

REŠEVANJE NESOGLASJA PRI KULTURNIH RAZLIKAH

Janko Kersnik¹

UVOD

Kot kaže, smo se v ihti po čim boljšem pouku veččin sporazumevanja in v želji po enakosti obravnave pri izobraževanju preveč posvečali t.i. vzorčnemu bolniku ter pri tem spregledali bogastvo in prekletstvo razlik naših bolnikov. Posledice neupoštevanja le-teh so lahko večplastne. Glavne posledice za bolnika so nezadovoljstvo, pritožbe in menjave zdravnika (1-3). Druga oblika posledic nerazrešenega nesoglasja je nesodelovanje pri zdravljenju (4, 5). Bolnik zaradi izkušene nesoglasja v prihodnje morda ne bo več pravočasno iskal zdravstvene pomoči, kadar bi bilo to potrebno. Lahko nam bo zaradi demonstracije svojega nezadovoljstva z našim ukrepanjem in z našimi odločitvami neprestano stal na vratih ambulate. Ker ne bomo uspeli vzpostaviti ustreznega odnosa, bodo odzivi na naš način dela, na naše besedna ali nebesedna sporočila in nasvete lahko neobičajni ali moteči, bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju pa močno vprašljivo. Nesoglasja, ki jih zazna zdravnik, mu zmanjšujejo zadovoljstvo z lastnim delom, povzročajo napetost in stres, zmanjšujejo zaupanje vase, motijo ustaljeni ritem dela (6-8). Vse to se odraža tudi na kakovosti dela (9), kar vzbuja več slabih občutij pri zdravniku kot pri bolniku (10).

Pretečemu nesoglasju se je seveda najbolje izogniti že vnaprej. Nesoglasja, ki se pojavijo med obravnavo, moramo prepoznati, da lahko uspešno izpeljemo naš načrt ukrepanja. Pa tudi kasneje, po že izpričanem nezadovoljstvu in po drugih posledicah nesoglasja, je možno in potrebno zgladiti nesporazume, ki so vodili do nesoglasja, da bi se izognili neželenim posledicam le-tega.

NESOGLASJE

V posvet vstopata dve osebi, ki naj bi ga končali s skupnim načrtom in ukrepanjem. V večini primerov se to res zgodi, vedno pa tudi ne. Nesoglasje je relativno nov pojem na področju sporazumevanja v medicini (11). Nekateri zanikajo njegov obstoj, drugi mu ne posvečajo posebne pozornosti. Nesoglasje je odkrito ali prikrito nestrinjanje z mnenjem, odločitvami in/ali ukrepanjem drugega. Pri odkritem

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

nesoglasju smo soočeni z očitnim nasprotovanjem enega z drugim, ki se lahko kaže s spremenjenim tonom pogovora, z nasprotovanjem predlaganim odločitvam, z nesprejemanjem odločitev, z neizvajanjem predpisanega zdravljenja, z namernim zavračanjem ukrepov in z drugimi oblikami. Proti odkritemu nesoglasju se lahko borimo z ustaljenimi veščinami sporazumevanja (12, 13). Pogostejši problem je prikrito nesoglasje. Posledice prikritega nesoglasja so enake kot pri odkritem nesoglasju, le da pri prikritem nesoglasju ne vemo, da je do nesoglasja sploh prišlo, zato tudi hitreje spregledamo njegove posledice.

Nekaj možnih okoliščin, ki lahko predstavljajo vzroke za nesoglasje:

- Vpliv omejenih virov, vezanih na organizacijo dela v zdravstveni ustanovi (čakalne dobe, dolžina bolnišničnega zdravljenja, zahteve po preiskavah), daje bolnikom vtis, da zdravniki dajejo prednost omejevanju in ne bolnikom (8).
- Omejevanje dostopa do laboratorijskih preiskav, zdravil in specialističnih pregledov s strani zdravnika družinske medicine, ki v nasprotju z bolnikom meni, da niso strokovno utemeljeni (8). Npr. največji vpliv na zdravnikovo odločitev, da bodo bolniku predpisali zdravilo, ima zdravnikova predstava, kaj bolnik pričakuje od zdravnika, ki ni nujno skladna s pravim bolnikovim pričakovanjem (14).
- Zapozneta ali napačna diagnoza. Bolniki menijo, da je zdravnik ravnal napačno, česar pa zdravnik noče sprejeti ali pa meni, da je ravnal strokovno pravilno (6).
- Vznemirjenje s strani zdravnika zaradi bolnikovega načina uporabe zdravstvene službe: iskanje pomoči v dežurni ambulanti ali pri drugem zdravniku namesto pri osebnem zdravniku, obisk specialista brez napotnice, zahteve po takojšnjem pregledu brez naročanja, nepotrebni obiski, nepotrebni telefonski klici, težavni bolniki (9).

Vidimo, da kulturne razlike niso našete med vzroki dobesedno, a zlahka zasledimo možni razkorak v različnih pričakovanjih bolnikov iz drugih okolij in z različnimi zdravstvenimi tradicijami pri pričakovanjih bolnikov o preiskavah in pri uporabi zdravil. O njih so podrobneje spregovorili drugi avtorji v tem zborniku. Tudi neobičajen način iskanja zdravniške pomoči ljudi iz drugih kulturnih okolij lahko zdravnika vznemiri, kar prispeva k motnji v sporazumevanju, v potencialnem nesoglasju, celo v konfliktu in k neugodnim posledicam.

Sam posvet pa predstavlja še toliko večjo možnost, da neprepoznane in neupoštevane kulturne razlike postanejo izvor težav. Med posebnostmi posveta, ki lahko privedejo do nesoglasja, avtorji navajajo:

- Različne poglede na vzrok in namen obiska (6, 12). To je zlasti pogost problem, ko zdravnik in bolnik ne uspeta med posvetom vzpostaviti ustreznega odnosa, da bi bolnik zdravniku lahko zaupal svoje težave. Največkrat gre za duševne motnje, ki jih je bolnik pripravljen razkriti šele proti koncu posveta (15). Npr. bolnica pride v ambulanto in razloži, da je prehlajena, se slabo počuti in ne

more delati v službi. Obisk izkoristi kot povod za to, da bi zaupala svoje slabo počutje, brezvoljnost, pomanjkanje energije, tiščanje v prsih in druge znake duševne motnje, ki jo spremljajo zadnji mesec. Ker je negotova glede vzroka tega stanja in ker ji je misel na duševno bolezen neprijetna, želi to povedati nekemu, ki mu lahko zaupa. Hitro in odločno ravnanje zdravnika, ki daje vtis, da ga je obiskala po nepotrebnem zaradi običajnega respiratornega infekta, jo lahko odvrne, da se mu odpre. Mnogi bolniki imajo o svojih težavah že določeno predstavo in gojijo glede njihovega reševanja tudi določena pričakovanja, zato je ključnega pomena, da zdravnik poizve o njih (16). Poleg začetnega poizvedovanja o bolnikovih vzrokih za obisk in pričakovanjih mora biti zdravnik pozoren na iztočnice, ki mu jih bolnik ponuja. Marsikaterega bolnika pa je treba spodbujati, da nam zaupa svoja pričakovanja, bojazni in tudi splošna vprašanja v zvezi z zdravljenjem, z zapleti, s stranskimi učinki zdravil, z diagnozo in z napovedjo bolezni (17).

- Trmasto vztrajanje pri lastnem pogledu na rešitev problema je pogost vzrok neplodnemu sporazumevanju. Zdravnik in bolnik vidita le svoj pogled in se nista sposobna pogoditi o skupnem cilju – o izboljšanju zdravstvenega stanja bolnika. Upoštevati je treba kulturne, socialne, starostne in spolne razlike bolnikov pri pričakovanjih o izbiri zdravstvenih ukrepov. Npr. zdravnik predlaga sprejem v bolnišnico, ki pa jo bolnik zavrača, ker v naslednjih dneh pričakuje poštarja s pokojnino, ki je noče zaupati sinu alkoholiku.
- Neustrezen model sporazumevanja za določenega bolnika ali za določen tip zdravstvenih težav. Neustrezne zdravnikove reakcije na bolnikove izjave bolnika odvrnejo od tega, da bi zaupal svoje težave ali postavil določena vprašanja. Največkrat se to nanaša na čustveno pogojene probleme (17). Npr. bolnica v drugi polovici štiridesetih potoži o utrujenosti in slabem razpoloženju, zdravnik pa jo odpravi z maksimo, da je to povsem normalen menopavzalni pojav. Problem se morda lahko razčisti ob ponovnih obiskih, ker se težave ne umirijo.

