

A kommunikáció szerepe az orvos–beteg kapcsolatban

**Az orvosi kommunikáció jelene a hazai
betegellátás és szakirodalom tükrében**

API-121

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés.....	4
2. Történeti áttekintés az orvos–beteg kapcsolatban.....	6
2.1. A kooperáló kommunikáció feltételei.....	8
3. Az orvosi kommunikáció fogalma.....	8
3.1 A kommunikáció definíciója az orvos-beteg viszonyrendszerben.....	8
3.2. Az orvosi kommunikáció meghatározása	9
4. Az orvos–beteg találkozás folyamata.....	9
4.1. A kommunikáció lépései.....	9
4.2. Az információgyűjtés szakaszai.....	11
4.3. Kommunikációs eszközök, kérdezési technikák.....	11
4.4. Alkalmazható stratégiák az információgyűjtés során.....	12
4.5. A tájékozott beteg esete.....	14
4.6. A tünetek megjelenése, az orvos–beteg találkozás színterei.....	16
5. Eszközös vizsgálatok, beavatkozások.....	18
6. A diagnózis felállítása.....	19
7. A betegtájékoztatáshoz vezető út.....	19
8. Betegtájékoztatás.....	21
9. A jog szerepe a betegtájékoztatásban	22
9.1. A betegtájékoztatás gyakorlati folyamata	24
9.2. Döntéshozatali fajták.....	24
9.3. Hozzá tartozók bevonása a közös döntéshozatal során.....	25
9.4. Betegtájékoztatás a krónikus betegek esetében.....	25
9.5. Esetismertetés.....	27
9.6. Betegoktatás a betegtájékoztatás során.....	29
9.7. A közös döntéshozatal felelőssége.....	30
10. Esetismertetés a betegtájékoztatás gyakorlati modelljén keresztül.....	31
11. A betegek jogai a sebészeti betegellátás alatt.....	34
12. Mikor beszélünk kommunikációs zavarról?.....	35
12.1. A kommunikációs zárlat fogalma.....	36
12.2. Kommunikációs zavarok feloldása.....	37

13. Személyes kapcsolat az orvos–beteg interakcióban.....	37
14. Az orvos személyisége a betegellátásban.....	39
14.1. Az orvos hite a gyógyításban.....	40
14.2. A Bálint-csoport szerepe az orvos–beteg kapcsolatban.....	42
15. Összefoglalás.....	42

A kommunikáció szerepe az orvos–beteg kapcsolatban

Az orvosi kommunikáció jelene a hazai betegellátás és szakirodalom tükrében

1. Bevezetés

A magatartástudomány és az orvosi kommunikáció önálló, de egyben interdiszciplináris tudományágként is egyaránt növekvő jelenléttel képviselteti magát, mind az orvostudományok, mind a bölcsészettudomány területén. Az orvosi kommunikáció hazánkban 1994 óta egyetemi tantárgy, amely az elmúlt évtizedekben bekövetkezett térnyerése révén hangsúlyos eleme lett a gyógyításnak. Interdiszciplináris jelenlétének érdemes figyelmet szentelni, ugyanis egyesíti az orvostudomány és a kommunikációtudomány elemeit. Az orvosi kommunikáció nem csak az orvoslás oldaláról közelítendő meg, legalább olyan szerepet játszik sikeres alkalmazásában a kommunikáció tudomány tapasztalatrendszer, eszköztára, mint az orvos számára a gyógyítás tudománya.

Amikor ennek a dolgozatnak a megírására vállalkoztam, nem kevesebbet akartam, mint megtalálni azokat a közös kapcsolódási pontokat, ahol az orvos–beteg találkozás során létrejövő kommunikáció és a gyógyítás elemei találkoznak, valamint választ kívántam arra a kérdésre keresni, hogy miként alkalmazható a kommunikáció a gyógyításban, hogyan segítheti elő a páciens és az orvos interakcióját. Alkalmazható-e eszközként annak érdekében, hogy hatékonyabbá váljon a gyógyítás?

Ma Magyarországon szinte nincs olyan ember, akinek ne lenne tapasztalata, véleménye az egészségügyről. Sok esetben ezek a hangok kritikusak, és arra irányulnak, hogy nem az orvossal, vagy a kezeléssel szemben lépett fel ellenérzés, hanem a megfogalmazási mód váltotta ki az ellenszenvet.

A dolgozat célja ezért az, hogy bemutassa, hogy az orvos–beteg interakció milyen szintereken zajlik, milyen kommunikációs sajátosságok jellemzőek, valamint esettanulmányok és megoldási javaslatok révén szeretne egy lehetséges utat bemutatni annak érdekében, hogy a hatékony párbeszéd segítő eszköze legyen az orvosnak és a betegnek egyaránt. Abban az esetben, ha mindkét fél értő, kölcsönösen jól strukturált kommunikációt

alkalmaz, áthidalható az a tény, amely a legnagyobb szakadékot jelenti. Az orvos szakember a beteg pedig – hacsak maga is nem orvos – mindvégig laikus.

Az együttműködés feltétele tehát az összehangolt interakció, mind a verbális, mind a nonverbális kommunikáció terén.

Dolgozatomban a hazai szakirodalom felhasználásával szeretnék átfogó képet nyújtani azokról a helyzetekről, amikor a kommunikáció szerepe felértékelődik, valamint saját gyűjtésű, résztvevő megfigyelésen alapuló esettanulmányok révén, a betegek szemszögéből is bemutatni azokat a szituációkat, melyek megoldási kulcsa éppen a hatékony kommunikáció.

Jelen dolgozat szerzője évekig tartó, hosszú betegsége kapcsán sok tapasztalatra tett szert, ezért úgy véli, hogy a legkritikusabb állapotban is eredményes megoldási mód lehet a kommunikáció. A hatékony kommunikációs stratégiák használata olyan eszköz az orvosok kezében, amely gyakran legalább oly hatásos, mint maga a terápia. A betegek számára az orvosok empátikus hozzáállása, támogató viselkedése, és ennek közvetítése a legsúlyosabb esetekben is gyógyír lehet.

Dr. Bálint Mihály szemléletesen ábrázolja ezt a jelenséget, amikor beszámol a munkatársaival folytatott kutatásairól. „A vita hamarosan kiderítette – mégpedig bizonyára nem először az orvostudomány története során –, hogy az általános orvosi gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott» gyógyszer «az orvos maga: azaz nem csupán az orvosságos üveg vagy a pirulás doboz számít, hanem az a mód is, ahogyan azt az orvos a betegnek adja, valójában az egész légkör, amelyben a gyógyszert adják és kapják.”¹

Ennek szellemében kívánom tárgyalni az orvos-beteg interakció viszonyrendszerét, és választ keresni hipotézisemre, mely szerint az orvosi kommunikáció egy új eszköz, újfajta lehetőség az orvosok számára a gyógyítás hatékonyságának növelésére, és megfelelő alkalmazása révén komoly eredmények érhetőek el a pácienssel való együttműködésben. Az orvosi kommunikáció szerepe tehát felértékelődik, hiszen az a beteg, aki szakszerű, és ugyanakkor érthető kommunikáció révén kap tájékoztatást, és annak birtokában tud döntést hozni, egyértelműen kooperálőbb lesz azoknál a betegeknél, akik már a kommunikáció során negatív érzésekkel, benyomásokkal találkoznak. A hatékony orvosi kommunikáció révén tehát a beteg számára olyan pozitív alternatíva nyújtható, amely segíti a páciens a betegséggel való megküzdésben (*coping*), s az egész gyógyító munkára hatással lesz.

¹ Dr. Bálint Mihály: Az orvos, a beteg és a betegség. Budapest, 1961, Akadémiai Kiadó, 29.p.

2. Történeti áttekintés az orvos–beteg kapcsolatban

Az orvos–beteg kapcsolat az elmúlt évtizedekben gyökeres átalakuláson ment keresztül. Ahhoz azonban, hogy ennek hátterét megérthessük, szükséges a történeti áttekintés, amely bemutatja azt is, hogy hogyan jutottunk el a jelenleg tapasztalt orvos–beteg kommunikáció viszonyrendszeréhez. Ezt a történeti áttekintést is magában foglalva, szeretném bemutatni, hogy milyen változásokon ment keresztül az orvos–beteg viszonyrendszer, amíg mai formáját elnyerte.²

A régi korok betege vallásos tisztelettel közelítette és övezte gyógyítóját, annak ellenére, hogy orvosának nem sok rendelkezésre álló eszköze volt. Eközben a betegek nagy többsége súlyos, többnyire végzetes betegségben szenvedett, amelynek sokszor az orvos tehetetlen részese volt. A betegek a társadalmi rendszer felépítésének megfelelően, paternalisztikus tekintélytiszteleten nyugvó beleegyezéssel fogadták el az orvos tanácsait, javaslatát, és egyben a kezelést.

Az orvosi kommunikáció azonban nemcsak a mai kor társadalmát foglalkoztatja. Már az ókori görög orvosok számára is kiemelt fontosságú volt a retorika, erre tesz utalást Szabó Mária,³ amikor Gorgiosz szavait idézi Platón művéből.

»Testvérem és más orvosok kíséretében nemegyszer mentem már
olyan beteghez, aki sem orvosságot nem akart bevenni, sem vágatni
vagy égetni nem engedte sebét. Beszélhetett az orvos.
Végre nekem kellett előállnom, s én rábeszéltem a beteget, és
nem más művészettel, hanem pusztá szónoklással«.

Az ókori görög beteg számára is rendkívül fontos volt a meggyőzés, különösen abban az esetben, amikor nagyobb beavatkozásra került sor, fájdalomcsillapítás nélkül. A meggyőzés tudománya azért is jelentős volt, mert az orvosi praxis folyamatosan változott az orvosok vándorlása révén, ezért a beteg számára komoly indok szükségeltetett, hogy az idegen

² Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, TÁMASZ, 7-10.p

³ Szabó Mária: Filozófia és orvostudomány a Hippokratészi Gyűjteményben. Bevezetés a levegő című íráshoz.
http://www.ookor.hu/archive/cikk/2007_4_Szabo.pdf 70.p Letöltve: 2014.11.12-én.

gyógyító tudományát elfogadja.

4

Buda Béla véleménye szerint, a régi orvos helyzetét a hagyományokon alapuló, fokozott tekintélytisztelet uralta.⁵ „A súlyos beteg tehát lelki helyzetéből eredően tekintélyelvűen, aszimmetrikusan viszonyul az orvoshoz, ezáltal megvalósul az orvos–beteg kapcsolat hagyományos sémája.”⁶

Az orvostudomány fejlődésével elérhető kezelési módok hatására a betegek már nem csak kétséges kimenetelű esetekben kerültek az orvoshoz, hanem kialakult a krónikus, egyben kezelhető betegséggel élő betegek csoportja is, amely az orvos–beteg kapcsolat akár életre szóló voltát is magával hozta.

„Ma úgy tűnik, hogy a régi társadalomban az orvos inkább a biológiai erők játékának asszisztense volt, aki mindig, rangrejtve papi szerepét folytatta tovább, megkönnyítette a lelki szenvedést, a halált, vigaszt, reményt adott betegének, mert egy gyermekkori megnyugtató sémát aktivált, a vigasztaló, segítő szülő psychés illúzióját keltette.” – fogalmaz Buda Béla. Rámutat ugyanakkor arra is, hogy „A modern beteg tehát betegségének pszichológiai körülményei miatt sem annyira engedelmes, tisztelettudó, mint régen volt, az orvos és a beteg kapcsolata tehát pszichológiai okokból is nehezített.”⁷

Az utóbbi megállapítás kiegészíthető azzal, hogy a betegek szociológiai háttere is megváltozott. A betegek számára elérhetővé vált az orvosi tudásanyag nagy része, hatalmas mennyiségű információ birtokába juthatnak, miközben továbbra is megmarad számukra a laikus pozíció. A tömegművelődés elterjedésével a páciensek értesülhetnek a legújabb gyógyszerekről, kezelési eljárásokról, miközben az orvosi tájékoztatás fejlődésével elérhetővé váltak azok az ismeretanyagok, amelyek a betegek hozzáállását megváltoztatták. A betegek immár nem a tekintélyelvű orvoslás passzív résztvevői, hanem aktív résztvevői a gyógyítás folyamatának. Az aktív, nem egyenlő az értő résztvevővel.

A jelenlegi egészségügyi struktúra sem könnyíti az orvos helyzetét e téren, de az orvostársadalomnak azzal az új helyzettel kell szembesülnie, hogy miközben a gyógyítás alanya évszázadok óta ugyanaz, az emberi test, a betegnek mindenkor lelke is van.

⁴ Szabó Mária: Filozófia és orvostudomány a Hippokratészi Gyűjteményben. Bevezetés a levegő című íráshoz. http://www.ookor.hu/archive/cikk/2007_4_Szabo.pdf 70.p. Letöltve: 2014.11.12-én

⁵ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, TÁMASZ, 8.p.

⁶ Buda Béla Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, TÁMASZ, 10.p.

⁷ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994 TÁMASZ, 11.p.

Az utóbbiról a szakirodalomban és az orvosi szociológiában is egyre több szó esik, ahogy a keleti medicina is egységes emberi testet kezel. Test és lélek szintetizálásához elengedhetetlen a beteg személyiségének megismerése, ennek eredményeként a beteggel folytatott kommunikáció minősége.

