jezna. Primer: Bolnik s hudo bolečino čaka na zdravnika že celo uro, ker ta moral oskrbeti nujni primer na terenu. Medicinska sestra bolniku ni sporočila vzroka zdravnikove zamude, zato je ta jezen, ko ga zdravnik končno sprejme. Če se zdravnik odzove z jezo, saj je vendar trdo delal in ne poizve o ozadju bolnikove reakcije, se vname brezploden boj. Bolje se je bolniku opravičiti in zagotoviti, da bodo naslednjič bolniki obveščeni o vzroku zdravnikove zamude.
- Pokažemo spoštovanje do bolnikovih naporov, da se obvlada. Povzamemo pogovor in s tem bolniku pokažemo, da smo dojeli njegove glavne skrbi.
- Pokažemo pripravljenost za pomoč.

Sporočanje slabe novice

Slaba novica je lahko vsaka novica, ki povzroči stisko pri bolniku in njegovi družini. Vendar pa večina zdravnikov pod pojmom slaba novica razume najslabši izid neke poškodbe ali bolezni (invalidnost, težka kronična bolezen, rakava bolezen, smrt ljubljene osebe). Raziskave so pokazale, da večina bolnikov želi biti seznanjena z diagnozo rakastega obolenja, želi izvedeti, kakšna je prognoza ter kakšni so stranski učinki zdravljenja (12). Izziv torej ni povedati ali ne povedati diagnoze hude bolezni, pač pa, kako slabo novico ustrezno sporočiti.

Sporočanje slabe novice je za večino zdravnikov težka naloga. Obstajajo osebni, poklicni in socialni razlogi, ki pojasnjujejo te težave. Občutimo veliko odgovornost in pogosto ne vemo, kako bi pogovor začeli. Bojimo se, da bi novica porušila naš odnos z bolnikom.

Lahko ne poznamo dovolj bolnika, njegovih čustvenih odzivov in socialnih okoliščin. Morda nas je strah bolnikovih čustev ali pa imamo zavore zaradi lastne izkušnje izgube.

Včasih smo negotovi glede vprašanj, ki lahko sledijo ali dvomimo, da poznamo odgovore nanje (13).

Ko sporočamo slabo novico, izberimo primerno okolje, vzemimo si dovolj časa, aktivno poslušajmo bolnika, poskusimo se vživeti v bolnikovo stisko, bodimo poštene in priznajmo si, da ne vemo odgovorov na vsa vprašanja (14).

44 Kodeks medicinske deontologije Slovenije zdravnikom nalaga dolžnost seznanjanja bolnika o njegovem stanju, vendar s poudarkom, da mora to storiti le v njegovo dobro. Če zdravstveno stanje bolniku ne daje upanja na ozdravitev ali če mu celo grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti njegovo družino, če se bolnik sam ni odločil drugače (15).

Zdravnik družinske medicine, ki pozna bolnika in njegovo družino, lažje najde pravi način sporočanja. Pri tem so mu lahko v pomoč priporočila, ki so navedena v nadaljevanju.

- Na posvet se dobro pripravimo, tudi čustveno. Obnovimo pomembne strokovno medicinske informacije in poizvemo o udeležencih posveta ter razmislimo o besedah, ki jih bomo uporabili. Poskrbimo za primeren prostor in zagotovimo zasebnost. Vzemimo si čas za odkrit pogovor z bolnikom o diagnozi, zdravljenju in napovedi poteka bolezni.
- Na začetku srečanja poizvemo, kaj bolnik že ve o bolezni, kako razume rezultate opravljenih preiskav in pregledov, kakšna so njegova prepričanja in strahovi. Bolnika opozorimo, da bo izvedel slabo novice. Pozanimamo se, kaj želi še izvedeti. Ne razlagamo več, kot želi. Pogovor lahko nadaljujemo ob naslednjem srečanju.
- Ne prikrivajmo resnice z lažjo. Čeprav je resnica boleča, je pogosto osvobajajoča. Bolniku lahko vlije veliko voljo do življenja in v njem prebudi skrite moči.
- Novico sporočimo jasno in razumljivo ter dovolimo, da bolnik izrazi svoja čustva, strahove, pričakovanja in skrbi ob novici. Izogibajmo se medicinskih izrazov.
- Vzpostavimo ustrezen stik z očmi, govorimo mirno in če je potrebno sporočilo ponovimo. Uporabimo dotik, ko je primerno. Dovolimo tišino in solze.

- Če bolnik želi, skličemo družino in postopek brez pretirano pesimističnih ali optimističnih napovedi ponovimo. Dovolimo, da vsi izrazijo svoja čustva.
- Ponudimo realistično upanje glede na bolnikove cilje. Svojcem in bolniku nikoli ne napovedujemo, kako dolgo bo še življenje.
- Ne pristajajmo na prikrivanje resnice, če ga od nas zahteva družina ali bolnik. Velikokrat svojci menijo, da bo bolnika resnica strla. Zato molčijo in bolniku prikrivajo svoja čustva. Bolnik pa prav dobro ve, kako je z njim, a se boji govoriti s svojci, da jih ne bi vznemirjal. Tišino lahko zdravnik razreši s primerno razlago. Potem lahko odkrit pogovor med člani družine odstrani pregrade, ki so nastale zaradi molka.
- Naučimo se prepoznati znake zanikanja pri družinskih članih in bolniku. Nekateri ljudje nočejo sprejeti dejstva o kronični bolezni – zanikanje je pri njih obrambni mehanizem. Zanikanja ne smemo preprosto zatreti, vendar pa na vprašanja še vedno odgovarjamo pošteno in ne pristajamo na spodbujanje neresničnih pričakovanj.
- Predlagamo ponovno srečanje za razjasnitev vprašanj, ki se bodo porodila, ko bo začetni stresni odziv mimo.

SKLEP

Zdravniki družinske medicine se pri svojem delu redno srečujemo s težavnimi posveti in težavnimi bolniki. Če smo pozorni na dejavnike, ki vodijo k težavnim posvetom in prepoznamo možne konfliktne situacije, lahko preprečimo neustrezno izražanje konflikta. Pomembno je, da izberemo ustrezen pristop, ki je za različne ljudi in različne situacije različen. Poznavanje sebe in lastne čustvene prtljage zmanjša število in intenzivnost težavnih posvetov. Težavne bolnike le redko spremenimo, a z ustreznim človeškim in preiščljenim pristopom k zdravstveni oskrbi olajšamo življenje bolniku in sebi.

LITERATURA

1. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 293-6.
2. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med*. 1999;159:1069-1075.
3. Klein D, Najman J, Kohrman AF, Munro C. Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *J Fam Pract*. 1982 May;14(5):881-8.
4. Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns* 2005; 58: 296-304.
5. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med* 2003; 57: 1969-80.
6. Goodyear-Smith F, Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship. *Health Care Anal* 2001; 9: 449-62.
7. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002; 55: 283-99.
8. Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley RK. Ending the doctor-patient relationship in general practice: a proposed model. *Fam Pract* 2004; 21: 507-14.
9. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(6):533-41.
10. Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Fam Pract Manag*. 2007 Jun;14(6):30-4.
11. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z et al. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*.2010;154(3):189-97.
12. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996; 313: 724-6.
13. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
14. Vodopivec –Jamšek V. Družina z umirajočim bolnikom. V: Švab I (ur.), Rotar-Pavlič D (ur.). *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva, 2002; 105-111.
15. Dolenc A. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana, 1993.

»TEŽAVNA« OBRAVNAVA: SPORAZUMEVANJE S T.I. »TEŽAVNIM« BOLNIKOM V DRUŽINSKI MEDICINI



Polona Selič¹

SPORAZUMEVANJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom je osrednje gibalno pri oblikovanju odnosa med zdravnikom in bolnikom, sam odnos pa je ključen za zagotavljanje kakovostnega zdravljenja. Pogosto so nezadovoljstvo in pritožbe bolnikov povezane z neustreznim odnosom zdravnika in njegovimi komunikacijskimi spretnostmi in veščinami (1).

Komunikacijsko polje med zdravnikom in bolnikom je v učbenikih sporazumevanja za zdravnike običajno opisano s tremi skupinami dejavnikov (2).

1. Dejavniki pri bolniku:

- telesni znaki/težave,
- psihološki dejavniki, povezani z boleznijo in/ali zdravljenjem (tesnoba, depresivnost, jeza, zanikanje),
- pretekla izkušnja (z zdravnikom in/ali zdravljenjem),
- percepcija zdravnika in bolnikov koncept vloge zdravnika,
- prepričanja o bolezni in zdravju (odnos do lastnega zdravja),
- težava, o kateri se želi pogovarjati (samopredstavitve bolnika),
- pričakovanja, vezana na zdravnikovo ravnanje (temelječa na preteklih izkušnjah z zdravniki in s tem določenim zdravnikom).

2. Dejavniki pri zdravniku:

- veščine v medosebnih odnosih,
- samozaupanje,
- komunikacijske veščine,
- osebne značilnosti,
- telesno stanje in počutje (utrujenost),
- psihično stanje (tesnoba, izgorelost).

3. Situacija (ambulanta):

- zasebnost, nemotenost,
- potrebno udobje (oprema),
- razporeditev, položaj obeh v prostoru.

¹ Doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Komunikacijske in odnosne kompetence zdravnika so za bolnika pomembnejše od strokovnega znanja. Zdravnikovi nasveti so lahko učinkoviti le, če pozna bolnikov način življenja in ga bolnik spoštuje (3, 4).

Za posvet v družinski medicini je med bolj uveljavljenimi modeli Calgary-Cambridge model, ki poda ja strukturo komunikacije med zdravnikom in bolnikom ter jo poveže s klinično obravnavo bolnika (5, 6):

1. **uvodni del:** priprava na posvet, sprejem bolnika in ugotavljanje razlogov za posvet,
2. **zbiranje informacij** (razkrivanje problemov): osvetlitev biomedicinske in bolnikove perspektive ter pojasnjevanje ozadja,
3. **telesni pregled,**
4. **razlaga in načrtovanje:** zagotavljanje zadostnih in ustreznih informacij, zdravnikova pomoč bolniku pri priklicu relevantnih informacij, zdravnikova pomoč bolniku pri razumevanju ter doseganje skupnega razumevanja, kar pomeni tudi vključevanje bolnikovih stališč; načrtovanje in skupno odločanje,
5. **zaključek obravnave/posveta.**

Zdravnik družinske medicine naj bi skozi celotno obravnavo bolnika vzpostavljaj strukturo posveta ter medsebojni odnos z bolnikom (5, 6). Dosledno udejanjanje tega modela v družinski medicini *a priori* ukinja konstrukt »težavnega« bolnika, saj terja upoštevanje in vključevanje bolnikove perspektive, dejavnikov življenjske zgodovine (t.i. ozadje), vključevanje bolnikovih stališč in skupno odločanje.