Nesoglasje lahko preprečujemo z ustreznim sporazumevanjem, tako da bolniku namenimo dovolj časa in da uporabljamo večšine za zgodnje odkrivanje znakov nesoglasja ter odpravljanje nesoglasja med samim sporazumevanjem. Čas, ki ga lahko namenimo bolnikom, je lahko velik problem, saj je določen predvsem s sistemom zdravstvenega varstva. Zdravnik ima kljub temu možnost bolniku dati občutek, da ima kljub časovni omejenosti zanj dovolj časa, in mu pokaže, da se je posvetil njegovim težavam (11).

Znake nesoglasja zaznamo če opazimo (18):

- neskladnost med besednim in nebesednim sporočanjem (npr. razlika med bolnikovimi besedami in izraženim občutjem),
- kognitivno disonanco (npr. sporočila ne odražajo realnega stanja),

- nepričakovan bolnikov odpor do predlaganih rešitev (npr. nesprejemanje očitnega vzroka bolezni),
- zdravnikovo nelagodje (npr. strah pred spregledano boleznijo),
- nesodelovanje pri zdravljenju ali neuspeh zdravljenja,
- poslabšanje kronične bolezni.

Prvi korak k zgladitvi nesoglasja je, da nanj pomislimo. Kadar posumimo, da je med posvetom prišlo do nesoglasja, moramo poiskati vzroke zanj, jih poskušati razumeti in skupaj z bolnikom poskušati najti ustrezne rešitve. Pri tem uporabimo naslednje večšine (11):

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

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

SKLEP

Kultura lahko povzroča razlike v pričakovanjih, načrtih, pomenih, skrbih in vrednotah, ki zadevajo bolnike in zdravnike. Več kot na dlani je, da so kulturne razlike lahko pomemben vir nesoglasja. Da bi se izognili nesoglasju, ki bi izviralo iz kulturnih razlik, moramo upoštevati različna kulturna ozadja naših bolnikov. Njihove etnične, verske ali druge pripadnosti določeni kulturni skupini pa kljub temu ne smemo posploševati, zato moramo vsakega bolnika obravnavati kot posameznika. Pri tem nam bodo v pomoč večšine sporazumevanja.

Literatura

1. Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care* 1998; 36: 879–91.

2. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336–8.
3. Javetz R, Stern Z. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *J Manag Med* 1996; 10: 39–48.
4. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246–50.
5. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H, Kristopatis R. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med* 1995; 99: 590–6.
6. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? *Fam Pract* 1991; 8: 3–9.
7. Borkan JM. Examining American family medicine in the new world order: a study of 5 practices. *J Fam Pract* 1999; 48: 620–7.
8. Levinson et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282: 1477–83.
9. Sweeney KG, Gray DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *Brit J Gen Pract* 1995; 45: 133–5.
10. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *BMJ* 1989; 299: 1015–6.
11. Kersnik J, Marshall M, Kuenzi B, Paulus D, Glehr R. Nesoglasje med zdravnikom in bolnikom med posvetom. *Med Razgl* 2003; 42: 177–82.
12. Švab I, ured. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD. 1995.
13. Vodopivec Jamšek V. Posvet. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ured. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. pp. 610–618.
14. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520–3.
15. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–6.
16. Mc Kinley RK, Middleton JF. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 796–800.

17. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246–50.
18. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 875–9.
19. Quill TE. Recognising and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med* 1989; 111: 51–7.