2.1. A kooperáló kommunikáció feltételei

Az orvos–beteg interakció szerepe nemcsak azért jelentős, mert a beteg személyisége a kétoldalú együttműködő kommunikáció segítségével megismerhető, hanem azért is, mert az újkori betegtársadalom megnövekedett információ igénye magával hozta a betegtájékoztatás széles körű megvalósításának lehetőségét, s egyben a beteggel való aktív-partneri viszony kialakítását, amelyben akár a közös döntéshozatal modellje is megvalósulhat. Ezzel párhuzamosan szükséges olyan kommunikációs stratégiák kialakítása, amelyek lehetővé teszik, hogy az eltérő képzettségű orvos és a beteg közötti szakadék csökkenjen, valamint a laikus páciens számára ismeretlen tudásanyag a gyógyítás érdekében érthetővé váljon. A legtöbb esetben az értés egyben már együttműködést is eredményezhet, azaz a kooperáló orvos–beteg viszony egyik alapfeltétele a sikeres kommunikáció. A hatékonyan alkalmazott technikák segítségével az orvosok számára lehetőség nyílik a betegségek komplex kezelésére, a beteggel való partneri együttműködésre, ezáltal a magasabb szintű ellátás elérésére, mely az orvosnak és betegnek egyaránt érdeke.

3. Az orvosi kommunikáció fogalma

3.1. A kommunikáció definíciója az orvos–beteg viszonyrendszerben

Az orvos–beteg kommunikáció folyamatának megértéséhez definiálni kell ezt a speciális viszonyrendszert, melyben orvosnak és betegnek egyaránt, a betegségnek alárendelt kommunikációs szituációban kell konszenzust kialakítani, és megegyezésre jutni egy szakkérdésben, amelynek a beteg az alanya. Az orvos–beteg interakció meghatározása során Németh Erzsébet nyolc alapelemet különít el.⁸

A kommunikáció során tehát két fél közötti interakcióról beszélünk, melyben az egyik fél az információt kibocsátó adó, a másik fél pedig az információt dekódoló vevő. Kommunikációjuk és a hírközlés egy közvetítő közegben, a csatornában zajlik, mely teret

⁸ Németh Erzsébet: A kommunikáció alapfogalmai és szerepe az orvoslásban. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 17-18.p.

biztosít a résztvevőknek az érzékelés érdekében. Fennáll a folyamatban egy keret, amely nem közvetlenül kapcsolódik a folyamathoz, de befolyásoló erővel rendelkezik annak kimenetelére. A zaj, mint kommunikációs elem, nemcsak fizikai szinten értelmezhető, hanem zavaró tényező is egyben, amely egyaránt lehet verbális és nonverbális eredetű is. A visszacsatolás, vagy más néven feedback, az orvosi kommunikációban még nagyobb jelentőségű, hiszen ennek révén bizonyosodhatnak meg a felek a kommunikáció eredményességéről.

A kommunikáció elemeiben tehát helyet kapnak biztosan az idegen szavak, az eltérő szakképzettségből eredő alá-fölérendeltségi tényezők, a kommunikációs csatornaként működő egészségügyi rendszer. Az orvosi kommunikáció definiálásában Pilling János meghatározását használom.

3.2. Az orvosi kommunikáció meghatározása

„Orvos–beteg konzultáció fogalma alatt itt az orvos és a beteg közötti kommunikációnak azt a mindennapi formáját értjük, amelynek célja a beteg panaszainak és tüneteinek megismerése, a beteg vizsgálata, tájékoztatása a vizsgálati eredményekről, valamint az orvosi javaslatok, előírások megfogalmazása.”⁹

Az orvos–beteg kommunikáció folyamatában azonban figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy az orvos különböző életkorú, nemű, társadalmi és szociológiai háttérű beteggel fog találkozni a kommunikáció folyamata során. Ennek megfelelően kell tehát kiválasztania azt a technikát, amelynek birtokában képes a beteg bizalmát elnyerve, a legalaposabb tényfeltárást végezni az anamnézis felvétele során. Továbbá a sikeres orvos–beteg kapcsolatnak köszönhetően, olyan terápiás módszert tud választani, amely segítségével a beteg nem csak passzív, végrehajtó fél, hanem a gyógyulásban aktívan résztvevő, értő, kooperáló partner.

4. Az orvos–beteg találkozás folyamata

4.1. A kommunikáció lépései

Pilling János az orvos–beteg kommunikáció folyamatát öt részre bontja, az alábbiakban ennek mentén kívánom én is részekre tagolni a kommunikációs folyamatot.¹⁰

⁹ Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 48.p.

¹⁰ Pilling János: Az orvos–beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 47-65.p.

- a konzultáció nyitó szakasza
- információgyűjtés
- betegvizsgálat
- magyarázat, tervezés és a végén a konzultáció lezárása.

A konzultáció nyitó szakaszának az orvos–beteg találkozást tartjuk, a találkozás kezdetétől, a bemutatkozáson át, egészen a panaszok meghallgatásáig.

Az információ gyűjtés folyamata során kétféle beteget különböztetünk meg, ezért az orvos–beteg interakciót ennek megfelelően lenne célszerű kialakítani.

A betegek egy része nem rendelkezik ismeretekkel a betegségéről. Vagy azért, mert korábban nem volt beteg, vagy már van tapasztalata, de a jelen helyzetben számára új tünetek jelentek meg, amelyekről nincs információja. A másik esetben jelentős mennyiségű információ birtokában van a páciens, amelyek tovább bonthatóak olyan kategóriákra, amelyek elválaszthatóvá teszik a tudatos, valós tudással rendelkező beteget a rendszerezetlen, ellenőrizetlen forrásból tájékozódó betegtől. Az utóbbi eset számos kommunikációs problémát takar, ezért az ismeretekkel rendelkező beteg információgyűjtését a későbbiekben még tárgyalni fogom.

Meg kell azonban itt említeni, hogy az orvos–beteg interakciót Bóta Margit két csoportra bontja, és ennek alapján látható, hogy a két modell jelentős eltéréseket mutat a kommunikációs folyamatban, amely megnyilvánul a kapcsolat eredményességében is.¹¹

Az orvosközpontú kommunikáció az orvos elképzelései szerint megy végbe, feszes időkeret alkalmazásával, a hipotézis igazolása érdekében. Zárt kérdésekkel és határozott véleménnyel irányítja a beteget, nem enged teret a beteg irreleváns panaszáradatainak, ezzel ugyan a hatékonyság nő, de beteg számára számos kétséget ébreszthet az interakció, amely későbbi konfliktusok forrása lehet.

A betegközpontú kommunikáció ezzel szemben információnyújtó, a folyamat során a beteget tanácsokkal látja el, miközben az orvos a nyitott kérdések révén, széles spektrumban tud informálódni a páciens állapotáról. Ez a modell a kölcsönös elégedettségen alapul, megegyezésre törekszik mindkét fél részéről, maximalizálva az együttműködést, ezzel pedig a gyógyítás hatékonyságát. A betegek számára egyértelműen kedvezőbb alkalmazása, de tény,

¹¹ Dr. Bóta Margit: Orvosi kommunikáció. A „nehéz beteg”.

<http://mti.deoec.hu/upload/deoecmagatartas/document/Orvosbetegkommunikacio.pdf>

Letöltve: 2015. 01. 04-én

hogy a jelenlegi egészségügyi struktúra ennek alkalmazását sajnos számtalan esetben nem teszi lehetővé.

4.2. Az információgyűjtés szakaszai

Pilling János három szakaszt különít el, amelyek segítségével bemutatja, hogy milyen lépések vezetnek a diagnózis felállításához a helyes információgyűjtés segítségével.¹²

- A részletek megismerése
- A megfelelő kérdezési stílus
- A belső összefoglalás

A felsorolt három szakasz során a részletek megismerése az orvos feladata. Ehhez szükséges empátia, türelmes meghallgatás, és a páciens iránt mutatott tisztelet. Az utóbbi az orvosi viselkedést nem minden esetben jellemzi, ami alapvető hiba. A beteg ember a tüneteit, a betegségét orvosa elé tárja, bízva benne, ezért teljes mértékben elvárható a részéről, hogy megkapja azt a tiszteletet, ami megilleti.

4.3. Kommunikációs eszközök, kérdezési technikák

A hatékony orvos–beteg kommunikáció kiemelten fontos területe, hogy a diagnózis felállításához szükséges információ az orvos kezébe kerüljön. A rendelkezésre álló idő kevés, miközben az ellátásra váró betegek száma egyre növekszik. Az ismert tények tükrében tehát a rendelkezésre álló idő strukturálása jelentős segítséget nyújthat, amelynek része a kommunikációs technikák megfelelő alkalmazása. A diagnózishoz vezető út fontos részét képezik a kérdések, melyeket Pilling János szerint definiálhatunk annak megfelelően, hogy nyitott vagy zárt kérdéseket használunk-e.¹³

Nyitott kérdések

Nyitott kérdéseknél tág értelmezési kör alkalmazható, az orvos kérdései általánosságban arra vonatkoznak, hogy a betegnek milyen panaszai vannak. Amennyiben sokrétű, szerteágazó panaszokról, esetleg szomatizáló páciensről van szó, akkor a tünetek felsorolása közben részletes elemek maradhatnak ki, ezért mindig bátorítani kell a betegeket arra, hogy mindent mondjanak el, hiszen az orvos a szakmai tudására alapozva el fogja tudni

¹² Pilling János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 52-54.p

¹³ Pilling János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi Kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 53.p.

dönteni, hogy mely információk voltak lényegesek, amelyek további, részletesebb megbeszélést is igényelnek, és melyek azok, amelyek kevésbé tekinthetők fontosnak.

Zárt kérdések

Zárt kérdéseknél eldöntendő kérdéseket kell feltenni, igen-nem válaszadási lehetőséggel. A leghatékonyabbnak tartott tölcserelv szerint, a nyitott kérdéseket követően, amikor átfogóbb kép alakult ki a betegségről, zárt kérdések következnek, amelyek a beteg számára is leszűkítik a megválaszolandó kérdések körét.

A kérdések egy másik csoportja segítheti a tünetek tisztázását, és erre gyakran szükség van. Ha azonban ezt a technikát alkalmazza a kezelőorvos, könnyen az a kétséges kommunikációs helyzet alakulhat ki, hogy a beteg nem találja a megfelelő kifejezéseket. Ajánlható segítségnyújtás konkrét kérdések megfogalmazásával. A gyakorlatban például megkérdezheti az orvos, hogy a beteg szűrő vagy nyilalló fájdalmat érzett-e, hogy reggel vagy este jelentkezett-e a láza. A melléknevek alkalmazása segít a kommunikációs helyzet továbblandításában, és a beteg számára is kapaszkodót jelent, miközben az orvos differenciálni tudja a tünetek alapján a vizsgálati képet. Fontos kiemelni, hogy a beteg számára szükséges a visszajelzés, azaz, hogy az orvos megértette, vagy fontosnak találta az elmondottakat, és biztatja betegét a folytatásra.

4.4. Alkalmazható stratégiák az információgyűjtés során

Az alábbiakban gyakorlati példákon kívánom bemutatni, hogy a betegek számára milyen lehetőségek állnak rendelkezésre az orvosok részéről, amelyek további időráfordítást nem igényelnek, de a páciens számára jelentőségük van, és számos további konfliktus előzhető meg alkalmazásukkal.

Az orvos–beteg kommunikáció egyenlőtlensége ugyanis sokszor azon a triviális tényen alapul, hogy a beteg számára, laikus pozíciója miatt, a betegellátás folyamata idegen, ezért számos frusztráció és szorongás ered az ismeretlentől való félelemből. Egyszerű technikák révén a konfliktushelyzet ténye mérsékelhető, kölcsönös partneri viszony alakítható ki a személyközi kommunikáció folyamatában, már a szakmai kérdéseket megelőzően. Tapasztalati tény ugyanis, hogy a rendelés során az orvosok gyakran nem mutatkoznak be, ezért a betegek számára olykor nem tisztázott a vizsgálat során részvevő egészségügyi dolgozók szerepe.

Segítség lehet a rendelőben a kitűzők, névtáblák alkalmazása, de egyértelműen célravezető a kapcsolatfelvételnél a bemutatkozás. A gyakorlat sajnos azt mutatja, hogy a hierarchiában minél magasabban elhelyezkedő orvostól van szó, annál kevésbé mutatkozik meg az a törekvés, hogy bemutatkozásra kerüljön sor. A beteg számára viszont ez az egyszerű udvariassági formula, továbbá a hellyel kínálás folyamata egyenrangú kommunikációt tükrözhetne, ugyanúgy, ahogy a társadalmi érintkezés más területein is az egymást nem ismerő kommunikációs partnerek esetén ez egy természetes gesztus. Ennek hiányában már az első pár perc kommunikációs egyenlőtlenséget eredményez, a beteg sértve érezheti magát, miközben a kialakult feszültség elkerülhető lehetne, hiszen az első benyomás köztudottan döntő, és hatással van a további interakcióra is, amely tehát már a kommunikáció elején eldőlt.

A panaszok feltárása során az orvosnak természetesen nincs egyszerű helyzete. Az eltérő ismeretek, az alkalmazott nyelvi formulák, továbbá a rendkívül kevés idő mind olyan faktorok, amelyek a kommunikációt nehezítik, de a jól alkalmazott irányított kérdések használata az orvosok számára hatékony eszköz lehet a pácienssel folytatott párbeszéd során.

Kutatások bizonyítják, hogy az orvosok az első, általános kérdés feltétele után 18 másodperc múltán félbeszakítják a betegek beszámolóját, ennek következtében a betegek a panaszainak mintegy 54 százalékát nem tudják elmondani.¹⁴ Egyértelmű tehát, hogy a félbeszakítás ellenszere a megfelelő kérdés, hiszen a releváns információk az orvos munkáját is segítik, és megkönnyítik a helyes diagnózis felállítását.