ODNOS MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM V DRUŽINSKI MEDICINI

48 Zdravilna moč medicine izhaja iz medosebnih razsežnosti odnosa med bolnikom in zdravnikom (7). Stališča, prepričanja in vrednote obeh vplivajo na ta odnos (8).

Zdravnikov odnos do bolnika je povezan s tem, kako zdravnik doživlja in uresničuje svojo profesionalno vlogo, medtem ko bolnikovo dožemanje in ocenjevanje zdravnika izhaja iz odnosa med njima. V oblikovanju tega odnosa je moč izluščiti dve ključni gibalni: trajanje odnosa in izkušnost zdravnika. Znanje, zaupanje, pripadnost in spoštovanje delujejo kot interakcijske značilnosti: vseskozi vzajemno so-vplivata bolnikovo mnenje o zdravniku in bolnikovo zaznavanje zdravnikovega mnenja (9).

Koncept zdravljenja, ki temelji na odnosu med zdravnikom in bolnikom, izhaja iz predpostavk, da odnos med zdravnikom in bolnikom vključuje obe osebi v interakciji, ki je recipročna in čustveno obarvana. Vsi procesi, ki vplivajo na medosebne interakcije, delujejo tudi v odnosu med zdravnikom in bolnikom, ki ga zato ni moč opisovati samo s kognitivnimi procesi (zaznavanje, mišljenje, učenje, spomin). Čustva in razpoloženja v odnosu med zdravnikom in bolnikom se izražajo z besedami, še pogosteje pa z nebesednimi znaki (10).

Bolniki lažje in hitreje oblikujejo odnos z zdravnikom, ki izpolnjujejo njihova pričakovanja in potrebe, na kar najbolj vplivajo zdravnikove veščine komuniciranja: bolniki pričakujejo, da je zdravnik zainteresiran, dobro posluša, razumljivo razloži, se je pripravljen pogovarjati ter jih vključuje v odločanje o zdravljenju (11-13). »Človeški« pristop vključuje temeljitost, skrb in tudi rabo humorja. Asimetrija vlog zdravnik – bolnik ima za posledico različno zaznavanje in zahteva jasnost meja, ki jih skušajo nekateri bolniki prestopiti. Odgovornost in vloga zdravnika je, da sprejema bolnikov komunikacijski stil in spodbuja bolnikovo prosto izpoved, kar je tesno povezano s časom.

Bolniki bolj cenijo zdravnika, ki si vzame čas in jih pazljivo posluša, njihovo zadovoljstvo je povezano z odsotnostjo časovne stiske (11-13).

BOLNIKOVA OCENA ODNOSA Z ZDRAVNIKOM

Povezanost med trajnostjo odnosa, zdravnikovo izkušnostjo in globino odnosa je mogoče ocenjevati v kontekstu posamičnih pričakovanj in zdravstvenih težav bolnika, ob stalnem delovanju za oba zadovoljujoče komunikacije (14). Bolnikova ocena odnosa z zdravnikom odraža njegovo dožemanje in doživljanje poznanosti, zaupanja, pripadnosti, spoštovanja in všečnosti (9).

Za bolnika je pomemben občutek, da »pozna« zdravnika in da zdravnik pozna njega, njegovo življenjsko zgodovino (vključno z družinskim in družbenim okvirom) in pričakovanja. Šele, če meni, da zdravnik upošteva njegov celotni življenjski kontekst in ne le izolirani zdravstveni problem ali simptom, se počuti sprejet in obravnavan kot oseba. Bolnik ocenjuje, da ga zdravnik razume, če le-ta izraža empatijo ter v komunikaciji seže tudi na osebno in čustveno raven. Celostni pristop k bolniku je sicer bolj značilen za trajnejše odnose, npr. za dlje časa trajajoči odnos izbranega zdravnika, v enkratnih stikih pa se je empatija zdravnika pokazala kot dejavnik, ki v bolniku vzbudi občutek, da je celostno obravnavan in sprejet (9).

Zaupanje je lahko sprva zaupanje v zdravnike (zdravništvo), vendar se v osebem stiku preobrazi v zaupanje v konkretnega, »mojega« zdravnika, običajno povezano z odsotnostjo slabih izkušenj. Bolniki opisujejo zaupanja vredne zdravnike kot kompetentne, kot osebe, ki vzbujajo občutek varnosti, komunicirajo odprto in odkrito ter priznavajo (ubesedi) meje svojih zmožnosti. Bolniki ne zaupajo zdravniku, za katerega čutijo, da jim ne verjame, jih ne jemlje resno ter zmanjšuje težo njihovih težav (9). Slednje je lahko zelo pomembno pri obravnavi t.i. »težavnih« bolnikov.

Pripadnost je povezana s trajnostjo/trajanjem odnosa in izraža bolnikovo izbiro – bolnik želi, da ga obravnava določeni zdravnik, kar se kaže zlasti pri dlje časa trajajočih in bolj kompleksnih zdravstvenih in čustvenih težavah oz. motnjah razpoloženja. Pri manjših problemih so bolniki pripravljeni poiskati kateregakoli zdravnika, pri težjih pa »svojega«. Pripadnost vpliva na pripravljenost prenašati neugodne okoliščine in vidike zdravljenja – če bolnik ocenjuje, da mu je tudi zdravnik pripaden, je mnogo bolj dopustljiv do zamud, čakanja ipd. (dejavnikov konteksta) (9).

Pri spoštovanju in všečnosti gre za čustveno razsežnost odnosa med zdravnikom in bolnikom, ki vključuje udobje in simpatijo ter odraža skrb in spoštljivost. Bolnik ima občutek, da je zdravniku mar, odnos zdravnika doživlja kot prijateljski, topel, skrben in tesen (9).

Komunikacijske veščine so zgolj del veščin v medosebnih odnosih. Same veščine komuniciranja niso dovolj za oblikovanje in vzdrževanje odnosa z bolnikom, saj ta presega izmenjavo informacij ter vključuje zaznavanje, občutke v zvezi z zdravstveno težavo, cilje zdravljenja in psihosocialno podporo. Zdravnikove veščine komuniciranja se kažejo kot (15-16):

- zmožnost pridobivanja potrebnih informacij od bolnika v diagnostičnem procesu,
- svetovanje,
- posredovanje navodil in
- oblikovanje skrbnega odnosa z bolnikom,

vse z namenom zagotavljanja kar najboljšega izida zdravljenja in bolnikovega zadovoljstva.

Bolniki, ki ocenjujejo, da zdravnik z njimi komunicira ustrezno in zadovoljujoče, so bolj zadovoljni z zdravstveno oskrbo, sledijo zdravnikovim navodilom in upoštevajo terapijski režim na eni strani, na drugi pa so bolj zavzeti in pripravljeni deliti osebno doživljanje in informacije, ki so lahko pomembne za veljavno diagnosticiranje zdravstvenih težav (17-19).

BOLNIKOVO ZAZNAVANJE BOLEZNI

Večina zdravnikov še vedno deluje po biomedicinskem modelu, medtem ko so bolnikova prepričanja in stališča prej povezana s socio-kulturnim okvirom kot z biologijo in anatomijo. Zdravnik mora upoštevati funkcionalni, socialni in simbolni pomen bolezni za bolnika ter se zavedati pristranosti lastnega pogleda na bolezen in zdravljenje. Šele ubesedeno strinjanje ter dogovor med zdravnikom in bolnikom je tisti dejavnik, ki odločilno vpliva na potek in izid zdravljenja (8).

Zaznavanje bolezni pri zdravniku in zaznavanje bolezni pri bolniku sta različna, v odnosu med zdravnikom in bolnikom pa običajno deluje napačna domneva o identičnosti obeh zaznavnih ravni (3, 4, 8). Bolnikova (samo)predstavitev bolezni/težav je povezana z njegovimi pričakovanji v zvezi z morebitno boleznijo, teži te bolezni in s pričakovanji o poteku zdravljenja. Po zdravnikovi odločitvi o diagnozi se bolnik odloči in sprejme vlogo bolnika ali še naprej deluje iz vloge zdravega človeka (3, 4). V odnosu med zdravnikom in bolnikom je pogosto neosebno zaznavanje in samoopisovanje, vezano tako na pričakovanja obeh in zaznavanje konkretnega odnosa, kot tudi na teži obravnavane zdravstvene težave. Pri kroničnih bolnikih pride do pomika k bolj osebnemu in odvisnemu samoopisovanju bolnikov zaradi strahu pred izgubo nadzora nad lastnim življenjem (3). Instrumentaliziran in objektiviziran odnos med zdravnikom in bolnikom onemogoča bolniku vzpostaviti kolikor toliko realen odnos do svoje bolezni. Za to potrebuje odnosno empatično komuniciranje in občutek zdravnikovega sočutnega razumevanja (3, 4, 10, 17-19).

ČUSTVA KOT DEJAVNIK V MEDOSEBNI IZMENJAVI MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM

Na odnosu temelječega zdravljenja »uporablja« znanje in doživljanje. Znanje prispevata zdravnik in bolnik, vsak iz svoje vloge, doživljanje (čustva in razpoloženja) pa izražata v interakciji s komunikacijo. Čustvena razsežnost odnosa med zdravnikom in bolnikom je posebej povezana z nebesednimi sporočili in s komunikacijskimi veščinami, ki določajo, kako oseba obvladuje sebe in medosebne odnose (npr. samozavedanje) (10).

Poznavanje svojih čustev oz. samozavedanje lahko opišemo kot čustveno zavest, ocenjevanje sebe in zaupanje vase. Gre za prepoznavanje svojih čustev in njihovega učinkovanja, poznavanje lastnih svojih zmogljivosti in omejitev ter čut za lastne vrednote in sposobnosti. Obvladovanje čustev oz. samoobvladovanje lastnega doživljanja, vzgibov in virov predstavljajo samonadzor, odkritost, vestnost, prilagodljivost na spremembe, njihovo obvladovanje in odprtost (20). V odnosu med zdravnikom in bolnikom delujejo čustva na tri med seboj povezane načine: zdravnik in bolnik doživljata in izražata čustva ter ocenjujeta čustva drug pri drugem (21-27).