A beteg számára sok esetben nem elegendő az állapotára vonatkozóan általánosságban feltett kérdés, ugyanis könnyen az a kommunikációs helyzet alakulhat ki, hogy hirtelen nem tud választ adni, hiszen nem tudja eldönteni, hogy honnan kezdje a panaszainak felsorolását. Említhető technika lehet többek között a beutalón szereplő orvos nevének említése is. A szakrendelésen például a következő mondatokat használhatjuk:

A beutaló alapján ismétlődő mandulagyulladás gyanújával küldte hozzám a háziorvosa, mostanában milyen gyakran jelentkeztek a panaszok?

A beteg számára az ismerős információk említése bátorító hatású lehet, és könnyen elmozdulhat a kommunikáció a kezdeti holtpontról, valamint megkezdődhet a bizalmi kapcsolat kialakítása is. A páciensek többsége megerősítésre vár a kommunikáció során,

¹⁴ Pilling János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János. Orvosi kommunikáció, Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 49.p.

hiszen az információgyűjtés folyamatában, rövid idő alatt, gyakran frusztrációt kelthető helyzetben kell minden gondolatát továbbítani a kezelőorvos felé.

Amint az korábban kitűnt, a 18 másodperc utáni félbeszakítás azt eredményezheti, hogy a beteg valamilyen tünetet elfelejt, és csak a rendelőből kilépve döbben rá, hogy szeretne volna még megkérdezni vagy elmondani a számára fontos információt. Az orvosok számára lényeges, a diagnózis felállításhoz elengedhetetlen információknak a 60-80 százalékát az anamnézis tartalmazza, de ennek csak az 50 százalékát ismerik meg, ahogy erre Pilling János is rámutatott.¹⁵

Az információgyűjtés végén ajánlott a hallottak összefoglalása, elismérlése és lezáró kérdések használata, melyek arra irányulnak, hogy a beteg minden információt elmondott-e, vagy maradtak még megválaszolandó kérdések, ugyanis az orvos–beteg interakció gyakori velejárója az úgynevezett ajtókilincs-jelenség, amikor a betegek a rendelő ajtóban döbbennek arra rá, hogy valamilyen kérdést még fel szerettek volna tenni az orvosnak. Az összefoglaló kérdések és az alkalmazott kommunikációs technika révén a jelenség elkerülhető, és a beteg számára kialakítható az a biztonságos tudat, hogy nem fog a rendelőből úgy távozni, hogy nem volt módja mindent elmondani, valamint ha valami nem jutott eszébe, akkor lesz még alkalma kérdezni. Az információgyűjtés hatékonysága tehát az orvos hozzáállásán legalább annyira múlik, mint a beteg együttműködésén.

Észrevehető az a tendencia, hogy a magánrendelés keretein belül, ahol az orvosnak pénzügyi érdeke is fűződik a kedvesebb, hatékonyabb kommunikációhoz, a folyamatban mindkét fél nagyobb elégedettséggel vesz részt, mint az egészségbiztosító által finanszírozott ellátásban, ahol a túlterhelt orvos gyakran kiég, teljesítménye ezért jelentősen csökkenhet, és ez nem csak a szakmai munkájában nyilvánulhat meg, hanem a betegekkel való közvetlen kommunikációban is. A lehetséges megoldás tehát az, hogy a kommunikáció elemi szabályait ötvözzük a kommunikációs technikákkal a betegek érdekében.

4.5. A tájékozott beteg esete

Nem kerülhető azonban meg az újfajta infokommunikációs eszközök megjelenése, és az internethasználat elterjedése sem. A fiatalabb betegek, továbbá az internethasználatban aktívan résztvevő páciensek nagy része, már az orvoshoz fordulás előtt tájékozódik tüneteiről,

¹⁵ Pilling János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi Kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 52.p.

a keresőrendszerek segítségével megpróbál ön maga is diagnózist felállítani, valamint iránymutatást keresni, hogy az egyes tünetek milyen betegség részei lehetnek.

Az orvosi konzultációt követően is lehetőség nyílik internetes tartalmak, mobilalkalmazások, orvosi weboldalak révén a diagnózis részletesebb megismerésére, tájékozódásra, közösségi interakcióban részt venni szakmai portálokon, betegforumokon. Az utóbbiak egy része a betegekből szerveződött csoportokból áll, de a hiteles információ érdekében több portál is foglalkoztat orvos szakértőket, akik a felmerülő kérdésekre választ adnak. Ilyen weboldal többek között a Házipatika¹⁶, vagy a Weborvos¹⁷ internetes oldal; újszerű orvosi kommunikációs felület a PraxisPlatform¹⁸. Az automatizált betegeducációs és terápiamenedzsment rendszer révén, összekapcsolható az orvos, a gyógyszerész és a páciens egyénileg meghatározott formában, betegségcsoportok szerint. Rendelkezésre állnak terápiás programok, valamint elektronikus betegségnapló, ahol a rögzített adatokat értékelve, személyre szabott orvos-szakmai és információs csomagok jutnak el a beteghez az általa preferált kommunikációs csatornán, akár több napszakban. Folyamatos érintkezést tesz lehetővé, és az orvosnak lehetősége nyílik a terápiát a visszajelzések alapján alakítani. Ezen rendszer jól példázza a fokozódó igényt az információcsere folyamatában, továbbá rámutat arra, hogy az egyre szélesebb körben alkalmazott kommunikációs eszközök térnyerése a jövőben jelentős változást fog eredményezni az orvos-beteg kommunikáció folyamatában. Nyilvánvaló a tendencia, hogy ebben a helyzetben az orvosnak fel kell arra készülnie, hogy egyre nagyobb információ mennyiséget kell majd kezelni, ezért a technikai fejlődés az orvosok számára is elengedhetetlen.

Dr. Meskó Bertalan orvosi jövőkutató genetikus, a világ első közösségi médiáról és orvoslásról szóló egyetemi kurzusának oktatója, 8 éve foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy milyen szerepet játszik az internet az orvos-beteg kapcsolatban, hogyan alkalmazható a közösségi média a gyógyításban. Világszinten egyedülálló Webmedicina.com oldalán 130 témában, 19 nyelven saját elmondása szerint „kúrálja” a webet, és szakmai minőségük alapján válogatja az internetes orvosi tartalmakat. A nemzetközi díjnyertes orvos-blogger (MedIQ.blog.hu, Scienceroll.com) véleménye szerint:

„A betegek online érdeklődése még a mainál is sokkal brutálisabb nagyságrendű lesz, ez ugyanis egyértelmű trend. Nem azért, mert a net jobb, mint az orvos, hanem azért, mert

¹⁶ www.hazipatika.com

¹⁷ www.weborvos.hu

¹⁸ www.praxisplatform.hu

sokkal egyszerűbb hozzáférni rajta keresztül az információhoz. Akár a könyvek korszakában, most is az orvosnak kell a beteg számára útmutatóvá válnia, hogy ő vezesse a tartalmak között, azaz jobban kell hozzá értenie, mint a betegnek. A beteg motivált, mert tünete van, meg akar gyógyulni, de az orvosoknak nem mindig van meg a késztetésük. Nem az a célom, hogy mindenből bloggert faragjak, vagy aktív twitterezőt, szó nincs erről. De ha a betegnek kérdése van, arra az orvosnak tudnia kell válaszolni, különben csökken a reputációja. Még akkor is tudni kell választ adni, ha a felvetést »hülye«, digitális kérdésnek minősítjük.”¹⁹

Látható tehát, hogy az orvosi kommunikáció jövőjét a technikai fejlődés egyértelműen befolyásolja, ezért a felvilágosult beteg információgyűjtésével lépést kell tartani, hiszen az információk elérhetősége átalakította a betegek hozzáállását, amely megfelelő kooperáció esetén nagymértékben hasznosítható lehetne. Az online kapcsolattartás, betegoktatás mind olyan tényezők, amelyek csökkenthetnék a jövőben a rendelői betegforgalmat, időt takaríthatnának meg, és az orvosok számára is lehetőséget teremthetnének a hatékonyabb gyógyításra.

4.6. A tünetek megjelenése, az orvos-beteg találkozás színterei

A betegség felbukkanása, a tünetek megjelenése a páciens életében az orvos–beteg kommunikációt megelőző szakasz, amelyet Hárdi István három részre tagol.²⁰

Premedicinális szakasz: A beteg számára ebben az időszakban tudatosul a tünetek megjelenése, és annak a gondolata, hogy segítségért kellene folyamodnia. Daruka István definíciója szerint:

„Tünet alatt az orvos–szakember által is megállapítható, az adott társadalmi berendezkedés konszenzuálisan létrehozott normalitásfogalmától eltérő állapotot értjük. Megkülönböztetendő a panasztól, amely az adott individuum szubjektív normalitásfogalmától való – vélt vagy perceptált – eltérését fejezi ki.”²¹

Az orvos–beteg kapcsolatban tünetek megjelenésének időszaka kiemelendően fontos, ugyanis gyakran megjelenik a betegek részéről a halogatózás, a tünetek tagadásának mechanizmusa, továbbá azok a korábbi tapasztalatok, kulturális sajátosságok, negatív

¹⁹ Sándor Judit: Az orvoslás jövőjéről egy genetikus orvosi geek szemszögéből. In Orvosok Lapja, 2013/11, Magyar Orvosi Kamara, 18-19.p.

²⁰ Dr. Hárdi István: Pszichológia a betegágyánál. Budapest, 1980, Medicina Könyvkiadó, 44-50.p.

²¹ Daruka István: Egészség vagy tünettelenesség?–avagy a dekontextualizált medicina arcai. LAM 2013; 23 (5-6):296-299, 296.p.

élmények, amelyek hatására a diagnózissal és a várható kezeléssel kapcsolatban erőteljes félelem alakulhat ki. Mindezek együttese gyakran elodázást eredményez, miközben a korábbi pozitív tapasztalatok megerősítő hatásúak lehetnének, fokozva a beteg orvoshoz fordulásának hajlandóságát.

Medicinális-ambuláns szakasz: Ebben a fázisban a beteg felkeresi orvosát. Több szintér is lehetséges, azaz akár háziorvosi, szakorvosi, kórházi rendelés keretében történik az első találkozás, még mindig a járóbeteg ellátás keretei közé tartozik. Két terület kiemelendő a kommunikációs sajátosságai miatt.

A gyermekorvosi rendelés során a beteg a gyermek, de a betegség tüneteiről felvilágosítást olykor csak a szülő tud adni, továbbá a tájékoztatást is ő kapja, miközben sokszor a kisebb gyermekek még nem tudnak beszélni. Ebben az esetben tehát az orvos-beteg kapcsolat nem kétoldalú, hanem három fél vesz benne részt.

A másik terület a nőgyógyászat, ahol Dr. Bálint Sándor lényeges megállapításokat tesz.²² A szerző rávilágít arra a tényre, hogy a nőgyógyászat az egyetlen olyan terület az orvoslásban, melyben minden páciens azonos nemű, és az orvosok több mint fele az ellenkező nem tagjai közül kerül ki. A hagyományos orvoscépzésben a nemi különbségek esetében a képzés természetesen arra irányul, hogy a beteg általános nemű, az orvos pedig nem képviseli nemét.

Kommunikációs nehézségek azonban ennek ellenére is felmerülhetnek, hiszen a nőbetegeknek a vizsgálatok és beavatkozások során olyan testrészeket kell felfedniük, amelyek szorongás és félelemérzet kiváltását eredményezhetik a természetes szeméremérzet révén, ezért különösen a férfi orvosok részéről igényel nagyfokú empátiát és türelmet a helyes kommunikáció és proxemika meghatározása.

Medicinális-kórházi szakasz: Az ambuláns szakaszban tehát a beteg vagy megoldást kap betegségére és a kezelés megkezdődhet, vagy szükséges további vizsgálatokra, kezelésre kórházba mennie.

A harmadik vizsgált szintéren a gyógyítás és a gyógyulás magasabb színvonalon is megvalósítható, komolyabb vizsgálatokat, beavatkozásokat lehetővé téve. Ugyanakkor a már

²² Dr. Bálint Sándor: Szuggestív kommunikáció a szülészeti-nőgyógyászatban. In Varga Katalin: Szavakon túl. Kommunikáció és szuggestió az orvosi gyakorlatban. Budapest, 2011, Medicina Könyvkiadó Zrt., 134-143. p.

meglévő több vizsgálati eredmény annak szükségességét veti fel, hogy meghatározásra kerüljön a beteget a terápián végigkísérő szakorvos személye és a kezelés további menete.

Kórház utáni utókezelés vagy gondozási szakasz: Amennyiben a terápiát követően szükséges, a beteg utókezelést kap, vagy a további ellenőrzés érdekében orvosával kapcsolatban marad. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a lehetőséget sem, hogy a továbbiakban nem kell alkalmazni semmilyen terápiát, hiszen a beteg meggyógyult.

5. Eszközös vizsgálatok, beavatkozások

A fizikális vizsgálatok része az eszközös vizsgálatok alkalmazása, ezért a következőkben szeretnék arra is kitérni, hogy a nagyobb fizikai megterheléssel járó vizsgálatok kommunikációja mennyire fontos területe az orvos–beteg interakciónak.

A betegvizsgálatot eszközös vizsgálatok sorozata követheti.²³ Közismert, hogy a gyakran alkalmazott vizsgálatok esetében az orvosok számára kommunikációs szempontból a feladat az lenne, hogy a betegek egészségügyi ismereteit bővítsék.