»TEŽAVEN« BOLNIK V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Zdravnik družinske medicine skuša razumeti in napovedati vedenje svojih bolnikov, bolj ali manj zavzeto si prizadeva odkriti, kaj je povzročilo, da se je oseba vedla, ko se je, in kako so s tem povezani dogodki, ki so sledili. Pri tem, ko presoja, kaj so verjetni vzroki dejanj ali dogodkov, upošteva dvoje (28):

- ali je bolnik ravnal tako, kot je, zaradi sebe, svojih osebnostnih značilnosti – dispozicijski pripis, pri katerem vzroke vedenja pripiše notranjim dispozicijam/značilnostim osebe
- ali je bolnik ravnal tako zaradi situacije, v kateri se je znašel – situacijski pripis.

Obe možni razlagi (pripisa) pomembno vplivata na zdravnikove nadalje stike s tem bolnikom.

Zdravnikovo (obče-človeško) odločanje oziroma iskanje razlag določa poseben sklop pravil: zdravnik se najprej odloči, ali je za lastna dejanja odgovoren akter (bolnik), kdo drug ali situacija (28).

Pri presojanju vedenja drugih je bolj verjetno, da ga dojamemo kot posledico njihovega značaja in ne situacije, v kateri so. Kar pomeni, da smo pretežno nagnjeni k temu, da druge vidimo odgovorne za njihovo lastno vedenje. Ta vrsta pristranosti je temeljna pripisovalna (atribucijska) napaka. Pri presoji lastnega vedenja je tendenca drugačna – mnogo bolj smo nagnjeni k oceni, da je na naše vedenje vplivala situacija (npr. *Ti si slab / jaz sem se znašla v neugodnih okoliščinah*). V določenih okoliščinah smo bolj nagnjeni k pristranskim sodbam – če kaže, da bo imelo vedenje določene osebe učinek na nas, potem pretežno dojemamo osebo kot odgovorno za to dejanje (npr. ker je sporazumevanje s t.i. »težavnim« bolnikom za zdravnika naporno in pogosto frustrirajoče, oceni bolnika kot »težavnega« (dispozicijski pripis)). Kadar ocenjujemo, da je vedenje posebej namenjeno nam, je dispozicijski pripis še verjetnejši. Kadar se ljudje obnašajo skladno z našimi pričakovanji, to navadno pripišemo situaciji. Nepričakovano vedenje pa običajno razumemo kot posledico njihovega »resničnega« značaja (28).

Konstrukt »težavnega« bolnika je nedvomno povezan z zdravnikovo oceno (neprimerne) vedenja bolnika, saj v medosebnih interakcijah neredko deluje vzajemnost simpatije/antipatije – pogosto smo naklonjeni tistim, za katere verjamemo, da so naklonjeni nam, o čemer se odločimo na osnovi njihovega vedenja (28).

Zdravnik nezavedno in vseskozi ocenjuje in primerja vedenje bolnikov – tistih, s katerimi lažje in bolj udobno komunicira, pa tudi z onimi, ki jih prepozna kot »težavne«. Do tega pripisa pride ravno na podlagi primerjave, ko obnašanje določene osebe primerja z obnašanjem drugih – odkriva uglasenost vedenja tega bolnika z vedenjem drugih bolnikov (vedenjski konsenz). Ob zelo uglasenem vedenju zdravnik sklepa, da je vzrok situacija, če je oseba edina, ki se tako vede, lahko to razume kot posledico njenega značaja oziroma osebnosti. Doslednost vedenja je naslednja ocena, ki jo zdravnik oblikuje, ko si skuša razložiti ravnanje določenega bolnika – ali se navadno tako vede (potem je vzrok v osebi) ali ne (vzrok je verjetno v situaciji). V medosebnih odnosih običajno ocenjujemo tudi, kako se oseba vede do različnih ljudi (razločevalnost vedenja), vendar zdravnik priložnosti za ocenjevanje razločevalnosti vedenja določenega bolnika nima prav veliko.

Poleg uglasenosti in doslednosti vedenja na oceno morebitne »težavnosti« bolnika vplivajo pričakovanja. Pričakovanja so eden najpomembnejših načinov (»vzvodov«)

medsebojnega vplivanja (28). V določenih situacijah pričakujemo določene vrste vedenja, pač glede na socialne vloge, ki jih prevzemamo v družbi. V večini socialnih interakcij poteka ravnanje z ljudmi na določen način, zato ker je odnos družbeno priznan in zanj obstajajo ustaljene norme vedenja (npr. socialna vloga zdravnika in bolnika). Če se bolnik vede na način, ki je po zdravnikovih merilih nesprejemljiv, je večja verjetnost, da ga bo zdravnik ocenil kot »težavnega«. Poleg procesa normalizacije je pomemben mehanizem usklajevanja z družbenimi pričakovanji tudi samoizpolnjujoča napoved (prerokba). Gre za domneve/ocene, ki se uresničijo že zato, ker so bile izrečene (ker so se pojavile) (28). Če/ko zdravnik nekega bolnika »prepozna« kot »težavnega«, je večja verjetnost, da se bo ta tudi tako obnašal.

V odnosu med zdravnikom in bolnikom ni vzajemnega samorazkrivanja in odprtosti, kar bolnika neizogibno postavlja v odvisni položaj (3, 9). Učinkovito sporazumevanje pomaga uravnavati bolnikova čustva, zagotavlja ustrezno razumevanje medicinskih informacij ter omogoča prepoznavanje in upoštevanje bolnikovih potreb, stališč in pričakovanj (14).

Na zdravnika in bolnika vplivajo pretekla in sedanja čustvena stanja in izkušnje ter trenutna medosebna interakcija. Čustva vplivajo na kognitivne procese in vedenje (prosocialno vedenje, priklic, odločanje, prepričevanje, obdelavo informacij in stališča). Praviloma je pozornost v komunikacijskem polju usmerjena na bolnikovo čustveno stanje (tesnoba, depresija, simpatijo ali antipatijo do zdravnika), vendar medosebno interakcijo med zdravnikom in bolnikom obarvajo tudi zdravnikova čustva (zahtevni, frustrirajoči bolnik lahko vzbudi jezo, prijetni, relativno zdrav, zavzet in uglašen pa simpatijo). Zdravniki se teh čustev pogosto ne zavedajo ali jih skušajo potlačiti (21-27).

52 Zdravnik in bolnik izražata simpatijo ali antipatijo drug do drugega, bolniki izražajo čustva tudi v zvezi s svojim stanjem. Ocene čustvenega stanja drugega so informacija o odnosu, zlasti o simpatiji ali antipatiji (21-27). »Težavni« bolnik zelo verjetno vzbudi antipatijo in/ali odpor, zato je priporočljivo namesto o težavnem bolniku razmišljati o težavni obravnavi oziroma težavnem/napornem sporazumevanju (30). Stališča in pričakovanja obeh, pa tudi bolnikova življenjska zgodovina (dejavniki v komunikacijskem polju) vplivajo na medosebno interakcijo (2, 30).

Zdravnik družinske medicine kot »težavne« praviloma ne ocenjuje klinično problematične bolnike, marveč je »težavnost« bolnika najpogosteje povezana z odnosom med zdravnikom in bolnikom, velikokrat gre v tem odnosu za težave v sporazumevanju ter za neugodno čustvovanje pri zdravniku (29). V komunikaciji z bolnikom sledi zdravnik trem ciljem (8):

1. oblikovanje kakovostnega medosebnega odnosa z bolnikom,
2. zagotavljanje ustreznega prenosa informacij, ki presega pojasnjevalno dolžnost,
3. vključevanje bolnika v odločanje o zdravljenju.

Zdravnik je vaje ocenjevati vedenje bolnikov, ni pa usmerjen v razmislek o lastnem čustvovanju. Za zdravnika družinske medicine je zato nujno potrebno, da razišče lastni čustveni odziv na »težavno« obravnavo. Zelo verjetno bo jezen, razočaran ali se bo počutil nespoštovanega. Pomembno je, da upošteva lastni delež v medosebni interakciji (31).

Da bi zdravnik lahko razumel bolnikovo vedenje in odzivanje, si mora vzeti dovolj časa za spoznavanje bolnikove življenjske zgodovine in trenutnih življenjskih okoliščin (morebitne zlorabe, razveza, izgube ipd.). »Težavni« bolniki so pogosto zaznamovani in obremenjeni z neugodnimi življenjskimi izkušnjami, kar vpliva na njihovo (z)možnost vzpostavljanja konstruktivnih medosebnih odnosov (31-32).

Poznavanje življenjskih okoliščin in zgodovine bolnika (*Kdo je ta oseba? Kaj se mu/ji je v življenju dogajalo? Kakšna je njegova/njena podporna mreža?*) zdravniku ne služi kot opravičilo za bolnikovo neprijetno ali antagonistično vedenje, ampak kot pomoč za boljše razumevanje in lastno delovanje v medosebnem odnosu. V tem smislu je lahko »težavna« obravnava za zdravnika priložnost boljšega uvida v bio-psiho-socialno stanje bolnika ter ustrezno izhodišče za bolj kakovostno oskrbo (32-34).

PODPORNO KOMUNICIRANJE V »TEŽAVNIH« OBRAVNAVAH

Odnos zdravnika do bolnika je v praksi pogosto instrumentalen in ne vključuje podporne odnosnosti (3, 4, 8, 35). Slednja je pogosto ključnega pomena pri t.i. »težavnih« bolnikih (30).

Podporno komuniciranje temelji na konceptu socialne podpore in izhaja iz namere nudenja pomoči. Socialno podporo zagotavljajo in oblikujejo medosebne interakcije. Bistvo socialne podpore je prejemnikova percepcija in ocena, da je sprejet, ljubljen in pomemben (za druge). Socialna podpora je pomemben psihosocialni dejavnik, ki vpliva na zdravje oz. zmanjšuje verjetnost bolezni, velikost vpliva pa določajo še drugi dejavniki, zlasti tisti, lastni posamezniku (35).

Zdravnikovo morebitno ne-čustveno komuniciranje lahko zavre bolnikove kognitivne odzive in povzroči negotovost ali pa »težavno« vedenje (31). Zdravnik običajno deluje iz racionalne predelave socialne realnosti, bolnik pa pretežno iz emotivno-afektivne ravni, kar je še zlasti opazno pri bolečinah, trpljenju in negotovosti. Bolečina, čustva in razpoloženja so odnose razsežnosti interakcije med zdravnikom in bolnikom, ki terjajo zdravnikovo empatično držo (3, 4, 9, 36).