A vizsgálati folyamat elmagyarázása az eszközös vizsgálatoknál még nagyobb hangsúlyt kap, különösen krónikus betegek esetén, ugyanis a hatékony, sokszor hosszantartó kezeléshez elengedhetetlen a beteg kooperatív részvétele. Például cukorbetegség esetén a vércukorérték napi többszöri megmérése, vagy szívbetegség esetében a vérnyomás ellenőrzése és naplózása. Amennyiben a beteg számára megfelelően kommunikált az eszközös vizsgálat folyamata, annak elvégzése, akkor a vizsgálaton való részvétel nagyobb hajlandósággal fog megtörténni, hiszen a páciens értő részese lesz a folyamatnak.

Eszközös vizsgálat lehet például egy MR vagy CT vizsgálat. Ilyenkor a tájékoztatást a vizsgálatot végző intézet munkatársai végzik el, és beleegyező nyilatkozat formájában írásban is rögzítik, hogy minden információt továbbítottak a beteg részére. A vizsgálatot szakképzett radiológus asszisztensek végzik, a lelet elkészítése viszont az orvos feladata, ezért orvos–beteg kommunikációról csak nagyon ritkán beszélhetünk a radiológia területén. A krónikus betegek esetében, illetve az intervenciós radiológia területén a radiológus gyakrabban, akár évekig is találkozik betegével, ezért újfajta kommunikációs stratégiára van szükség, amely megnyilvánulhat abban, hogy a radiológusok a jövőben interaktívabbak lesznek a pácienseikkel.

²³ Tiringer István, Varga József: A betegtájékoztatás kommunikációs kérdései. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 78-79.p.

6. A diagnózis felállítása

A fizikai vizsgálat után következik a leletek áttekintése, a diagnózis felállítása, a terápia megkezdése. A betegek gyakran a vizsgálatokra, ahogy ezt az orvosi utasítás is kéri, a korábbi leleteket is magukkal hozzák, amely egy évek óta tartó krónikus betegség esetén rengeteg vizsgálati eredményt takar. A szerző saját tapasztalatai, kutatásai alapján az a kép rajzolódott ki, hogy a beteg nem kapja meg a tájékoztatást arról, hogy mely leletekre lesz szükség évek múlva is, és melyek azok, amelyek a későbbi vizsgálatok elvégzése után hatályukat veszítik. Ezért fordul elő gyakran, hogy a betegek óriási leletanyaggal jelennek meg kezelőorvosuknál, rendszerezetlen papírokkal, amely azt a helyzetet eredményezi, hogy az orvosi konzultáció egy része azzal telik, hogy az orvos próbálja kiválasztani azokat a vizsgálati eredményeket, amelyek az éppen zajló vizsgálathoz is köthetőek. Ez természetesen nem keverendő össze az anamnézis felvételével, és a beteg alapos kikérdezésével.

A magyarországi gyakorlat szerint tehát a konzultáció ideje alatt kell feltárni a releváns információkat, és az anamnézis, valamint a fizikális vizsgálat során tapasztaltak alapján felállítani a diagnózist. Amennyiben több lehetséges kórkép körvonalazódik, differenciál diagnózisra van szükség.

Az orvos egyéni döntése, hogy ebbe mennyire vonja be a beteget, de célszerű figyelembe venni, hogy a betegek információ befogadó képessége is korlátozott, valamint a tájékoztatás során az elhangzott információk 40-50 százalékát nem tudják később felidézni.²⁴

7. A betegtájékoztatáshoz vezető út

Amennyiben kialakult a betegség képe, kialakítható a terápia menete. A betegtájékoztatás kérdésével a szakirodalom részletesen foglalkozik, hiszen az orvos–beteg kommunikáció folyamatának egy olyan szakaszáról van szó, amelybe egyaránt beletartozik az anamnézis felvétele, a panaszok meghallgatása, továbbá a fizikális vizsgálat, valamint a tapasztaltak alapján a konklúzió levonása, a további vizsgálatokról, beavatkozásokról való döntés szükségessége, és a terápia meghatározása. Ezek együttese adja a betegtájékoztatás alapját, de nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy az egyes szakaszok során ugyanolyan mértékben szükség van a beteg bevonására és információközlésre, hiszen csak ennek birtokában tud a páciens felelős döntést hozni.

²⁴ Pilling János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi Kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 57.p.

Hárdi István hármastagolást alkalmaz a betegtájékoztató folyamatában, egyben az orvosi munka során.²⁵ Ezen hármastagolás által bemutatható a betegtájékoztató folyamata.

1. a panaszok felvétele
2. vizsgálat és diagnózis
3. javaslatok és kezelés

Az anamnézis felvétele során az orvos feladata a panaszokat meghallgatni, célzott kérdésekkel segíteni ezek a feltárását, de a folyamat csak megfelelő kommunikációs technikával, időzítéssel válhat igazán sikeressé. Az orvosnak az anamnézis felvétele során már elképzelései lehetnek a diagnózisról, viszont ha ez nem a megfelelő időben kerül közlésre, akkor elbizonytalanítható tényező lehet a későbbiekben.

Az anamnézis felvételekor az orvos találkozik a beteg panaszaival, azok időbeli aspektusaival, ezáltal könnyebben és pontosabban tudja a kórképet megállapítani.

Ahogy erre Hárdi rámutat: „A kötött kérdéseken túl, célszerű a betegnek megengedni, hogy szabadon elmondhassa mindazt, amit »magával hozott«”²⁶.

Ennek alapján ugyanis kétfajta kép bontakozhat ki. Megfogalmazódik egy, az orvos által felállított iatrogén kép, ami szemben áll a beteg szempontjaiból, elképzeléseiből, önvizsgálatából kialakuló autogén betegség képpel. Hárdi²⁷ szerint komoly konfliktus forrása lehet, hogy ezek a képek nem fedik egymást, azaz az objektivitás szembe kerül a szubjektív valósággal. Ezek ütközése pedig a meg nem értettség érzetét keltheti a páciensben. Mindezek miatt célszerű olyan terápiás egyezséget ajánlani, amelyben a két betegségkép egyaránt benne foglaltatik. Ugyanis a beteg számára a kórképek megjelenése nem egyszerűen egy objektív betegséget alkotó tünetcsoport, hanem mindehhez a korábbi tapasztalatok, elképzelések által olyan félelmek is társulhatnak, amelyek a konzultáció során a részletes megbeszélés segítségével csökkenthetőek lehetnek.

Az általános orvosi diagnózisban benne foglaltatnak a kórkép ismerete mellett, a lehetséges terápiás módszerek is.²⁸ A betegtájékoztató szakaszait elemezve azt is mondhatjuk, hogy az anamnézis felvételére, a fizikális, továbbá eszközös vizsgálatokra,

²⁵ Hárdi István: Pszichológia a betegágyánál. Budapest, 1980, Medicina Kiadó, 45.p.

²⁶ Hárdi István: Pszichológia a betegágyánál. Budapest, 1980, Medicina Kiadó 45.p.

²⁷ Hárdi István: Pszichológia a betegágyánál. Budapest, 1980, Medicina Kiadó, 48.p.

²⁸ Hárdi István: pszichológia a betegágyánál. Budapest, 1980, Medicina Kiadó, 48.p.

valamint a tapasztaltak összegzésére, a diagnózis és a terápia felállítására osztjuk a folyamatot.²⁹

Pilling János bemutatja, a betegtájékoztatás folyamatában mely technikák segíthetik a kooperáló kommunikáció megvalósulását.³⁰

- A gondozási terv meghatározása

A betegek számára segítség lehet a betegség jellemzőinek összefoglalása, a gondozási terv kialakítása, továbbá az anamnézist követően összegző kérdések használata, melynek révén felmérhető, hogy a páciens számára maradtak-e megválaszolandó kérdések, valamint kialakítható az együttműködés a terápiás folyamatban.

- Szerződészkötés

Az orvosnak el kell mondani, hogyan fogja tájékoztatni a beteget, és a betegnek mit kell majd tennie.

- Biztonsági háló kifeszítése

A beteg számára fontos, hogy informált legyen arról, hogy abban az esetben, ha előre nem várható tünetek jelennek meg, vagy a terápia nem hoz eredményt, mit kell tennie, valamint hol érheti el orvosát. Ez utóbbi azért fontos, mert a betegek egy része váratlan panasz esetén, ha nem kapott útmutatást a teendőkről, gyakran bizalmát veszíti, és másik orvost keres, amely mind a megkezdett terápia, mind az orvos–beteg viszonyban törést eredményezhet, miközben ez a kommunikációs technikák megfelelő alkalmazása révén elkerülhető lenne.

Az információgyűjtés, valamint a vizsgálatok után az alábbiakban a betegtájékoztatást kívánom tárgyalni. Az orvos–beteg kapcsolat egyik kiemelendően fontos területéről van szó, ugyanis a teljes körű és megfelelő tájékoztatás az egyik kulcsa az orvosi kommunikáció helyes gyakorlatának.

8. Betegtájékoztatás

A betegtájékoztatás az elmúlt években komoly változáson ment keresztül. Mielőtt azonban a jelenlegi szabályozást bemutatnám, tekintsünk vissza görög gyógyítónkra, Hippokratészre, miként vélekedett a betegek tájékoztatásáról.

²⁹ Tiringer István, Varga József: A betegtájékoztatás kommunikációs kérdései. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina, 77-84.p.

³⁰ Dr. Pilling János: Orvos-beteg kommunikáció.

<http://magtud.semmelweis.hu/okt/tantargyak/151-kommunikacio/oktatasi-segedanyagok/216-orvos-beteg-kommunikacio> Letöltve: 2014.11.22-én

Hornyánszky Gyula szemléletesen mutatja be³¹, hogy a Kr.e. 5. század gyógyítói sem voltak közömbösek – a testi fájdalom mellett– a beteg lelki állapota iránt, és élénken foglalkoztatta őket a prognózis kérdése. Hippokratész intelme a mai kor orvosának is emberséges útmutatót ad, mert a vigasztalást is az orvos lelkére köti, de felhívja a figyelmet arra, hogy milyen veszélyeket rejt a jövő elárulása a beteg számára.

„»A küszöbön álló és bekövetkező dolgok elmondása már sok embert végső kétségbeesésbe kergetett«”.

32

Hippokratész bölcs gondolatait nem szabad nélkülöznünk, de a modernkori társadalom információigénye éles változást eredményezett. A betegek számára egyre fontosabb, hogy állapotukról minél szélesebb körű információt kapjanak, valamint a gyógyítás során az egyes folyamatokba részletesen betekintést nyerhessenek.

A beteg tájékoztatás tehát nem csak kommunikációs kérdés, hanem jogi kategória is, ezért a hatályos egészségügyi törvényből (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) szeretném idézni a beteg tájékoztatáshoz való jogot.

9. A jog szerepe a beteg tájékoztatásban

„A tájékoztatáshoz való jog”³³

13. § (1) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,

³¹ Hornyánszky Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratész. 2007, Liget Műhely Alapítvány, 167.p

³² Hornyánszky Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratész. 2007, Liget Műhely Alapítvány, 167.p.

³³ Complex Hatályos Jogszabályok gyűjteménye. A 1997. CLIV. törvény az egészségügyről.

Hatályos: 2014.11.12-én

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Letöltve: 2014.11.12-én

- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.

(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre.

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.

(5) A cselekvőképtelen, a korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

(6) A betegnek joga van megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

(7) A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.

(8a) Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, a beteg kérelmére a tájékoztatás során biztosítani kell támogatója jelenlétét.

(9) Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget - amennyiben állapota lehetővé teszi - arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

14. § (1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes.

(2) Az (1) bekezdés szerinti rendelkezéseket a 16. életévét betöltött kiskorú személy esetén is alkalmazni kell.

(3) A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének.”

9.1. A betegtájékoztatás gyakorlati folyamata

A betegtájékoztatás minden beteget megillet, és a tájékoztatás alapján van lehetőség a döntéshozatalra.

„Az orvosnak közölnie kell a beteggel, hogy milyen beavatkozást tervez, s annak mik a szükséges következményei”³⁴ Ahogy Dr. Lőrincz Jenő erre rámutat, az orvosnak feladata részletesen tájékoztatni, valamint pro és kontra érvekkel alátámasztani a beteg számára a beavatkozás, vagy annak elmaradása során bekövetkező kockázatokat.

Minden, a tájékoztatáshoz szükséges információ elmondása kötelező, és egyben fontos a későbbi, akár jogi konfliktusok elkerülése érdekében.

Érdemes azonban ebben az esetben is kiemelni az orvosi magatartás elemeit, azaz, hogy a tájékoztatás során a páciens milyen mértékben szeretne értesülni betegségéről. Gyakori, hogy alacsonyabb képzettségű, idős betegek információ igénye kisebb. Ilyenkor a hozzátartozó bevonása segítheti az idős ember számára felmerülő kérdések tisztázását, azonban mindig az adott páciens esete határozza meg, hogy mennyi információ szükséges. Célszerű a beteg szociális háttérét is figyelembe venni a megoldási javaslatok közlésekor. A tájékoztatás speciális kérdéseiről Tiringer István és Varga József könyvfejezete alapján átfogó képet kaphatunk.³⁵ A szerzők állítása szerint a krónikus betegséggel rendelkező páciensek kooperatívabbak, és a tájékoztatás után nagyobb mértékben mernek saját döntést hozni, valamint közös álláspontot kialakítani kezelő orvosukkal. Erre a későbbiekben még vissza fogok térni a fejezet komplexitása miatt.

9. 2. Döntéshozatali fajták

Az alábbiakban két eltérő betegtájékoztatási modellt kívánok ismertetni. Az informált beleegyezés (angolul *informed consent*) során a páciens az orvos által közölt információk alapján hoz döntést, miközben tisztában van az érvek, ellenérvek összességével.

³⁴ Dr. Lőrincz Jenő: A betegek jogállása. Budapest, 1985, Magyar Honvédség Egészségügyi csoportfőnökség kiadványa, 42. p.

³⁵ Tiringer István, Varga József: A tájékoztatás kommunikációs kérdései. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 84-87.p.

Ebben az esetben az orvos csak a tájékoztatást nyújtja, a végső döntéshozatal a beteg kezében van.

Ezzel szemben áll a közös döntéshozatal lehetősége, amikor az orvos és a beteg közös álláspont segítségével hoz döntést, csökkentve a beteg kizárólagos döntési felelősségét.

Ha az utóbbi modell kerül alkalmazásra, figyelembe kell venni, hogy a betegek tudása, betegségükről alkotott képe eltérő, tehát ahhoz, hogy közös döntés születhessen, a betegeket fel kell készíteni, adott esetben „meg kell tanítani” a betegségük részleteire, nem elegendő a laikus hozzáállás.

A beteg ilyenkor átkerül egy éles határvonalon, ami a tekintélyelvű orvoslás sajátja, ahol a szakértő kizárólagosan az orvos, a gyógyítás alanya a beteg, és e kettősség nem járható át. Ahhoz, hogy közös döntés megvalósulhasson, a beteg személyiségét, félelmeit, gondolatait az orvosnak teljes egészében ismernie kell, és olyan légkört kell teremteni, amelyben a beteg meg mer nyílni. Az orvos számára a hatékony együttműködés érdekében érdemes partneri viszonyt kialakítani, mert ennek segítségével a beteg is nagyobb mértékben válik érdekelté a kezelés menetében való aktív részvételre, nagyobb bizalommal tud a félelmeiről, esetleges kétségeiről beszélni.

9.3. Hozzá tartozók bevonása a közös döntéshozatal során

A döntéshozatal megkönnyítése érdekében lehetőség van a hozzátartozók bevonására. A folyamatban azonban rendkívül fontos a tájékoztatás eredményességének ellenőrzése.

„Az orvosnak meg kell győződnie arról, hogy az általa adott tájékoztatással valóban elérte-e a célját. Ezt elősegítheti a tudnivalók ismételtesével, összefoglalással, kiemeléssel, egyszerűsítéssel, csoportosítással.”³⁶

A tájékoztatás azonban nem kizárólag a betegre vonatkozik, jogi, etikai normák szabályozzák, hogy kiskorú, vagy cselekvőképtelen beteg esetén mi az orvos teendője a tájékoztatás során.

9.4. Betegtájékoztatás krónikus betegek esetében

Az orvosi kommunikáció speciális területe a krónikus betegekkel folytatott interakció, hiszen az orvoslásnak ez a területe sokszor évekig tartó orvos–beteg kapcsolatot jelent.

³⁶ Dr. Lőrincz Jenő: A betegek jogállása. Budapest, 1985, Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa, 44.p.

Annak érdekében, hogy bemutatható legyen a kommunikációs modell, csoportosítani kell a krónikus betegségeket.

A krónikus betegség lehet egyrészt gyógyíthatatlan, de az állapot kezeléssel, élethosszig fenntartható, ugyanakkor lehet gyakran végzetes kimenetelű, ami speciális hozzáállást igényel mind az orvos, mind a beteg részéről.

A kommunikáció tehát olyan eszköz, amely lehetőséget teremt arra, hogy akár a kezelés menetét, akár a felmerülő félelmet kezelni lehessen. Tábit Sarolta onkológiai betegekkel folytatott munkája során részletes betekintést nyert a kommunikációs sajátosságokba is, és értékes megállapításokat tesz³⁷, amelyek rámutatnak arra, hogy ezen betegségek esetén, a kommunikáció túl kell mutasson információcserélő funkcióján, hiszen a betegség mellett, komoly lelki tényezők is jelen vannak.

„ A gyógyítói folyamatban egyik oldalon ül a beteg, aki gondolkodásának, fantáziájának középpontjában a gyógyíthatatlanságtól és a haláltól való félelem áll. Vele szemben ül az »eszköztelenségétől« és inkompetenciája miatt szorongó gyógyító orvos, terapeuta. Ebben az érzelmileg mindkét fél számára megterhelő helyzetben kell hatékonyan kommunikálniuk és a pontos orvosi protokollon túl eljutni egymástól » lélektől-lélekig« ”. ³⁸

Az orvos–beteg kapcsolatnak természetesen része az örök kérdés, melyre minden kor filozófusa választ kívánt adni. Jelen dolgozatnak nem célja a történeti áttekintés, az viszont megkerülhetetlen tény, hogy az orvosi önismeret, viszonyulás az elmúláshoz, vagy fiatal beteg esetében az élethosszig tartó kezelés szükségességének közlése minden esetben igényli, hogy az orvos és a gyógyító személyzet tisztában legyen azokkal a válaszokkal, amelyek ha teljes megnyugvást nem is, de enyhülést hozhatnak a beteg számára. Ahogy Tábit Sarolta erre szintén utal, –³⁹ a gyógyító tevékenységet befolyásolja, hogy a betegek gyorsan cserélődnek, egymással szoros szövetséget alkotnak, miközben a gyógyító team munkáját sokszor megnehezíti, hogy betegek különböző szinteken állnak a betegségük

³⁷ Tábit Sarolta: Az orvos-beteg- hozzátartó kapcsolat sajátosságai onkológiai betegek esetében.

<http://onkopszichologia.bencium.co.uk/diplomamunkak/tabit-sarolta-az-orvos-beteg-hozzatartozo-kapcsolat-sajatossagai-onkologiai-betegek-eseteben/> Letöltve: 2014.11.12-én

³⁸ Tábit Sarolta: Az orvos-beteg- hozzátartozó kapcsolat sajátosságai onkológiai betegek esetében.

<http://onkopszichologia.bencium.co.uk/diplomamunkak/tabit-sarolta-az-orvos-beteg-hozzatartozo-kapcsolat-sajatossagai-onkologiai-betegek-eseteben/> Letöltve:2015.01.03-án

³⁹ Tábit Sarolta: Az orvos-beteg- hozzátartozó kapcsolat sajátosságai onkológiai betegek esetében.

<http://onkopszichologia.bencium.co.uk/diplomamunkak/tabit-sarolta-az-orvos-beteg-hozzatartozo-kapcsolat-sajatossagai-onkologiai-betegek-eseteben/> Letöltve:2014.11.12-én

elfogadásában. A kommunikáció tehát mindenképpen a lehetséges eszköz annak érdekében, hogy a betegek elfogadóbbá váljanak, miközben természetesen szükséges egyéb szakterület képviselőit, pszichológust is bevonni a folyamatba. Az orvos szerepe azonban mindenképpen kiemelendő, hiszen neki kell közölni az egész életet megváltoztató diagnózist. A gyógyító személyzet pszichés megterhelése tehát óriási, de a kétirányú információcsere gyógyító lehet.

9.5. Esetismertetés

Az alábbiakban szeretném bemutatni résztvevő megfigyelőként gyűjtött esettanulmányomon keresztül, hogy miként alkalmazható a krónikus betegség esetén a betegtájékoztató, milyen lehetséges megoldások állnak az orvos rendelkezésére annak érdekében, hogy a hosszú távú kapcsolat fennmaradjon, valamint a gyógyítás eredményessé váljon. Az esettanulmányt követően szeretnék rávilágítani egy fontos kommunikációs aspektusra, amely a krónikus beteg esetében jól modellezhető.

A fiatal nőbeteg krónikus, posztoperatív gasztroenterológiai panaszával felkeresi a szakterület specialistáját, miután másik intézetben hívták fel a figyelmét arra, hogy betegségével a másik klinikán szélesebb spektrumban foglalkoznak. A rendelés más városban van, a beteg előjegyzését egy délelőtti időpontra kapja. Időben megérkezik, majd a hosszas várakozást követően, a nevét hallja a vizsgálóból. Az orvos a beteg belépése után nem nyújt kezet, nem kínálja helytel a páciens, csak annyit kérdez, hogy mit tehet érte. A beteg elmondja, hogy másik intézetből irányították a rendelésre, továbbá szeretné az orvos segítségét kérni. A krónikus betegségből fakadóan rengeteg korábbi vizsgálat, több műtét előzi meg a találkozót, nyilván ezt a rendelkezésre álló kevés idő során összefoglalni nem lehet. Az orvos számára csak ekkor válik nyilvánvalóvá, hogy a beteget nem ismeri, ezért megkérdezi, hogy találkoztak-e már korábban. A beteg nemleges választ ad, és a probléma összetettsége miatt hajlandó arra is, hogy a többi beteget előreengedi, és a konzultációt csak utána veszi igénybe. Az orvos ezt elutasítja, pár percen az aktuális panaszokat megkérdezi, a kórlapra röviden feljegyzi a hallottakat, majd közli a beteggel, hogy már mennie kell, de a korábbi dokumentációt hagyja ott nála, és a szakvéleményét postán fogja továbbítani.

Az eset elemzése révén számos kommunikációs tényező modellezhető.

Az orvos–beteg interakció korábbi fejezeteiben részletes bemutatást adtam arról, hogy a kommunikáció megkezdése során milyen feltételek megléte szükséges. A beteg számára ebben az esetben, az első benyomás ellenszenvet eredményezett, az orvos

magatartása negatív volt, hiszen az udvariasság hiánya kommunikációs zavart eredményezett, amely elkerülhető lett volna.

Korábban azonban említésre került az időstrukturálás kérdése, és az eset erre kiválóan rámutat. Egyértelmű, hogy a jelenlegi betegellátási környezet, a rendelkezésre álló időkeret, nem teszi azt lehetővé, hogy több éves anamnézist, ambuláns ellátás keretében az orvos felvegyen, komoly mennyiségű lelet értelmezésével. A fentiek esetében megoldást jelentett volna, ha a konzultációt megelőzően, a leletek eljutottak volna az orvoshoz, tehát a beutaló orvosnak kellett volna felmérnie, hogy az eset előzetes ismerete szükséges az orvos–beteg találkozás megkezdése előtt. A leletek előre történő elküldése a beteg számára is időt takarított volna meg, hiszen azon a napon egyrészt vidékre utazott, másrészt a konzultáció egyelőre eredménytelen maradt, szakvéleményt nem kapott. Továbbá az orvos számára is akadályozó és egyúttal frusztráló volt a beteg hosszú kórtörténete a rendelés során, annak tudatában, hogy biztosan nem lesz elegendő ideje megvizsgálni a páciens és szakvéleményt írni, összefoglalni a korábbi eredményeket, valamint javaslatot tenni a további kezelésről.

A kommunikáció egészét tekintve, az ideális modell a fenti esetben az lett volna, ha a beutaló orvos felhívja a másik szakorvos figyelmét arra a tényezőre, hogy összetett, komplex problémáról van szó, ezért a személyes találkozást előzze meg a leletanyag internetes vagy postai továbbítása. Továbbá a hatékony orvos–orvos kommunikáció révén lehetőség nyílt volna arra, hogy ne a betegnek kelljen összefoglalni többéves kórelőzményét, hanem szakértői szinten, az orvosok egymást tájékoztatták volna a beteg állapotáról, amelyhez számos kommunikációs színtér állt rendelkezésre az egészségügyi rendszerben. Ez esetben az orvos–beteg találkozó már olyan ismeretek birtokában történhetett volna meg, ahol az orvos számára az anamnézis már ismert, ezért a rendelkezésre álló időt a beteg fizikális vizsgálatára, ha szükséges gyógyszerrendelésre fordíthatta volna. A fenti eset ugyanis azt a körülményt eredményezi, hogy a betegnek ismét meg kell jelennie a rendelésen a további vizsgálatok és a kezelés miatt, hiszen az első alkalommal erre nem volt mód.

Az orvos–beteg kommunikáció tárgyalásakor ezért nem kerülhető ki az orvos–orvos kommunikáció sem, hiszen a gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy az orvosok egymás közötti szakmai interakciója ritkább a szükségesnél. Számtalan esetben, a beutaló hiányos, a betegek sokszor tájékozatlanul jelennek meg a rendelésen, tudásuk szakkérdésekben nem elegendő ahhoz, hogy kórtörténetüket összefoglalják egy olyan stresszhelyzetben, ami kifejezett megterhelést jelent pszichés, mentális szempontból egyaránt. Az orvos számára

rengeteg felesleges időráfordítással jár a korábbi, gyakran minden rendszer nélküli leletek értelmezése, miközben hatékony tájékoztatást kaphatnának a beutaló kollégájuktól. Az adminisztratív túlterheltség további tényezője, hogy minden esetben részletes kórrajzot kell adni, azaz a hosszú kórtörténeteket ismét össze kell foglalni, adminisztratív segítség nélkül. A beteg számára ezért nem jut elég idő, az orvos nem tudja gyógyító munkáját ellátni, mert aránytalanul nagy teher nehezedik rá, amely gyakran frusztrációt, rossz kommunikációt eredményez.

A bizalom ezért mind az orvos–beteg, mind az orvos–orvos kommunikációban kifizetődő, hiszen ha a beteg megbízik az orvosában, a terápiahűség könnyebben kialakul, nem következik be annyszor orvos váltás, ami a betegnek és orvosnak egyaránt megterhelő, miközben a biztosítónak vagy a magánellátásban a betegnek is pluszki költséget jelent. Az orvosok egymás közötti bizalmára ugyanígy igaz, a krónikus beteg esetén a közös munka az időstrukturálás folyamatában megnöveli a betegre fordítható idő mennyiségét, miközben csökkenti az adminisztrációt, és a terápia során alkalmazott kommunikáció minőségében is megmutatkozik.