Zdravnikova zmožnost empatije sovpliva na razvoj zaupanja, ki je središčno gibalno odnosa med zdravnikom in bolnikom (9). V kompleksnem odnosu med zdravnikom in bolnikom je bolnikovo sodelovanje odvisno od prijaznosti, spoštljivosti, skrbi in empatije zdravnika, upoštevanja bolnikovih pričakovanj, čustvovanja in zaznavanja bolezni ter zdravnikovih jasnih in natančnih navodil (3, 10, 17-19). Za odnos med zdravnikom in bolnikom je značilno obojestransko pričakovanje zaupanja, sodelovanja in odgovornega ravnanja. Da bi bil ta odnos dovolj udoben in varen, je potrebno uravnavati neizogibno ambivalentnost, negotovost in strah pri obeh ter bolnikovo ranljivost in odvisnost. Ta je velikokrat še posebej prisotna pri t.i. »težavnih« bolnikih, ne glede na to, kako se vedejo (npr. odklonilno, žaljivo) (37).

SKLEP

V »težavnih« obravnavah je v ozadju »težavnega« vedenja bolnikov v ambulantah družinske medicine pogosto mogoče odkriti njihove neizpoljene simbiotske naravnosti, vedenje samo pa vzbuja v zdravnikih neugodne čustvene odzive. Zdravnikova profesionalna vloga zato zahteva krepitev kompetenc za podporno komuniciranje, zmanjševanje ovir v komunikaciji in empatično delovanje. Bolnikovo »težavno« vedenje pogosto preusmeri zdravnikovo pozornost, medtem ko je bolnikovo zaznavanje boleznih neizogibno drugačno kot zdravnikovo, kar vpliva tudi na njegovo samopredstavitel.

Zaupanje med bolnikom in zdravnikom se lahko razvije le, če zdravnik dejansko obravnava bolnika celovito, kot osebo, ki pričakuje, čustvuje in potrebuje pomoč tako na telesni kot tudi na čustveni ravni. Celovit pristop zdravniku družinske medicine omogoči spoznavanje bolnikove življenjske zgodovine ter olajša uravnavanje čustvenega so-vplivanja v t.i. »težavnih« obravnavah.

Medsebojno sodelovanje ter podporni pristop k bolniku povečuje učinkovito obravnavo tudi t.i. »težavnih« bolnikov, pri zdravniku pa preprečuje frustracije in izčrpanost. Sprememba koncepta »težavnega« bolnika v koncept »težavne« obravnave pomeni zdravnikovo preseganje pripisovalnih napak in samouresničujočih prerokb v medosebni interakciji z bolnikom ter terja od zdravnika nenehno zmožnost samorefleksije, predvsem pa pomeni udeleževanje t.i. partnerskega odnosa z bolnikom v vsakdanji praksi.

LITERATURA

1. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010;10: 38-43.
2. Lloyd M, Bor R. *Communication Skills for Medicine* (3rd ed.). New York: Churchill, Livingstone; 2009. p. 9-27.
3. Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005. p. 352-368.
4. Selič P. Družinska medicina na stičišču kultur - učenje veščin sporazumevanja. In: Kersnik J, ed. *Družinska medicina na stičišču kultur*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2004. p. 13-25.
5. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003;78: 802-9.
6. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci* 2002; Suppl 2: 23-9.
7. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 18-30.
8. Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *Int J Clin Prac* 2007; 61: 303-308.
9. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 116-33.
10. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1: S28-34.
11. Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1391-1394.
12. Wiles R, Higgins J. Doctor-patient relationships in the private sector: patients' perceptions. *Sociology of Health and Illness* 1996; 18: 341-356.
13. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? *Fam Pract Res J* 1993; 13: 133-147.
14. Pandhi N, Bowers B, Chen FP. A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Fam Med* 2007; 39: 266-273.
15. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* 2003; 57: 791-806.
16. Hendon J., Pollick K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84: 309-315.
17. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J* 1983; 32: 260-265.

18. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE., Jr Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 Suppl3: 110-127.
19. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE., Jr Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-528.
20. Goleman D. *Social Intelligence – The New Science of Human Relationships*. London: Hutchinson; 2006. p. 41.
21. Isen AM, Rosenzweig AS, Young MJ. The influence of positive affect on clinical problem solving. *Med Decis Making* 1991; 11: 221-7.
22. Hall JA, Epstein AM, DeCiantis ML, McNeil BJ. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychol* 1993; 12: 140-6.
23. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 69-77.
24. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 347-54.
25. Patrick CJ, Craig KD, Prkachin KM. Observer judgments of acute pain facial action determinants. *J Person Soc Psychol* 1986; 50: 1291-8.
26. Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: a synthesis of four studies. *Med Care* 1996; 34: 1205-18.
27. Rosenberg EL, Ekman P, Jiang W. Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. *Emotion* 2001; 1: 107-15.
28. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares; 2007. p. 43-51.
29. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001; 18: 495-500.
30. Cohen J. Diagnosis and management of problem patients in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 51.
31. Doug O. Teaching medical learners to appreciate "difficult" patients. *Can Fam Physician* 2011; 57: 506-508.
32. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2063-8.
33. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 1-8.
34. Cohen J. Diagnosis and management of problem patients in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 51.
35. Selič P. Socialna podpora in psihosocialni vidik zdravja v lokalni skupnosti. *Družinska medicina* 2006; 4 Suppl 4: 114-125.
36. Milivojević Z. *Emocije* (5th ed). Novi sad: Prometej; 2004. p. 482-514.
37. Powers JS. Patient-physician communication and interaction: a unifying approach to the difficult patient. *South Med J* 1985; 78: 445-7.

ZDRAVNIKOV ODZIV NA TEŽAVNEGA BOLNIKA



Mateja Bulc¹

UVOD

Posvet v ambulanti družinske medicine praviloma predstavlja vir obojestranskega zadovoljstva tako za bolnika kot za zdravnika, a žal ne vedno. Bolniki, ki vzbujaajo v zdravniku negativna čustva – jezo, krivdo, žalost, frustracijo, odpor ipd., so nam vsem dobro znani. Avtorji navajajo, da je od šestih konzultacij vsaj ena »težavna« (1).

Nesoglasje pri sporazumevanju z bolnikom predstavlja pomembno obremenitev zdravnika in njegovih sodelavcev, to breme je produkt interakcije med zdravnikom in bolnikom in sta zanj odgovorna oba, ne le »težavni« bolnik. Veliko vemo o dejavnikih, ki prispevajo k boljšemu ali manj dobremu uspehu kliničnih postopkov. Dejstvo, da sodeluje v posvetu zdravnik ne le kot profesionallec ampak tudi kot osebnost, pa ima vsaj toliko vpliva na uspeh posveta kot njegovo klinično znanje in veščine (2).

Namen prispevka je opisati, kako večji zdravniki družinske medicine prepoznajo, obvladujejo in rešujejo nesoglasja v sporazumevanju (3).

ZNAČILNOSTI »TEŽAVNIH« BOLNIKOV

Večina raziskovalcev opisuje težavne bolnike in težavne situacije (Tabela 1) (3). Pri učenju obvladovanja težavnih bolnikov je izjemno pomembno, kakšne izraze uporabljamo (4, 5). Poimenovanje bolnikov za »težavne« v večini primerov ni niti uporabno niti primerno. Pravičnejše je poimenovati pogovor, konzultacijo oziroma srečanje z določenim bolnikom kot težko ali navesti, da je splet življenjskih okoliščin določenega bolnika vplival na njegovo vedenje, da je težavnejše od ostalih. Etiketiranje bolnikov za »težavneže« je često nepravilno. Stališča in vedenje obeh, bolnika in zdravnika, njuni trenutni in nekdanji življenjski dogodki, vplivajo na to, kako težaven ali uspešen bo pogovor.

57

¹ Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, Ljubljana in Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva 5, Ljubljana

Tabela 1. Značilnosti težavnih bolnikov(3)

| Bolnikov problem | Bolnikove značilnosti | Opis |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Vedenjske motnje | Želja po bolniškem dopustu | Prezaskrbljen |
| | | Ignorira probleme |
| | | Se ne drži navodil |
| | | »Odvisen od zdravnika« |
| | | Družabni obisk |
| | Prezahtevnost | Prelaganje odgovornosti |
| | | Zahteva posebno pozornost zase |
| | Druge lastnosti | Manipulativen |
| | | Jokavček |
| | | Se ne more zbrati |
| | | Redni obiskovalec dežurne službe |
| | | Družinski problemi |
| | | Skrit vzrok obiska |
| Zdravstveni problem | Več problemov | Pretirano prilagodljiv |
| | | Počasnež |
| | Bolečine, odvisnost od analgetikov | Številne težave |
| | | Želi zdravilo (močne analgetike) |
| | Psihiatrične bolezni | Kronična bolečina |
| | | Mejna osebnost |
| | | Zloraba substanc |
| | Drugi problemi | Bipolarna motnja |
| | | Težki problemi |
| | | Težave na delovnem mestu |
| | | Težave s starši |

58

Primer:

55-letni zdravnik opiše težavnega bolnika: » Somatizira, nikoli ni zadovoljen, ima številne zdravstvene težave in pričakovanja, ki niso dosegljiva.«

40-letni zdravnik opiše težavnega bolnika: »Bolnik s kronično bolečino spet želi predpis še več opiatov. Ne vem, ali jih res potrebuje. Želel bi narediti pravo stvar, a je težko ločiti med pomočjo in škodo bolniku.«

Tabela 2. Zdravnikovi razlogi za »težavnost« primera (3)

| Zdravnikove lastnosti | Zdravnikov razlog |
|------------------------------|--|
| Profesionalna identiteta | Ne znam bolje |
| | Neskladje z osebnimi profesionalnimi standardi |
| Osebnosti | Čutim, da be izrablja |
| | Ne zmorem vzpostaviti stika z bolnikom |
| Časovna dimenzija | Vzame mi preveč časa |
| Bolnikova avtonomnost | Bolnik diktira vsebino in potek pogovora |
| Zaupanje v lastne spretnosti | Pretežko |
| Zaupanje v bolnika | Izgubljam zaupanje v bolnike |

ZDRAVNIKOVA ČUSTVA

V raziskavah (3) so potrdili, da več kot polovica zdravnikov prepozna težavnega bolnika oz. težavno situacijo in da je razmislek o lastnih čustvih v takih primerih zelo pomemben del obvladovanja težavnih primerov. Ponavadi so ta čustva frustracija, občutek nemoči, strah, zamera ipd. Teh čustev se moramo zavedati in jih analizirati, razmisliti o svojem odnosu do takih situacij oz bolnikov ter prepoznati svoje morebitne napake, zmote, dvoličnost, neobjektivnost, pa tudi strogo ločevati svoja čustva od bolnikovih. Take situacije nas ne smejo vreči iz tira.

Priporočljiva je tudi analiza dogodka med kolegi, morebiti v Balintovi skupini (8).

VODENJE POGOVORA IN STRATEGIJE OBVLADOVANJA TEŽAVNIH PRIMEROV

V nadaljevanju prispevka navajamo nekaj možnosti učenja obvladovanja težavnih situacij v ambulantni.