9.6. Betegoktatás a betegtájékoztatás során

A betegtájékoztatás során nem kerülhető el a betegoktatás kérdésköre sem.⁴⁰ A betegoktatás nem korlátozódik kizárólag arra, hogy az egyes ápolási tevékenységeket a beteg elsajátítja a szakszemélyzet által, hanem a gyógyító munka szerves sajátja, amely önálló szakterületté vált az egészségügyi kommunikáció területén belül.

Az 1999-ben ezzel foglalkozó európai testület az alábbi definíciót fogadta el a betegoktatás leírására:

„Betegoktatásnak tekinthető minden, a betegek felé irányuló oktatási tevékenység, beleértve a terápiás tájékoztatást, az egészségnevelést és a klinikai egészségmegőrzést.”⁴¹

A szakterület fejlődését magával hozta az a tény, hogy jelentősen megnőtt a krónikus betegek száma, és ezzel párhuzamosan széleskörűen elérhetővé váltak a betegek számára azok a háttér- információk, amelyek befolyásolják az orvos–beteg kommunikációt.

⁴⁰ Csabai Márta, Trinn Csilla, Molnár Péter: Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 97-114.p.

⁴¹ Csabai Márta, Trinn Csilla, Molnár Péter: Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt., 100.p.

A fejlődés egyben azt is eredményezte, hogy a szakemberek feladata az informálás mellett a tudatos betegviselkedés kialakítása, a beteg számára a döntéshozatalban való jártasság megteremtése annak érdekében, hogy a páciens a saját betegségét illetően kompetens személlyé váljon.

A betegoktatás révén – amely valóban sok időt igényel az orvos részéről, és a jelenlegi egészségügyi rendszerben nehezen megvalósítható – a tájékoztatás hatékonyabban tud megvalósulni, mert az orvos–beteg viszony nem alá-fölérendeltségi viszonyra korlátozódik, hanem partnerségi kapcsolattá változhat, melynek révén olyan együttes dialógus alakítható ki, amiben a beteg szerepe felértékelődik.

A betegoktatás gyakorlati hasznát a közös döntéshozatal során lehet valójában felmérni. Ekkor azonban figyelembe kell venni, hogy a beteg milyen fizikai és mentális állapotban van, szeretne-e részt venni a döntési folyamatban, rendelkezik-e kellő információval a döntés meghozatala során, valamint milyen kapcsolat van a páciens és az orvos között. Alkalmas-e az együttműködés arra, hogy közös döntéshozatalra kerülhessen sor?

9.7. A közös döntéshozatal felelőssége

A közös döntéshozatal még inkább felértékelődik abban a helyzetben, amikor több megoldási alternatíva is rendelkezésre áll, azonban egyik esetben sincs garancia a száz százalékos eredményre. Az általános definíció szerint a „közös döntéshozatal egy olyan folyamat:

1. melyben az orvos és beteg egyaránt részt vesz,
2. a páciens ismeri, érti betegsége vagy a megelőzendő állapot súlyosságát,
3. a beteg megismeri a szükséges beavatkozás(ok) kockázatait, előnyeit, alternatíváit, bizonytalanságait,
4. a páciens mérlegelni tudja saját értékeit, így ki tudja alakítani hozzáállását a kezelés várható előnyeivel és veszélyivel kapcsolatban,
5. a páciens olyan szinten vehet részt a döntéshozatalban, amely az ő számára a legelfogadhatóbb és legkényelmesebb.”⁴²

A közös döntéshozatal során két csoportra oszthatjuk a résztvevőket. Egyik oldalon a beteg és a hozzátartozója áll, másikon a döntéshozatalban résztvevő orvos.

⁴² Csabai Márta, Trinn Csilla, Molnár Péter: Terápiás betegoktatás, közös döntéshozatal. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt, 111.p.

Gyakori előfordulással jelennek meg azok az esetek is, amikor a kezelést több orvos, összehangolt munkája alkotja. Ilyenkor bonyolult kommunikációs helyzetek alakulhatnak ki, melyeket a későbbiekben konkrét esetleírásban igyekszem bemutatni.

A kommunikációs helyzetet nehezíti a lehetőség, hogy az orvos és a hozzátartozók a beteg érdekében szövetkeznek, de ez akár a beteg számára úgy tűnhet, hogy a döntésből kimarad. Nem kerülhető ki az a szituáció sem, hogy a több szakterületen gyógyító orvos között kialakuló presztízsharcok elszenvedője is a beteg lehet. Ezért a közös döntéshozatal nagyon kényes terület, különösen abban az értelemben, hogy a beleegyezést a beavatkozáshoz a beteg adja meg orvosának. A végső döntés, bármennyire is lehetséges a közös döntéshozatal, a beleegyező nyilatkozatok révén a beteg kezében van. A döntés felelőssége őt terheli, amely olykor a legnehezebb feladatként hárul a betegre.

Példaként említhetjük, hogy a szabad orvosválasztásnak köszönhetően a betegnek joga és lehetősége van a betegségével kapcsolatban több specialistát felkeresni, és a véleményét kérni. Mit tegyen azonban a beteg akkor, ha az orvosi szakvélemények egymásnak ellentmondóak? A szakirodalom ugyanis legtöbbször azokat az eseteket elemzi, amikor a betegnek egy választott orvosa van, és ebben az esetben áll fenn a közös döntéshozatal lehetősége, vagy az informált beleegyezés modellje. Ugyanakkor a gyakorlat számos esetben alátámasztja azt, hogy a betegek több véleményt kérnek, és abba a dilemmába kerülnek, hogy melyik orvos véleményét fogadják el. Természetesen ebben az esetben felmerül lehetőségként a szimpátia, az orvosba vetett bizalom, az orvos híre, a kommunikációs helyzetben mutatott magatartása, de mi történik abban az esetben, ha a beteg nem tud dönteni, hogy ki legyen a kezelőorvosa? Az alábbi, szintén résztvevő megfigyelőként készített esettanulmány segítségével szeretném bemutatni a helyzet összetettségét.

10. Esetismertetés a betegtájékoztató gyakorlati modelljén keresztül

20 éves beteg esete, aki évek óta tartó gasztroenterális panaszokkal került beutalásra a fővárosi klinikára. A kórtörténetből kirajzolódott, hogy a korábbi MR vizsgálat veleszületett ritka fejlődési rendellenességet, gyulladt vékonybélszakaszt ábrázol, annak ellenére, hogy a beteget korábban más intézményben is vizsgálták, negatív vizsgálati eredményekkel.

A felkeresett sebészeten nyitott műtétet javasol az egyik konziliárius sebész, azonban felhívja a figyelmet arra, hogy nem történt gyomor röntgen vizsgálat, amelynek további

diagnosztikus értéke lehet, ezért csak a további eredmények tükrében dönthető el, hogy további, szélesebb spektrumú beavatkozás szükségessége is felmerül-e.

Az operatőr már akkor felveti, hogy a beteg gondolkozzon el a nagyobb beavatkozáson, mert nem biztos, hogy teljesen panaszmentes lesz a későbbiekben. A másnapi eredmény szükségletet mutat, ezért elkerülhetetlenné válik a nagyobb kockázattal járó, bypass műtét elvégzése. A sebész biztatja a beteget, hogy mielőtt a végleges döntést meghozza, keressen fel más specialistát is, tájékozódjon és döntsön. A műtéti technikát részletesen vázolja, lerajzolja, szemlélteti, hogy mi fog történni a beteggel, ugyanakkor felveti a lehetőséget, hogy más szakember tanácsát is kérheti. A páciensnek ajánl szakértő sebészt egy vidéki kórházban, valamint visszaküldi a beküldő belgyógyászhoz.

A diagnózis tükrében a beteg is informálódik az ismeretségi körében, továbbá az interneten is, és talál még egy neves orvost az adott sebészeti területen. A belgyógyással egyeztetve, felkeresi a másik két orvost is. Az elvégzett vizsgálatok, és a beteg állapota alapján mindketten egyértelműen a műtétet javasolják, a beteggel részletesen egyeztetik a műtét körülményeit, a beavatkozás lehetséges technikáit. Egyikük azt kéri, hogy a beteg telefonon jelezzen vissza, amennyiben a műtétet abban a kórházban szeretné elvégeztetni. A másik orvos is biztosítja a páciensnek, hogy szívesen vállalná a ritka betegség operációját, de természetesen a döntést meghagyja a betegnek. A műtetre végül a fővárosi klinikán kerül sor, az első orvos által.

Esetelemzés

Az eset elemzése azért is szükséges, mert rávilágít a korábban tárgyalt közös döntés gyakorlati problematikájára, valamint a szerző szeretné bemutatni, hogy milyen helyzetbe kerül a beteg abban az esetben, ha a közös döntéshozatal modelljébe kerül. Az eset során mindhárom orvos maximális tájékoztatást nyújtott, és le is rajzolta az anatómiai szituációt a várható beavatkozás szemléltetése érdekében. A beteg iránt mindhárom sebész bizalomkeltő magatartást tanúsított, megnyerő viselkedésük révén a páciens számára nem volt kizárható egyik orvos sem. Három orvusból azonban kettő csak vidéken vállalta volna a műtétet. Az első felkeresett sebész a beteg lakhelyén, a fővárosban operált.

A kommunikációs helyzet nehézségét eleve már az adja, hogy a betegnek ahhoz, hogy részt tudjon venni a saját betegségében való tájékozódásban, nagyfokú ismeretre kell szert tennie a vékonybél sebészet témakörében, különben nem értené a felajánlott műtéti lehetőségek közötti különbséget.

Ebben az esetben az orvosok maximálisan igyekeztek lefordítani az orvosi szaknyelvet, és a közös döntéshozatal modelljébe illeszkedően a beteg maga is „szakértővé” vált, és mindhárom orvost megnyerőnek találta, bizalommal viseltetett irántuk. A három konzultáció után azonban abba a helyzetbe került, hogy saját magának kellett eldöntenie egy szakkérdést: ki az a sebész, aki a betegségéhez a legjobban ért, akiben a legjobban bízunk.

A kommunikáció elsődleges szerepe itt nyilvánul meg. Ugyanis csak ennek segítségével alakítható ki az a személyes vélemény, amely alapján a beteg döntésképpessé vált ebben az esetben. A legnagyobb félelmet azonban az jelentette a páciensnek, hogy mi történik akkor, ha három orvos, három különböző szakvéleményt mond majd, és ezek közül kell választania. Abban az esetben a tájékoztatás, bármennyire is törekszik arra az orvos, hogy mindent elmondjon, nem lehet teljes körű, hiszen bármennyire is szorgalmazza a közös döntési modellt az orvosok egy része, a betegek soha nem lesznek elég kompetensek egy ilyen horderejű döntés meghozatalára, még akkor sem, ha a hosszú vizsgálati és kezelési folyamat során valóban betegségük szakértőjévé válnak.

A legtöbb orvosi kommunikációval foglalkozó szakirodalom nyomatékosítja, hogy az orvosok igyekezzenek kerülni a latin szakszavak használatát. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy ez sok esetben az orvos legjobb szándéka ellenére sem valósítható meg. A betegnek tehát ismernie kell a rá vonatkozó kifejezéseket ahhoz, hogy partnerként tudjon a kommunikáció folyamatában részt venni, és a saját egészségéről dönteni tudjon. Ehhez azonban szükséges az orvos–beteg kommunikáció hosszas folyamata, több találkozási lehetőségének felajánlása, hiszen hatékonyan akkor sajátítható el a beteg számára informatív tájékoztatás tartalma, ha több alkalommal is lehetősége van visszatérni a felmerülő kérdésekre.

Az esettanulmány során a betegnek négy szempontot kellett mérlegelnie. A megkérdezett három sebészből kettő vidéken praktizált, azaz felmerült az a kérdés, hogy a beteg és a hozzátartozója tudja-e vállalni a vidéki operáció járulékos költségeit, a ráfordított időt. Továbbá a szakellátás Budapesten zajlott évekig, ezért jogos kérdés volt, hogy az

utókezelés hol fog történni. Célszerű ugyanis olyan intézményt választani, amely a felépülés időszaka alatt, vagy akut betegség esetén is könnyen elérhető.

Természetesen a páciens számára, bármilyen körülményekkel is találkozunk, az orvosa a legfontosabb. Nem kerülhetjük ki azonban azt a tényt, hogy a jelenlegi egészségügyi közállapotok a beteg számára ritkán kielégítőek, ezért akár felmerülhet az a döntési helyzet, hogy melyik az az intézmény, amely egyforma szituációban a beteg számára előnyösebb feltételeket kínál.

Az orvosi bizalom azonban elsőrendű kérdés. A tájékoztatás során a beteg az orvosán keresztül informálódik a rá váró beavatkozásokról, ezért a fent vázolt szituációban az orvos szakértelme, empátiája, emberi hozzáállása vált döntővé, mivel mindhárom sebésztől maximálisan kielégítő tájékoztatást kapott.