Strategije postopanja v težavnih primerih lahko razdelimo na tri skupine (3): sodelovanje, empatija in primerna uporaba moči. Zadnja strategije je prekinitev konzultacije ali celo odnosa, če vse ostale strategije odpovedo. Tak je primer 53-letnega zdravnika, ki je priznal: "Ko vse odpove pri pogovoru z bolnikom, sem zelo frustriran, bolniku ne predpišem nobenega opiata, zavestno zavrem vse svoje sposobnosti vzpostavljanja dobrega odnosa z bolnikom – bolnik si poišče drugega zdravnika" (3).

Namen teh strategij je doseči zdravnikove cilje (dobro zdravljenje, dober izid zdravljenja, dobra organiziranost dela, dobro počutje ...).

Sodelovanje z bolnikom

To pomeni, da bolnik in zdravnik skupno ugotovita zdravstvene probleme, se skupaj odločata za preiskave in zdravljenje. Ker imata vsak svoje poglede in svoje cilje, je sodelovanje nujno.

Njuno zadovoljstvo je večje, če sta njuna načina reševanja problemov podobna, manjše ali ga sploh ni pa tedaj, če sta njuna sloga spopadanja s problemi diametralno nasprotna. V Tabeli 3 navajamo razloge za nerazumevanje in možnosti premagavanja takih neskladij. Gre za določitev prioritete, kliniko in diagnosticiranje, sposobnost odločanja, napotovanja in vodenja.

Navadno te spretnosti uporabljamo skupaj, kot opiše 43-letna zdravnica: "Ponavadi bolnikom veliko svetujem in jih zdravstveno izobražujem, jih spodbujam, da prevzamejo odgovornost ter svoja pričakovanja, ki jih imajo pri zdravniku, prilagodijo našim zmoglostim. Vzpodbujam jih, da o svojem zdravljenju prično razmišljati kot o našem skupnem timskem delu« (3).

Pravšnja uporaba moči

Ta izraz pomeni, da smo bolniku jasno postavili »pravila igre« in meje, ki jih ne more prekoračiti. Moč je v odnosu pomemben dejavnik, tako zdravnik kot bolnik jo imata, a na različnih ravneh, četudi pogosto govore o zdravnikih kot o »bogovih v belem«. Bolnikova moč se kaže v tem, da sam izbira, kaj bo zdravniku zaupal, pa tudi v njegovem sodelovanju pri zdravljenju. Zdravnikova moč se kaže v predlaganem načrtu diagnostike in zdravljenja, in v vodenju pogovora v ambulanti. Če zdravnik bolnika občuti kot prezahtevnega, če se ne podreja predlaganemu načrtu zdravljenja, če ne priznava zdravstvenega problema kot pomembnega, se čuti profesionalno ogroženega in napačno odreagira z »zlorabo« svoje strokovne moči (3).

60

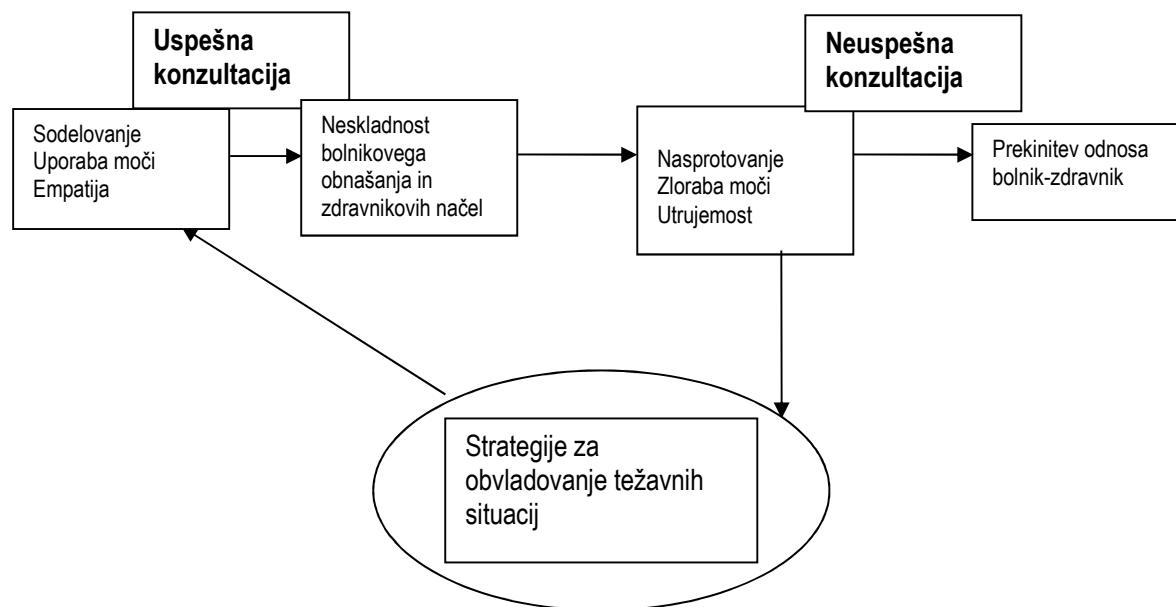
Empatija

je tudi pomembna lastnost, čustveno razumevanje in čutenje z bolnikom smatrajo za pomembna dela uspeha v družinski medicini (3). Empatija je sinonim sodelovanja med bolnikom in zdravnikom. Če se bolnik s svojim obnašanjem zoperstavi zdravniku kot osebi, če skuša z njim manipulirati ali ga izsiljevati, se počuti zdravnik ogoljufanega, njegova skrb je bila zaman, njegovega sočutja ni več, postane utrujen (»compassion fatigue«). Z empatijo, usmerjenostjo na bolnikove probleme in z sočutnostjo lahko težavno situacijo spremenimo v uspešno konzultacijo. Zato je poznavanje in zavedanje lastnih čustev in odgovorov na stresne situacije pri delu za zdravnika tako pomembno (čustvena inteligenca) (3).

Tabela 3. Zdravnikovo obvladovanje težavnih situacij (3)

| Taktika | Strategija | Primeri |
|---|-------------------------------------|---|
| Sodelovanje | Prioritete | Rangiraj bolnikove težave |
| | Diagnostične veščine | Natančno vzemi anamnezo, opravi klinični pregled, morebitne preiskave |
| | Odločanje | Jasno in enostavno razloži bolniku |
| | | Ostani dosleden in objektiven |
| | | Olajšaj odločanje bolniku |
| Delo v timu | Bodi pošten in nepristranski | |
| | Če je potrebno, napoti bolnika | |
| Vodenje | Vključi bolnikovo družino | |
| | Kakovostno zdravi | |
| | Postavi si majhne, dosegljive cilje | |
| Uporaba moči | Vzpostavi pravila igre v ambulanti | Kratkoročno zdravi tudi simptomatsko |
| | | Bolnika večkrat naročaj, daj mu daljši termin |
| | | Uporabi čas |
| | Vzpostavi jasne meje | Vse dokumentiraj |
| | | Izoblikuj jasna pravila |
| Empatija | Empatija | Zmanjšaj število bolnikovih težav |
| | | Navedi jasne meje |
| | | Omeji čas vsakega obiska |
| | | Poskušaj razumeti bolnikovo duševnost in čustva |
| | | Bodi sočuten in vztrajen |
| Še vedno neuspešen pogovor | Prekinitev odnosa | Usmeri se na bolnika (patient centered) |
| | | Poišči in vzpodbujaj pozitivne stvari |
| Oponiranje, zloraba položaja, utrujenost od sočutja | Prekinitev odnosa | Upoštevaj profesionalno distanco |
| | | Odslovi bolnika, a razloži, zakaj vajino sodelovanje ni več možno |

Elderjeva s sodelavci je na podlagi odgovorov zdravnikov družinske medicine na vprašanje, kako se kot ugledni zdravniki spopadajo s težavnimi situacijami v ambulanti, pripravila model učinkovitejšega obvladovanja težavnih bolnikov (Slika 1) (3).



Slika 1. Model obvladovanja težavnih primerov (3)

KAKO UČITI O TEŽAVNIH SITUACIJAH V DRUŽINSKI MEDICINI?

Študentje in specializanti bodo v času učenja srečali veliko bolnikov, veliko situacij. Vse zanesljivo ne bodo prijetne in uspešne. Nekateri bolniki bodo vodljivi, drugi trmasti, nekateri samodestruktivni, nekateri bodo upoštevali navodila, drugi jih prilagodili po svoje, tretji jih bodo popolnoma ignorirali. Pri vsakem srečanju z bolniki bodo študentje imeli svoj odnos in stališče, pa tudi čustva: od zadovoljstva do vznemirjenosti, negotovosti, strahu do užaljenosti, frustracijew do apatije (6-7).

Naloga učitelja je, da študentom pojasni, da niso le bolnikovo obnašanje, bolnikova prepričanja in stališča pomembna za izid srečanja bolnik-zdravnik, ampak, da na izid pogovora prav tako vplivajo zdravnikova prepričanja, stališča in njegovo obnašanje (4). Pojasniti jim moramo, da se neuspešne konzultacije dogajajo nam vsem, tudi najbolj uspešnim, uglednim in izkušenim zdravnikom.

Neuspešno konzultacijo študenta z bolnikom lahko koristno uporabimo, če se o poteku pogovora pogovorimo takoj (feedback). Pogovor lahko začnemo z »Tole je bilo pa naporno, kajne? Kako se počutite? Kaj čutite po tem pogovoru ...?«. Analizirajoč svoja čustva v pogovoru z mentorjem bo študent sprejel, da težavne situacije v družinski medicini niso nekaj izjemnega, obenem pa bo analiziral svoje vedenje in svoj čustveni odgovor ter se naslednjič poskušal z različnimi taktikami uspešneje dogovoriti s »težavnim« bolnikom.

Študent mora znati analizirati vedenje in stališča bolnika, prav tako pa tudi svoje ter se zavedati, kakšen vpliv imajo njegova stališča in vedenje na potek pogovora. Učitelj mora poudariti, da zanikanje ali zatiranje lastnih čustev sicer ni priporočljivo, pred bolnikom pa naj nikar ne rešujejo svojih čustvenih težav.

Študenta je potrebno tudi naučiti zavedanja meja kompetenc zdravnika družinske medicine in meja zaupnosti med bolnikom in zdravnikom. Naučiti se morajo reči »Ne«, če je bolnik prezahteven, na način, ki bolnika ne bo odvrnil, ampak bo še vedno kot enakovreden partner sodeloval tako pri odločanju o diagnostiki kot pri zdravljenju in vodenju bolezni. Če bolniku njegovo željo/zahtevo zavrremo brez razlage in pojasnila, zakaj smo tako ravnali, bodo nejevoljni in razočarani, ker ne bodo razumeli, zakaj smo jim odbili željo ali zahtevo, ki jim vendar »pripada«.

»Težavnost« bolnikov ima svoje vzroke; če jih bo študent poznal, bo take situacije lažje obvladal. Poznavanje življenjskih mejnikov (ločitev, težko otroštvo, zloraba in nasilje v družini, smrt bližnjega ...) velikokrat odgrne težavnost in olajša partnerski odnos.

Raziskave med zdravniki (8) kažejo, da zdravniki svojo osebnost in značaj smatrajo za pomembno pri doživljanju težavnih bolnikov, zato predlagajo, da za težavne označujemo situacije in ne bolnike.

NAMIGI

- Študenti in specializanti se iz srečanj s težavnimi bolniki lahko veliko naučijo, si pridobijo izkušnje in se naučijo uspešneje obvladovati takšne situacije.
- Učenci naj se naučijo oceniti tako lastna čustva in obnašanje kot vedenje bolnikov, raziskujoč, kako so njihova lastna čustva vplivala na izid pogovora.
- Naučimo jih reči »Ne« učinkovito, brez pregovarjanja ali odvrčanja bolnikov, ampak kot normalen del pogovora, ki je dosegel meje zdravnikovih možnosti, kompetenc in potrpežljivosti.
- Natančna anamneza in klinični pregled pokažeta bolniku, da resno jemljemo njegove navedbe in večkrat odvrneta konflikt.
- Vselej je potrebno bolnika jemati kot celoto, da lažje napovemo in razumemo njihovo vedenje in učinkoviteje zdravimo (3-5, 8).

LITERATURA

1. Breuner CC, Moreno AM. Approaches to the Difficult Patient/Parent Encounter. Pediatrics 2011; 127(1); 163-169
2. Chou C. Dealing with the difficult patient. Wisconsin medical Journal 2004; 103(6):35-38.
3. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. J Am Board Fam Med. 2006; 19(6): 533-541.
4. Olive D. Teaching medical learners to appreciate "difficult" patients. Canadian Family Physician 2011; 57 (4): 506-508.
5. Gafaranga J, Britten N. "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. Family Practice 2003; 20 (3): 242-247.
6. Kersnik J. Reševanje nesoglasja pri kulturnih razlikah. Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004; 169-174.
7. O'Riordan M, Skelton J, de la Croix A. Heartlift patients? An interview-based study of GP trainers and the impact of 'patients they like'. Family Practice 2008; 25: 349-54.
8. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. Family Practice 2001; 18 (5): 495-500.

HIŠNI OBISK PRI TEŽAVNEM BOLNIKU



Andrej Kravos¹, Darinka Klančar²

UVOD

Hišni obisk je večina, ki je zelo značilna za zdravnika družinske medicine (1). V Sloveniji je hišnih obiskov približno 1 % od vseh obiskov v ambulanti. Kljub temu, da je hišnih obiskov veliko manj kot pred desetletji, ohranjajo svoj pomen. V prvi vrsti so nujno potrebni za kakovostno zdravstveno oskrbo bolnikov (2, 3). Pomembni pa so tudi za zdravnika, ker so bolniki običajno zelo hvaležni, če pride zdravnik na njihov dom. Prinašajo tudi korist za družbo in so eno izmed ogledal, kako družba poskrbi za bolnike in starostnike.

Zaradi zmanjševanja hišnih obiskov so postali kriteriji za hišni obisk pri zdravnikih strožji (4, 5). Upadli so predvsem hišni obiski pri bolnikih v srednjem življenjskem obdobju in pri otrocih, pri starostnikih, hudih kroničnih bolnikih in umirajočih pa upad ni bil tako velik. Tako kot pri ambulantnem delu, se tudi pri hišnih obiskih srečujemo s težavnimi bolniki, pa ne samo bolniki, še pogosteje s težavno družino ali partnerjem, svojci, sorodniki ali drugimi skrbniki. V takih situacijah nudi hišni obisk dodatno priložnost za razjasnitev težav in problemov in tudi za izboljšanje sodelovanja z bolnikom ali svojci in zdravljenja.

65

Na hišnem obisku se srečata bolnik in zdravnik na najbolj neposreden način. Čeprav se zdi, da je glavni cilj vsakega hišnega obiska zdravljenje bolezni oziroma reševanje zdravstvenih težav, slej ko prej spoznamo, da je to le del nalog zdravnika družinske medicine (6). Reševanje težav se lahko začne pri bolezenskih znakih in postavljanju diagnoze. Kakovostnejši pristop k zdravstvenemu problemu pa je model celostnega pristopa, ki združuje telesne, duševne in socialne prvine bolnikove zdravstvene težave. Korak dalje pa je družinski pristop (7). Zdravnik, ki uporablja družinski pristop, s svojim znanjem in sposobnostjo vživljanja zajema širše okoliščine zdravstvenih težav in bolniku in družini pomaga, da tudi sama išče pot k izboljšanju zdravja. Vsak bolnik je v svojem svetu vrednot, želja in pričakovanj obdan z neposrednim družinskim in širšim delovnim in družbenim okoljem. Pogosto je okolje odločilno pri izhodu bolezni. Na hišnem obisku se zdravnik še bolj kot v ambulanti sooča s širšim družbenim kontekstom bolezni (8).

Zdravnik družinske medicine izkoristi vsak stik z družinskimi člani in še posebej s celo družino, da jih spozna, vzpostavi z njimi dober odnos in tudi za zbiranje podatkov, ki bi mu utegnili služiti pri trenutni in eventualni prihodnji obravnavi svojih bolnikov. Hišni obisk je tako gledano močno diagnostično in terapevtsko orodje v zdravnikovih rokah. Zavedati se mora izjemne priložnosti, ki mu jo daje obisk družine v njenem najbolj ranljivem obdobju – v bolezni in za družino najbolj naravnem okolju – na domu.

¹Asist. mag. Andrej Kravos, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

²Prim. Darinka Klančar, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

PRIMER

Hčerka vaše 88-letne bolnice, ki ima začetno demenco, hipertenzijo, osteoporozo in je pred 5 leti utrpela ICV, vas kliče na hišni obisk k materi, ki jo je za vikend obiskala in ugotovila, da se je njeno zdravstveno stanje poslabšalo od takrat, ko jo je pred šestimi meseci zadnjič obiskala. Mati naj bi tožila o bolečinah v trebuhu, težavah z zaprtjem. Mati ji je potožila, da ima v črevesju verjetno neko bulo, ki ji dela težave z zaprtjem. Hči je nato na internetu preverila in je prepričana, da ima mati raka na črevesju. Kliče vas po telefonu, ker živi daleč proč od matere in zahteva, da jo pošljete na preiskave, da preverite, če ima res raka. Za mamo sicer skrbi sosed, ki ji prinaša hrano, ji pospravlja stanovanje in ji občasno prinaša kaj iz trgovine. Sicer mamo občasno obišče tudi patronažna sestra, ji meri krvni tlak, jo spodbuja k vstajanju iz postelje, kjer mama preživi veliko časa. Mama je sicer pokretna, a nima volje za nič več. Najraje bi umrla, saj ima občutek, da je vsem odveč. V dom za ostarele ne bi šla pod nobenim pogojem. Hčerka zahteva, da jo napotite v ustrezno bolnišnico, kjer bodo poskrbeli za njeno mamo, saj čedalje težje plačuje sosedo, ki skrbi za mamo. Prepričana je, da mama sodi v bolnišnico, saj ji to pri 88 letih pripada potem, ko je vse življenje redno plačevala zdravstvene prispevke.

Zdravnik se v danem primeru srečuje s težavnimi svojci, ki so zahtevni, nimajo uvida v situacijo, pričakujejo rešitve situacije, ki presega strogo klinično patologijo. Zato mora poznati vse karakteristike hišnega obiska in hkrati obvladati strategije za ravnanje s težavnimi bolniki. V opisanem primeru je vlogo težavnega bolnika prevzela svojka z nerealnimi pričakovanji. Zdravnik mora torej ohraniti profesionalnost in opraviti hišni obisk v skladu s priporočili stroke.

HIŠNI OBISK

Veščine za opravljanje hišnega obiska pri težavnem bolniku se pravzaprav ne razlikujejo bistveno od običajnega hišnega obiska. Pri opravljanju hišnih obiskov so zelo pomembne izkušnje. To je veščina, ki se jo učimo do konca kariere. Vsekakor pa so nam v pomoč tudi razna priporočila in primeri iz prakse. Če upoštevamo priporočila in navodila, ki veljajo tudi sicer za hišne obiske in zdravljenje na domu, bo tudi hišni obisk pri težavnem bolniku lažji.

Ker ima hišni obisk več faz: od sprejema naročila, priprave, poti, same izvedbe hišnega obiska, vrnitve in evidentiranja, moramo biti v primeru težavnega bolnika ali svojcev še posebej pazljivi pri posameznih fazah (8). Vsaka faza ima svoje posebnosti in pasti. Sprejemanje in odločanje, kdaj iti na hišni obisk in kdaj ne, je ena izmed najtežjih nalog. Pri sprejemanju naročila za hišni obisk je prav, da imamo na razpolago osnovno zdravstveno dokumentacijo. Tako nam ne bo potrebno ugibati ali brskati po spominu posameznih podrobnosti, ampak bomo točno vedeli za dosedanje zdravstvene težave in ukrepe. Še boljše je, če se lahko za hišni obisk dogovorimo naprej, kadar je to možno. Zlasti pri obravnavi težavnega bolnika je načrtovanje hišnih obiskov zelo priporočljivo. Pri mnogih težavnih bolnikih je namreč problem, da pretirano uporabljajo zdravstveno službo, diagnostične in terapevtske ukrepe, kar je primer tudi v pričakovanjih svojke našega primera bolnice. Pri načrtovanih hišnih obiskih nam je tudi priprava olajšana. Priprava za hišni obisk je namreč zelo pomembna. Pripraviti si moramo dokumentacijo o bolniku, razmislimo, če potrebujemo še dodatno opremo (npr. EKG, oksimeter, glukometer, pribor za odvzem krvi ali terapijo, razna navodila za bolnike ali svojce ...).

Razmisliti moramo tudi, ali bi s seboj vzeli tudi medicinsko sestro ali kakšnega drugega sodelavca. Na koncu hišnega obiska pa je prav, da si vse pomembne podatke skrbno evidentiramo v zdravstveni karton. Slab zapis v karton so pogosto maščuje, saj si je nemogoče zapomniti vse podrobnosti.