11. A betegek jogai a sebészeti ellátás alatt

Dr. Kovács József részletesen bemutatja a sebészeti tájékoztatás gyakorlatát, problémáit.⁴³ Tanulmányában megfogalmazza, hogy a betegnek mindig ismerni kell a diagnózist és a prognózist, a választott műtét előnyeit, hátrányait, a kockázatokat és azok bekövetkezésének esélyét. Ismeretekkel kell rendelkeznie a választható alternatívákról, az operatőr személyéről, illetve későbbiekben arról, hogy ki végezte el a műtétet. Tájékoztatni kell az életkörülményeit érintő kérdésekről, a gyógyulás várható időtartamáról, a keresőképtelenség hosszáról, a gyógyszeres terapiáról. Az akut műtétek esetében a szóbeli tájékoztatás kiemelendő, mert a vizsgálatok szerint a betegek 28 százaléka olvassa csak el az írásos tájékoztatást, miközben 25 százalékuk egyáltalán nem olvassa el.⁴⁴ Rávilágít arra a hibás gyakorlatra is, amely a hazai betegellátásban is előfordul, hogy sok esetben a sebészeti osztály fiatal, kevésbé gyakorlott rezidensei végzik a műtéti felvilágosítást.

„Ez azért probléma, mert az tud csak megfelelő tájékoztatást adni, aki a műtétet önállóan el is tudja végezni.”⁴⁵

⁴³ Dr. Kovács József: Tájékoztató beleegyezés a sebészetben. Magyar Sebészet 2014, 67 (1) 3-8, 5.p.

⁴⁴ Dr. Kovács József: Tájékoztató beleegyezés a sebészetben. Magyar Sebészet 2014, 67 (1) 3-8, 6.p.

⁴⁵ Dr. Kovács József: Tájékoztató beleegyezés a sebészetben. Magyar Sebészet 2014, 67 (1) 3-8, 5.p.

A betegnek joga van viszont visszautasítani a beavatkozást, amennyiben belátási képessége birtokában van. Le kell azonban szögezni azt a tényt, hogy sokszor a betegek visszautasítása a félelem eredménye, melyet a sikeres kommunikáció révén el lehet oszlatni.

A tájékoztatás során az orvosnak különös tapintattal kell eljárnia, hogy betegét minden információval ellássa, miközben olyan mentális és érzelmi támaszt tudjon nyújtani, amelynek a birtokában a beteg az információ hatékony befogadója lesz. Nem elegendő olyan tájékoztatást nyújtani, melynek eredményeként a beteg belenyugvó döntést hoz. Meg kell arról is bizonyosodni, hogy a páciens a döntését oly módon hozta meg, hogy tudatában van annak, hogy milyen beavatkozásokba egyezik bele.

A korábban bemutatott esetben a kommunikációs kapocs az volt, hogy az egyes szakterületek képviselői felmérték a beteg tudásszintjét, rajzokkal, ábrákkal egészítették ki magyarázatukat, lehetőséget teremtve arra, hogy a beteg ne csak passzív résztvevőként, hanem saját betegségének aktív szereplőjeként hozhasson döntést.

12. Mikor beszélünk kommunikációs zavarról?

Az orvosi kommunikáció folyamatában a klasszikus kommunikáció elemei is érvényesülnek, amiben egyaránt kommunikációs problémák, akadályok is felmerülhetnek. Olyan zárlatok, amelyek feloldása különösen a tájékoztatás során nagyon fontos.

„Kommunikációs zavarról akkor beszélhetünk, ha az adó(k) által feladott üzenet nem jut el a címzetthez; vagy nem az jut el, amit eljuttatni kívántak; vagy legalábbis nem minden jut el belőle hozzá.”⁴⁶

A kommunikációs zavar során több fázist lehet elkülöníteni, annak alapján, hogy a kommunikáció folyamata helyrehozhatatlanul sérült, vagy a nézetkülönbségek még feloldhatóak. Ennek megfelelően nevezi meg Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor a kommunikációs zárlat fogalmát.

⁴⁶ Kapitány Ágnes - Kapitány Gábor: A tömegkommunikáció szimbolikus üzenetei. Budapest, Sajtóház Kiadó, é.n., 133.p.

12.1. A kommunikációs zárlat fogalma

„Kommunikációs zárlatnak tehát a tökéletlen, részlegesen vagy teljesen megszakadt kommunikációt nevezzük, az olyan kommunikációt, amelyben a lényeges üzenetek nem mennek át a felek között, roncsolva ezáltal magát a kapcsolatot is; s ennek következtében gyakran súlyos pszichés terheket raknak a résztvevőkre.”⁴⁷

Kommunikációs zárlat létrejöhet az orvos és páciense között is, aminek feloldása elengedhetetlen a tájékoztatás, valamint a későbbi kezelés folyamán.

A zárlat egyik lehetséges oka az a tény, hogy az orvos és betege nem egyforma tudásszinttel rendelkezik. Az orvos hatéves egyetemi képzés során sajátítja el az emberi test felépítését, működését, szemben betegével, aki bármilyen területről is érkezik, a tünetek birtokosa, sok esetben elszenvedője, de nem szakértője egy olyan helyzetben, amikor döntést kell hoznia legnagyobb értékéről, az egészségéről.

Nyilvánvaló, hogy az orvos feladata és – a pozitív tapasztalatok tanulsága szerint – törekvése, hogy ezt a kommunikációs egyenlőtlenséget feloldja és beavassa páciensét, de sokszor a kétoldalú törekvések ellenére a kommunikáció folyamata megsérül. Ennek oka lehet a páciens korábbi tapasztalata, betegsége, fájdalmas élménye, vagy negatív hozzáállása az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatban.

Nem kerülhető meg az a szempont sem, hogy az orvos–beteg szerepben két fél vesz részt, akik esetében nem törvényszerű a szimpátia. Ezen tényezők együttese mind kiváltó oka lehet a kommunikációs zárlatnak. Ahogy Kapitány Ágnes fogalmaz, ennek a folyamatnak az első lépése az, hogy valamelyik felet sérelem éri, amely a bizalom megingásához vezet.⁴⁸ A bizalom megingása azt eredményezi, hogy a beteg elzárkózik, kérdéseit nem meri feltenni. Az orvos eközben passzivitást észlel, úgy tűnhet számára, hogy betege nem elégedett, nem együttműködő, sőt egyes esetekben felmerülhet benne, hogy nem kezeli elég tisztelettel a gyógyító munkát a kételye miatt.

⁴⁷ Kapitány Ágnes-Kapitány Gábor: A tömegkommunikáció szimbolikus üzenetei. Kommunikáció, Demokrácia, Média. Budapest, Sajtóház Kiadó, é.n., 134.p.

⁴⁸ Kapitány Ágnes-Kapitány Gábor: A tömegkommunikáció szimbolikus üzenetei. Kommunikáció, Demokrácia, Média. Budapest, Sajtóház Kiadó, é.n. 150.p.

12.2. Kommunikációs zavarok feloldása

A kommunikációs zavarok, amint említettük, feloldhatóak, ennek technikáit és lehetséges módjait ismertetni kívánom annak érdekében, hogy kitűnjön, hogy számos orvos–beteg konfliktus megoldható lenne a sikeres kommunikáció segítségével.

A verbális konfliktuskezelés lehetséges megoldási út, ebben az esetben azonban a résztvevő felek mindegyikének célszerű beszámolnia kétségeiről, sérelmeiről. Sebészeti példát alkalmazva a kommunikációs helyzetre:

„A feszültségek kölcsönös megértésen alapuló kibeszélése sebtisztító hatású lehet. Igaz a sebtisztítás mindig veszélyes, magában hordozza további elfertőződés, a mélyebb sérelem lehetőségét, de az esetek nagy részében mégis a gyógyulásnak is ez az egyetlen hatékony útja.”⁴⁹

13. Személyes kapcsolat az orvos–beteg interakcióban

Buda Béla részletesen kifejti, hogy az orvosi hivatás, az orvosi szerep miként hat az orvos személyiségére.⁵⁰

„Az orvosi szerep, mint professzionális szerep az ún. pervazív szerepek és foglalkozási szerepek között helyezkedik el, vagyis olyan szerep, amely a foglalkozási tevékenységen kívüli időn és helyzeten túl is normatív módon befolyásolja a viselkedést. Az orvos esetében ez abban nyilvánul meg, hogy szolgálaton kívül is köteles segíteni, magánemberként is állandóan készenlétben kell állnia, hogy orvosként segítsen.”⁵¹

Réthelyi János rámutat a Bálint Mihály által bemutatott fogalomra, amely érzékelteti az orvos-beteg kapcsolat kétoldalúságát.⁵²

„Mind az orvosnak, mind a betegnek van egy elképzelése a másik társadalmi helyzetéről, és ennek megfelelően kommunikálnak egymással. Ezek az előzetes elképzelések, melyek könnyen félreértésekhez vezethetnek, részét képezik az orvos apostoli funkciójának, mely az orvosnak a beteg felé irányuló orvosi és morális elvárásait jelenti.”

⁴⁹ Kapitány Ágnes-Kapitány Gábor: A tömegkommunikáció szimbolikus üzenetei. Kommunikáció, Demokrácia, Média. Budapest, Sajtóház Kiadó, é.n. 158.p.

⁵⁰ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, TÁMASZ, 1994, 58.p.

⁵¹ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, TÁMASZ, 1994, 58.p.

⁵² Réthelyi János: Orvos gyógyszer a társadalomban. In Dr. Hatmathy Éva: Magyarok Asconában, Hungarian asconauts. Budapest, 2000, SOTE Magatartástudományi Intézet Junior Bálint-csoport Centenárium kiadványa

Az apostoli funkció tehát az elvárás, egy alapvető kép, amely hatással van a kommunikációra.

Bálint Mihály így fogalmaz:

„Az apostoli küldetés vagy funkció elsősorban azt jelenti, hogy minden orvosnak van egy nem körvonalazott, de többnyire megingathatatlanul szilárd elképzelése arról, hogy miként kellene a betegnek viselkednie, ha beteg. Bár az elképzelés semmiképpen sem kifejezett és konkrét, de mérhetetlenül erős, és úgy találtuk, hogy gyakorlatilag ez befolyásolja az orvosnak a betegeivel végzett munkája minden részletét.”⁵³

Az apostoli funkció az orvos sajátja, és az alábbi idézet megvilágítja Bálint azon álláspontját, hogy a beteg számára döntési helyzetet teremt orvosa személyisége.

„...Még a tisztán orvosi esetekben is nagyon nehéz az orvos számára, hogy ne mutassa meg, mi van a kártyáiban– azaz ki ne nyilvánítsa, hogy véleménye szerint egy adott helyzetben mit helyes és illő a betegnek tennie. Ennek az az eredménye, hogy a betegnek vagy el kell fogadnia az orvos »hitét és parancsolatait« és megtérnie, legalábbis felületes módon, vagy el kell azokat utasítania és be kell rendezkednie elhúzódó alkudozásokra, vagy mint végső menedék, más orvost keresnie, akinek »hite és parancsolatai« elfogadhatóbbak számára.”⁵⁴

Az orvos–beteg kapcsolat összetettségét kiválóan példázza a fenti idézet, amelyben egyaránt szükséges az orvos és betege önismerete, valamint kooperáló hajlandósága, mert a terápia és a gyógyulás folyamata kizárólag együttműködés révén valósulhat meg, ahogy ezt ismét igazolja Bálint is.

„Természetes, hogy az orvos–beteg kapcsolat mindig és kivétel nélkül a beteg »ajánlatai« és az orvos »válasza« között létrejövő kompromisszum eredménye.”⁵⁵

A kooperáló kommunikációban azonban létrejön egy olyan speciális interakciós forma, amely személyes elemeket is tartalmazhat.

„A kölcsönös megelégedés és kölcsönös csalódás ilyen alapjain épül fel az az egyedülálló kapcsolat, amely megvan a gyakorlóorvos és a hozzá ragaszkodó betegek között. Nagyon nehéz ezt a kapcsolatot pszichológiai szakkifejezésekkel leírni. Nem szeretet, és nem kölcsönös tisztelet, nem kölcsönös azonosítás, és nem barátság, bár mindezeknek az elemei

⁵³ Bálint Mihály: Az orvos, a betege és a betegség. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961, 252.p.

⁵⁴ Bálint Mihály: Az orvos, a betege és a betegség. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961, 253.p

⁵⁵ Bálint Mihály: Az orvos, a betege és a betegség. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961, 253.p.

megvannak benne. Jobb kifejezés híján ezt a kapcsolatot neveztük el »kölcsonös beruházási társaságnak«. Ezalatt azt értjük, hogy a gyakorlóorvos fokozatosan nagyon értékes, a betegébe befektetett tőkét szerez magának, és fordítva, a beteg nagyon értékes, a gyakorlóorvosába fektetett tőkét szerez magának.”⁵⁶

Bálint rámutat arra, hogy az orvos–beteg kapcsolat során az orvos számára ismert lesz a beteg saját világa, családja, környezete, kialakult képe lesz a betegét körülvevő szociális hálóról, továbbá ennek mechanizmusairól, ezért komoly tudás mindkét interakcióban résztvevő fél számára, hogy az egymásba fektetett bizalmat hogyan tudják alkalmazni. A kialakult bizalom lehet az alapja akár annak is, hogy az orvos személyes tapasztalatait is bevonja a kezelésbe.

14. Az orvos személyisége a betegellátásban

A személyes kapcsolattal azonban Buda Béla nem ért egyet. „Az orvos és a beteg helyes kapcsolata nem az, hogy az orvos betegével társasági tónust vesz fel, vagy önmagáról közöl dolgokat. Sőt célszerű ezt elkerülni, különösen a kapcsolat elején, mert túl élesen ütközhet a betegek egy részében még élő kapcsolati sémával. A helyes kapcsolatban az orvos elfogadja betegének egyéniségét, az iránt őszinte érdeklődést mutat.