Modelov in priporočil, na kaj naj bi bil zdravnik pozoren pri bolniku na domu, zlasti pri kroničnem bolniku, je veliko. Uporaben je model Ameriških zdravnikov družinske medicine, ki si ga je lahko zapomniti. To je INHOMESSS model (9):

- I (immobility): Zdravnik oceni pokretnost bolnika in oceni sposobnosti za izvajanje vsakdanjih aktivnosti, kot so oblačenje, obuvanje, kopanje, osebna nega, hranjenje in kontinenca. Pomembne so tudi druge zmožnosti opravljanja vsakdanjih opravil, ki so potrebne za samostojnost: uporaba telefona, jemanje zdravil, plačevanje računov, nakupovanje hrane, kuhanje in vodenje gospodinjstva. Bolnika nagovorimo, naj nam pokaže, kako izvede določene aktivnosti. Lahko opazimo takšne banalne probleme, kot je nezmožnost odpiranja škatlic zdravil pri bolniku s hudim artritidom. V našem primeru bo zdravnik skrbno zapisal vsa opažanja, da jih lahko v naslednji fazi posreduje zahtevni svojci.
- N (nutrition): Zdravnik naj oceni stanje prehranjenosti bolnika, njegove prehranske navade in živila, ki jih uporablja. Že pogled na mizo ali v hladilnik lahko veliko pove. Posebej pozorni smo zlasti pri bolnikih, ki smo jim svetovali dietno prehrano, pa nismo prepričani, ali se je drži. Sladkarije na mizi pri bolniku z neurejeno sladkorno boleznijo nam lahko veliko povedo. Pri kroničnih bolnikih in starostnikih je možen tudi problem podhranjenosti, kalorične ali pa beljakovinske. Prehranjenost v našem primeru verjetno ne bo problem, saj za bolnico skrbi sosed, lahko pa seveda doživimo presenečenje, če je ta oskrba pomanjkljiva.
- H (home environment): Zdravnik naj oceni, kakšne možnosti nudi dom in soseščina za socializacijo, varnost, zasebnost in udobje bivanja. Te potrebe so poleg bioloških zelo pomembne za dobro počutje in tudi za dobro zdravje. V časovni stiski mnogokrat spregledamo te socialne vidike oskrbe na domu in zato tudi uspeh zdravstvenih ukrepov ne more biti optimalen. Sem spada tudi vtis o socialno-ekonomskem statusu bolnika. Od tega je lahko odvisno, koliko pomoči si bo lahko sam plačal ali če si lahko nakupi svetovane pripomočke. Morda pa ugotovimo, da ima komajda za preživetje. V našem primeru je verjetno prav osamljenost tista, ki muči našo bolnico. Hči prihaja redko, ko pride, poskuša postaviti vse stvari na svoje mesto. Verjetno ima slabo vest, zato skuša del odgovornosti prenesti na družbo, ki pa bolničine težave z osamljenostjo ne more rešiti.
- O (other people): Zdravnik naj oceni vlogo, ki jo igrajo posamezni družinski člani in socialno podporo, ki je je deležen bolnik. Hišni obisk je ena izmed najboljših možnosti, da se ocenijo odnosi med družinskimi člani in družinska dinamika. Oцени naj tudi, ali ima bolnik glavnega oskrbovalca in pomočnike in z njimi naveže dober odnos, zlasti z glavnim oskrbovalcem. Zelo velik problem nastane, če ostareli ali hudo bolni nimajo svoje družine ali svojcev. Oskrba takšnih bolnikov je zelo zahtevna. Lahko pa se srečamo tudi z drugim problemom, ko svojci igrajo negativno vlogo, npr. nasilje v družini, zanemarjanje starostnikov. Tudi v teh primerih je hišni obisk lahko priložnost, da se ti problemi prepoznajo in sprožijo ustrezni ukrepi. Nikakor ne smemo pozabiti na problem izgorelosti svojcev. Tudi to je pogost in zelo resen problem, ki ga najlažje zaznamo na domu. V danem primeru bo zdravnik po opravljenem hišnem obisku potreboval veliko energije za korekten razgovor s svojko, ki ima očitno v ozadju lastne težave, da bosta našla kompromis oz. neko rešitev za našo bolnico.

- M (medication): Zdravnik naj oceni bolnikovo sodelovanje pri jemanju zdravil. Pregled zalog zdravil pove lahko marsikaj o natančnosti jemanja in o eventualni zlorabi zdravil. Prav tako naj zdravnik oceni jemanje zdravil, ki se jih dobi brez recepta in zeliščnih pripravkov. Ni redek slučaj, da pri težavnih bolnikih, kjer nikakor nismo uspešni z zdravljenjem ugotovimo, da jih sploh ne jemljejo, ali da jih jemljejo po svoje ali pa da jemljejo zdravila, ki mu jih nismo predpisali. Tu bo treba preveriti, kako dejansko sosedja lahko zagotavlja nadzor nad jemanjem zdravil pri bolnici, ki očitno izraža naveličanost nad situacijo in si celo želi umreti. Primeren ukrep je seveda aktivacija patronažne službe, saj medicinska sestra lažje posega na področje jemanja zdravil in ustrezno motivira bolnico.
- E (examination): Zdravnik naj glede na zdravstvene težave opravi ustrezen pregled, vključno z ugotavljanjem pravilne uporabe pripomočkov (npr. merjenje krvnega sladkorja, uporaba inhalatorja in podobno). Klinični pregled na domu se ne razlikuje od običajnega v ambulanti. Občasno je potrebno improvizirati zaradi slabših pogojev in opreme. Na domu tudi nimamo običajne administrativne in računalniške podpore tako kot v ambulanti. Včasih je prav, da s seboj vzamemo tudi medicinsko ali patronažno sestro, če predvidevamo bolj kompleksen pregled ali več preiskav. V zadnjih desetletjih je tehnika močno napredovala, tako da imamo na voljo veliko diagnostičnih pripomočkov, ki jih lahko vzamemo tudi na bolnikov dom. V našem primeru mora zdravnik ne glede na nelagodni občutek ob klicu bolničnine hčere pregled opraviti korektno v skladu s strokovnimi smernicami in danimi možnostmi na terenu.
- S (safety): Zdravnik naj oceni, ali nudi bolnikovo okolje udobno in varno bivanje. Prostori, kjer preživijo nevarnosti, so lahko kopalnica s spolzkimi tlemi in težko dostopno kadjo, stranišče brez ročajev za držanje, kuhinja z vsemi kuhinjskimi napravami, stabilnost pohištva, stopnice, preproge in še mnogo drugih stvari. Pri bolnikih, ki imajo npr. težave z ravnotežjem, je lahko vsaka ovira na tleh, strme stopnice ali spolzka kopalnica vzrok poškodb. Pri degenerativnih obolenjih sklepov, živčno-mišičnih boleznih ali oslabelosti so lahko tudi stopnice za bolnike nepremostljiv problem in jih omejujejo na stanovanje. Tudi udobje bivanja je pomembno, npr. ali je temperatura in vlaga v stanovanju primerna, kako je z dnevno svetlobo, osvetlitvijo in podobno. Posebnih nevarnosti zdravnik v primeru naše bolnice ne pričakuje, mora pa biti pripravljen na vsa presenečenja.
- S (spiritual health): Kultura, odnos do važnih življenjskih vprašanj, boleznih smrti so vsekakor pomembni, če hočemo uporabljati celostni pristop in se približati bolniku tudi s tega stališča. Odnos do umiranja je lahko zelo drugačen od bolnika do bolnika oziroma med različnimi družinami. Prav je, da se ob ustrezni priložnosti napelje pogovor tudi na to temo. Bolnik, družina in svojci so lahko v hudih stiskah in ne vedo, kako bi se najbolje odločili pri umirajočem bolniku. Mnogi bodo zelo hvaležni, če bomo odkrito spregovorili tudi o teh problemih. V takih situacijah se zdravnikova služba najbolj prepleta s človečnostjo. Če silimo terminalno bolnega v bolnišnico, čeprav vidimo, da si tega ne želi, smo zgrešili svoje poslanstvo. Če so v stanovanju religiozni predmeti ali literatura, lahko zdravnik usmeri pogovor tudi na vpliv verskega prepričanja bolnika na zdravljenje. Najboljše je, kadar se zdravnikov načrt zdravljenja ujema s bolnikovimi željami in prepričanjem.

- S (services): Če se z oskrbo bolnika na domu ukvarjajo tudi druge službe, lahko sodelovanje zdravnika z njimi poveča kakovost oskrbe. Zdravnik naj ugotovi, katere službe so v pomoč bolniku in z njimi vzpostavi stik. Največ problemov in najboljši načrt oskrbe se reši prav na domu ob bolniku. V našem primeru je vsekakor priporočljivo, da bolnik najprej opravi razgovor s patronažno sestro, ki verjetno že obiskuje našo bolnico, sicer je potrebno, da jo tja napoti z delovnim nalogom. Tako si bo že pred obiskom ustvaril bolj realno sliko in ne bo tipal v temi oz. se bo izognil številnim presenečenjem.

Zdravnik družinske medicine obravnava svoje bolnike v skladu s svojimi kompetencami po Evropski definiciji družinske medicine (DM) (3). Zdravnik družinske medicine pomeni za bolnika prvi stik z zdravstveno službo, ko ima težave vseh vrst, ne le strogo medicinske. Dostop do zdravnika družinske medicine je odprt, neomejen, pri tem ta rešuje vse vrste težav, ob tem mora upoštevati omejitve kot so čas, finance, razpoložljiv strokovni kader, v primeru hišnega obiska tudi oddaljenost bolnikovega doma.

Ravnanje zdravnika je usmerjeno v bolnika in ne le v njegove diagnoze, z njim vzpostavlja dolgotrajen, po možnosti kakovosten odnos. Pri tem ima največ težav prav s težavnimi bolniki, s katerimi le s težavo vzdržuje profesionalen odnos. V danem primeru je ta profesionalni odnos zaradi nerealnih pričakovanj svojke zelo ogrožen.

Zdravnik družinske medicine uporablja specifičen način reševanja problemov, oskrbo ne le v ambulantni, ampak tudi na bolnikovem domu, kjer pa so prav posebne okoliščine za kakovostno oskrbo: oddaljenost, slabe higienske razmere, odsotnost družinskih članov ali skrbnikov, socialna stiska, nasilje, zloraba alkohola ...

69

Zdravnik mora v obravnavo vedno vključiti družino, v primeru, da je ta zahtevna in vedno znova kliče zdravnika na dom, ima zdravnik posebne težave in pomembno je, da obvlada strategije za njihovo obvladovanje. To velja tudi v našem primeru.

OPREDELITEV HIŠNEGA OBISKA TEŽAVNEGA BOLNIKA

Vsi zdravniki smo si enotni, da obstajajo bolniki, pri katerih se ti zbudijo neprijetna čustva, ko izveš, da so v čakalnici ali moraš k njim na hišni obisk. Opisuje jih tudi medicinska literatura (10, 11). V tej neprijetni situaciji se prepletajo lastnosti zdravnika, bolnika, okolja in komunikacijske veščine (12, 13).

Zdravniki, ki so preobremenjeni z delom, pri delu nezadovoljni, imajo manj izkušenj in ne obvladajo psihosocialnih veščin, doživljajo več bolnikov kot težavnih. S strani bolnika na težaven odnos vplivajo bolezn, psihosocialno stanje in okolje, iz katerega izvira (14-16).

Literatura in izkušnje nam kažejo več lastnosti težavnega bolnika (17). Težavni bolniki so po navadi prekomerno zaskrbljeni, ne povedo dejanskih težav, so neprilagodljivi, imajo težave s socialnimi stiki, so neprilagodljivi, so neodgovorni, so zelo zahtevni, včasih manipulativni, površni, pogosto imajo družinske konflikte, skrite načrte, včasih lepljivi, počasni, tožijo o bolečinah, zahtevajo preiskave in zdravila, pogosto se za vsem tem vedenjem skriva psihiatrična diagnoza, zloraba substance, mnogi kompenzirajo težave z begom v delo. Gre torej za kompleksno povezavo med vedenjskimi in medicinskimi problemi. V našem primeru srečamo kar nekaj teh lastnosti pri svojki.

STRATEGIJE ZA OBVLADOVANJE TEŽAVNEGA ODNOSA

Zelo malo raziskav opisuje metode, kako obvladati odnos s težavnim bolnikom (18). Strategije za obvladovanje odnosa s težavnim bolnikom delimo v tri kategorije: sodelovanje/partnerstvo z bolnikom, empatija in primerna raba virov.

Zdravnik se mora tudi v danem primeru skrajno potruditi, da prisluhne zahtevam svojcev, za katere je sicer prepričan, da so preveč zahtevni in nerealni. Nujno mora upoštevati vso preteklo anamnezo in dogodke v bolnikovem življenju ter dogajanju v njegovi družini. To je seveda lažje, če bolnika dobro pozna in ga spremlja že več let. V danem primeru mora obisk seveda opraviti, pri tem pa posvetiti veliko časa zahtevni svojki. Zahtevati mora, da ta izpolni svoj del odgovornosti in je po možnosti prisotna na domu, ko obišče svojo bolnico. Sicer jo povabi na razgovor, na katerega se mora dobro pripraviti. Potruditi se mora, da ji da veliko razlag, pri tem pa ostati objektivni in ne vsiljevati doktrinarnih stališč, ki jih svojka ne razume in jo odbijajo. Truditi se mora, da zahtevno svojko vključi v svoje odločitve, pri tem pa obvezno upoštevati bolnico ali svojko, čeprav mu njuno mnenje ne ugaja. Ostati mora pošten in objektivni. Da bi zagotovil kakovostno oskrbo bolnice, h kateri je klican, si mora zastaviti majhne in dosegljive cilje v odnosu do bolnice in svojke. Storiti mora vse, da kratkoročno olajša bolničine najhujše simptome, razišče njihove vzroke in jih po možnosti odpravi. V danem primeru mora zdravnik paziti na racionalno izrabo časa. Če si ne bo vzela časa ob prvem obisku ali razgovoru s svojko, si bo nakopal nezaupanje in vedno nove zahteve prestrašene, pretirano zaskrbljene ali enostavno zahtevne svojke. Pametno je raziskati vzroke za svojkiino vedenje. Voditi mora kakovostno dokumentacijo in beležiti vse podrobnosti. V odnosu, ko vključuje tudi težavnega svojca, pa mora jasno postaviti svoja pravila in meje. Najslabša strategija je ignoranca ali celo predlog svojki, naj si najdejo drugega zdravnika.

70

Zdravnik lahko v danem primeru podleže negativnim čustvom, ki ga zajamejo ob klicu zahtevne svojke. Če tako ravna pogosto, lahko postane nemočen, razočaran in jezav. To se zlasti dogaja z bolniki, ki so stalno bolni, zahtevni, imajo številne težave, zlasti bolečine in zahtevajo zdravila ali preiskave (19).

Mnogi zdravniki pri tem izgubijo nadzor nad svojim profesionalnim ravnanjem. To vodi v negativna čustva, težave v komunikaciji in hudo nezadovoljstvo pri zdravniku (20). Sodelovanje pri opisanem hišnem obisku bo možno šele, ko zdravnik in težavni bolnik/svojec skupaj definirata problem in dogovorita potrebne diagnostične in terapevtske postopke. Pri tem pa se je treba zavedati, da imata zdravnik in bolnik vsak svoje prioritete (21), ki pa jih je treba s potrpežljivostjo uskladiti.

Vsega tega se mora zavedati zdravnik, ki je klican na hišni obisk na željo bolnika ali svojcev, ki nimajo realnega uvida v dano situacijo. Zdravnik družinske medicine je mnogokrat klican na hišni obisk, za katerega meni, da ni potreben, da je bolnik preveč zahteven in nepripravljen kaj storiti zase (prito v ambulanto). Še večkrat se tako mnenje pojavi, ko na obisk kličejo svojci, ki so morda slučajno obiskali svojca in hoteli takoj storiti zanj kaj dobrega. Ta težnja mnogokrat izvira iz njihove slabe vesti ali nerazčiščenih odnosov med sorodniki.

SKLEP

Hišni obisk je tudi danes sestavni del dela zdravnika družinske medicine ne glede na to ali gre za običajne ali težavne bolnike. Brez tega težko govorimo o dostopnosti, stalnosti in celostnosti zdravljenja, ki naj bi bile temeljne značilnosti družinske medicine. Sodoben pristop k zdravljenju nedvomno potrjuje strokovno utemeljenost hišnih obiskov in zdravljenja na domu (2, 22). Omogoča učinke, ki jih nima nobena izmed ostalih aktivnosti v družinski medicini, še manj pa pri drugih specialnostih v medicini. Domače okolje olajša sporazumevanje in omogoča tudi številne podatke o družini. Kljub večji porabi časa in slabemu nagrajevanju hišnih obiskov, je možno to vključiti v svoje redno delo s kakovostno organizacijo (23).

Hišni obisk je večšina, ki se je učimo predvsem na svojih izkušnjah ali pa na izkušnjah drugih zdravnikov. Kljub temu, da je časovno neracionalen, pogosto prinese veliko zadovoljstva bolnikom in tudi zdravnikom. Prav gotovo je tudi to področje dela, kjer se najbolj prepleta medicina in človečnost in osebne lastnosti in stališča zdravnika pogojujejo tudi njegov odnos do bolnika in cele družine. Za opravljanje hišnih obiskov in zdravljenja na domu lahko upravičeno trdimo, da ni medicina samo stroka, ampak tudi umetnost.

Praktična priporočila za hišni obisk pri zahtevnem bolniku so navedena v nadaljevanju.

- Načrtuj. Hišni obisk oziroma zdravljenje na domu je bolje načrtovati, kot prepustiti, da bolniki ali svojci pogosto kličejo. Tako smo na hišni obisk bolj pripravljeni, tako strokovno kot čustveno.
- Bodi pripravljen. Dobro je, če ima zdravnik ali ambulanta že naprej izdelana pravila, kako obravnavati zahteve po hišnih obiskih. Pod ta nasvet sodi tudi skrb za ustrezno opremo.
- Ne tvegaj po nepotrebnem. Kakršnokoli zanašanje, češ »saj ni tako hudo kot pravijo«, se slej ko prej konča slabo. Zahteve po hišnih obiskih je potrebno jemati resno. Če si v dvomu, ali bi šel na hišni obisk, potem je na hišni obisk potrebno iti.
- Opazuj. Hišni obisk nudi enkratno možnost neposredno opazovati bolnika v okolju, v katerem živi. Take možnosti nima noben drug diagnostični postopek v medicini, zato ga je potrebno izdatno izkoristiti. Opazovati je treba ne samo bolnika, ampak tudi njegovo okolje.
- Vzpostavi stik z domačimi. Ljudje, ki z bolnikom živijo, so lahko naši močni zavezniki, če jih znamo pravilno uporabiti za bolnikovo dobrobit. Dober zdravnik naredi iz njih svoje zaveznike.
- Natančno si zapiši. Čas, ki ga porabimo za zapisovanje hišnega obiska v kartoteko, ni izgubljen in se nam večkratno obrestuje kasneje.

LITERATURA

1. Unwin BK, Tatum PE 3rd. House calls. *Am Fam Physician* 2011;83:925-38.
2. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice* 2011, 12:24.
3. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. Letniku MF UM 1. Izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta, 2007:44-46, 32-41.
4. Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006;7:58.
5. Marcinowicz L, Chlabicz S, Gugnowski Z. Home visits by family physicians in Poland: Patients perspective. *Eur J Gen Pract* 2007;13:237-8.
6. Kravos A. Zdravljenje na domu. *Zdrav Vestn* 2005;74:803-7.
7. Rotar-Pavlič D. Družinski pristop. In: : Švab I, ed. Družina v družinski medicini. 14. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino / Združenje za družinsko medicino SZD, 1997: 43-60.
8. Kravos A. Hišni obisk. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulante. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001:7-18.
9. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician* 1999;60:1481-8.
10. Christensen GJ. Treating the potential problem patient. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1591-3.
11. Gillette RD. 'Problem patients': a fresh look at an old vexation. *Fam Pract Manag* 2000; 7: 57-62.
12. Bellon JA, Fernandez-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 33-41.
13. Adams J, Murray R 3rd. The general approach to the difficult patient. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16: 689-700.
14. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 293-6.
15. Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980; 11: 933-8.
16. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. *J Fam Pract* 1987; 24: 607-10.
17. Nancy Elder N, Rick Ricer R, Tobias B. How Respected Family Physicians Manage Difficult Patient Encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(6):533-541.
18. Haas L, Leiser J, Magill M, Sanyer O. Management of the difficult patient. *Am Fam Phys* 2005; 72: 2063-8.
19. Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract* 1989; 28: 59-63.
20. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001; 174: 13-8.
21. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 308-14.
22. Kao H, Conant R, Soriano T, McCormick W. The past, present and future of house calls. *Clin Geriatr Med.* 2009;25:19-34.
23. Švab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice. *Fam Pract* 2003;20:58-60.