Ilyenkor felszínre hozza a beteg érzelmi erőit, ennek segítségével befolyásolja a viselkedését. A helyes orvos–beteg kapcsolat őszinteségre és potenciális egyenlőségre, »demokratizmusra« épül. A megbecsülés, az érdeklődés és a jó szándék szempontjából valóban demokratikus is marad, habár a szokványos kapcsolatok kölcsönössége hiányzik belőle, mivel az orvos egész személyiségét nem adja bele, csak azt a részét, amely a kapcsolat kialakításához és irányításához szükséges. Személyiségének többi részét illetően célszerű, ha »inkognitó«-ban marad.”⁵⁷

Buda Béla ezen megállapításával csak részben értek egyet. A komoly empatikus készség valóban elengedhetetlen annak érdekében, hogy az orvos a felszínre hozza a beteg személyiségét, és ennek megfelelően alakítsa ki a kommunikációs stratégiáját. A saját tapasztalatom azonban az, hogy hatékony kommunikáció akkor valósul meg, ha a kezelőorvos a lehetőségeihez mérten, az alá-fölérendelt viszonyt mellérendelő viszonyná próbálja alakítani.

⁵⁶ Bálint Mihály: Az orvos, a betegek és a betegség. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961, 289.p.

⁵⁷ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, TÁMASZ, 16.p.

Ehhez viszont komoly kapaszkodó lehet a beteg számára az a tény, hogy az orvos is ember. Hosszantartó, krónikus betegség esetén a beteg számára orvosa egyben támasza is, és sokkal könnyebben lehet kölcsönös partnerségi viszonyt kialakítani, hogyha a felek nem csak a szakmai kérdésekre szorítkoznak. A nagyobb bizalom kialakításának egyik lépése lehet, ha az orvos maga is megmutatja emberi oldalát, ugyanakkor Buda Bélának abban igaza van, hogy az elfogulatlan viselkedéshez szükséges egyfajta távolmaradás.

A megfelelő orvosi kommunikációnak ugyanakkor része az orvos személyes tapasztalatainak összessége is, hiszen ha ismét a tájékoztatást vesszük alapul, az orvos személyes példával még inkább fokozhatja az információközlés minőségét. Amennyiben a kialakult kapcsolat erre alkalmas, felszínre kerülhetnek azon prekoncepciók a betegek részéről, amelyek megszüntethetők, ha személyes példa is benne van.

Buda Béla rámutat arra, hogy az orvos csak akkor lehet közvetlen partner a gyógyításban, ha egész személyiségével részt vesz a gyógyító munkában. „A beteghez fűződő személyes, emberi kapcsolatát kell olyanná formálnia, hogy annak erőivel meg tudja nyerni a beteg együttműködését, bizalmát, és elérje, hogy betege viselkedését olyan mértékben szabályozni tudja, amennyire csak a betegek segítése, ellátása szempontjából szükség van.”⁵⁸ Ugyanis a betegek viselkedése és egyben kooperációs hajlandósága egyben az orvos hozzáállását is tükrözi.

14.1. Az orvos hite a gyógyításban

A beteg számára a gyógyulásba vetett hite rendkívül jelentős, amelynek ésszerű megteremtésében a gyógyító személyzetnek és az alkalmazott kommunikációnak komoly szerepe van. Gyakran látható, hogy krónikus betegség esetében a beteg kitartása, az enyhülésbe vetett hite hatalmas erőket mozgathat meg, ami sokszor az orvosok számára is meglepő eredményeket hozhat. Ezen hit, amely egyrészt a gyógyítóban rejlő remény és bizalom elegye, másrészt a beteg szociális helyzetének része, kulturális identitása, az elmélyült kommunikáció révén megismerhető és a beteg számára útmutatást adhat. Nem jelenti azonban az orvosi alázat elmaradását a beteggel és betegségével szemben, mert sokszor a legjobb tudás ellenére sem következik be javulás, vagy már reménytelennek titulált esetekben is változás állhat elő.

⁵⁸ Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, TÁMASZ, 15p.

E kettős helyzet kapcsán, ismét idézném Hornyánszky segítségével az ókori gyógyítók legnagyobbikát, Hippokratészt az alázatról.⁵⁹ Véleménye szerint az orvos feladata, hogy tisztelje az isteneket, alázattal tekintsen rájuk, mert tudományuk nem szűkíthető le pusztán racionális magyarázatokra.

„Tisztelje az isteneket, »mert leginkább az ő fejében keletkezik az istenek gondolata« »... Az orvosok pedig csak az istenek mögött következnek, mert tudományukban nincsen fölösen az, aminek döntő a szava. Az orvosok ugyan sokat jóra fordítanak, de sok dolog magától javul meg. S amivel az orvostudomány eldicsekszik, azt főleg ebből a forrásból (a véletlenből) mutatja fel. Megvan tehát számukra is a bölcsességhez (az istenekhez) vezető út, még ha nem is gondolnak rá...«⁶⁰

Ebben a korban természetesen az istenhit még sokkal előbb, de Hippokratész a véletlenben találja meg azt a nem magyarázható területet, amely a gyulladások egy részét jellemzi.

„A véletlenben (en xümpatómaszi), az önkéntelenben (di'heóütón) találja meg az a rést, amely előtt az orvostudomány is tanácstalanul áll, s ahol – akárcsak a közhit – az istenektől várja a segítséget.”⁶¹

Hornyánszky megvilágítja Hippokratész szavait, hogy mindez nem jelenti azt, hogy elvetné a tudományos hozzáállás szükségszerűségét, és az orvosi tudást kétségbe vonná, de fenntartja annak lehetőségét, hogy a váratlan és magától előálló is beosztható a természettudomány rendbe, anélkül, hogy az orvos gondolkodása istenhitét feladná.

A betegek és az orvosok számára nem elkerülhető tehát a hit kérdése, amelyet területi és fogalmi okok miatt jelen dolgozat nem kíván tárgyalni, csak rá kíván arra mutatni, hogy különösen az onkológiai és krónikus betegek esetében figyelembe kell venni, hogy a gyulladás természetesen függ a szakmai hozzáértéstől, de minden esetben jelen van az emberi lélek, mely szintén gyógyszer igényel. Az empátikus kommunikáció révén a folyamat megerősíthető, sőt megfelelő technikák alkalmazása révén elérhető, hogy a beteg hittel rendelkezzen a gyulladását illetően, mely a legtöbb orvos szerint is elengedhetetlen.

⁵⁹ Hornyánszky Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. 2007, Liget Műhely Alapítvány, 169.p.

⁶⁰ Hornyánszky Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratész. 2007, Liget Műhely Alapítvány.169.p

⁶¹ Hornyánszky Gyula : A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratész. 2007, Liget Műhely Alapítvány.170.p.

14.2. A Bálint-csoport szerepe az orvos-beteg kapcsolatban

Az orvos–beteg kapcsolat önreflexiós terápiás lehetősége, amely a kétoldalú kommunikáció hatékony alkalmazását kívánja megteremteni és egyben gyógyító funkcióval rendelkezhet, a Bálint Mihály által életre hívott Bálint-csoport módszere.

„A »klasszikus« Bálint-csoportban 8-12 gyakorló orvos, egy vezető (esetleg még egy társvezető), talán néhány kiképzésben levő leendő vezető és néhány vendég vesz részt. A csoport hetenként egyszer találkozik két órára, két éven át... A megbeszélés általában kérdésekkel indul, hogy a résztvevők minél tisztább képet kapjanak a betegről, annak problémájáról és megértsék a beszámoló orvos nehézségeit. A résztvevők egyéni véleményeiket mondják el, melyek saját tapasztalataikon nyugszanak és melyeket személyes sajátságai és előítéleteik (»apostoli funkció«) színeznek. Valamelyik résztvevő előítéletektől terhes nézeteit és irracionális meggyőződéseit a többiek nemsokára felmutatják, azt fokozatosan megértik, és idővel, ahogy a csoporttagokban a biztonságérzet megerősödik, el is ismerik. Ez új szempontokkal gazdagít és a fent említett személyes sajátságok oldódásához vezet.”⁶² A Bálint-csoport lehetőséget teremt a klinikus orvos számára, hogy önismeret és kommunikációs helyzetvizsgálat révén olyan ismereteket sajátítson el, amelyek az orvos-beteg interakciót javítják, hatékonyabbá teszik, ezáltal eredményesebb gyógyító munka valósítható meg.

15. Összefoglalás

A dolgozatban áttekintést kívántam nyújtani az orvosi kommunikáció viszonyrendszerében működő kommunikációs sajátosságokról, a megváltozott társadalmi kép eredményezte orvos–beteg viszonyról, melyben a folyamat mindkét szereplője számára újszerű kihívásokkal kell szembenézni.

Az orvosok számára az új terápiás eljárások széleskörű gyógyítási spektrumot nyújtanak, miközben a betegeknek is egyre több lehetőség áll rendelkezésre annak érdekében, hogy betegségükről, kezelésükről a lehető legtöbb információ birtokába kerüljenek. Az információtechnológiai fejlődés és a közösségi médiumok révén a betegek tájékozottsági szintje megnő, ezért a hatékony kétoldalú kommunikáció érdekében az orvos–beteg kapcsolatban szükségessé válhat a jövőben a digitális szemléletváltás.

⁶² Max B. Clyne (fordította Schnell Endre): A gyakorló orvosok kiképzése az orvos-beteg kapcsolatban. In B. Luban-Plozza és H. H. Dickhaut (szerk.): A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. A kapcsolati diagnosztika. Kapcsolati terápia. Budapest, 1986, Medicina Könyvkiadó, 45.p.

Az orvosi kommunikáció szerepe és hatékony alkalmazása, a jelenkor megváltozott orvostársadalmában szintén egyre nagyobb jelentőségű, ugyanis a betegek részéről komoly szemléletbeli változást eredményeztek az elmúlt évtizedek.

A tájékozott beteg szerepköre ugyanis átvette a korábbi paternalisztikus orvos–beteg viszony szereplőjének helyét. Az informált pácienssel folytatott kommunikáció az orvosok részéről újfajta szemléletet igényel. A megfelelően alkalmazott kommunikációs technikák révén csökkenthető az orvos–beteg viszonyrendszer alá-fölérendeltségi modellje, mely mindkét fél számára olyan kompromisszumos megoldást eredményezhet, melyben a gyógyítás minősége, színvonala emelkedik. A páciensek számára egyre nagyobb értéke van az empátikus magatartásnak, miközben nagyobb szükség van információközlésre, partneri viszony kialakítására is.

Dolgozatomban esettanulmányok, valamint konkrét példák segítségével kívántam illusztrálni azokat a kényes döntési szituációkat, illetve az orvosi kommunikáció terén releváns helyzeteket, amelyek megoldása a hatékony konfliktuskezelés, a személyesebb, közvetlenebb kommunikáció révén jóval eredményesebb lehetne. Nem lehet eléggé hangsúlyozni az interakció minőségét az orvos–beteg viszonyban, hiszen a laikus beteg és a szakértő orvos szerepének egyetlen átjárója az a kölcsönös ismeretcsere, melyben az orvos képes empátikus információközlésre oly módon, hogy az ismeret a páciens számára a későbbi szükségszerű döntésben megalapozó erővel bírjon, miközben a kommunikáció folyamatában a hagyományos gyógyítói szerepkör ne vesszen el. A betegek magas szintű tájékozottsága az orvosok számára azt eredményezi, hogy szükséges nagyobb mértékben a döntési folyamatba a pácienseket bevonniuk, megteremtve a közös döntéshozatal lehetőségét.

A betegek részéről tanúsított kooperáló magatartás a sikeres kommunikáció egyik legfőbb eleme, továbbá a gyógyításhoz elengedhetetlen az információcsere. A kölcsönös bizalom eszköze a kétoldalú folyamatnak, melynek révén megvalósulhat a partneri viszony a kezelés során, elkerülve a gyakran fellépő kommunikációs zavart. A hatékony kommunikáció tehát kétoldalú folyamat, megfelelő alkalmazása mindkét résztvevő számára segítség lehet, hiszen az orvos és a beteg a látszólagos ellentmondás dacára egy oldalon áll. Az orvosi hivatás kezdete óta mindkét fél ugyanazért küzd. A gyógyulásért.

Budapest, 2015. január 4.

IRODALOMJEGYZÉK

BÁLINT Mihály: Az orvos, a betege és a betegség. Budapest, 1961, Akadémiai Kiadó

BÁLINT Sándor: Szuggesztív kommunikáció a szülészeti-nőgyógyászatban. In Varga Katalin: A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban. Budapest, 2011, Medicina Könyvkiadó Zrt.

BÓTA Margit: Orvosi kommunikáció. A „nehéz beteg”.

<http://mti.deoec.hu/upload/deoecmagataras/document/Orvosbetegkommunikacio.pdf>

Letöltve: 2015. 01.04-én

BUDA Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. Budapest, 1994, Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány (TÁMASZ)

Complex Hatályos Jogszabályok gyűjteménye. Az 1997. CLIV. törvény az egészségügyről. Complex Jogtár, wolters Kluwer Complex Kiadó

Hatályos: 2014.11.12-én

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Letöltve: 2014.11.12-én

DARUKA István: Egészség vagy tünettelenység? – avagy a dekontextualizált medicina arcai. LAM, XXIII. évfolyam, 5-6. szám. 2013; 23 (5-6): 296-299.

CSABAI Márta, TRINN Csilla, MOLNÁR Péter: Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt.

GYURGYÁK János: Szerzők és szerkesztők kézikönyve. Budapest, 2005, Osiris Kiadó

HÁRDI István: Pszichológia a betegágnál. Budapest, 1980, Medicina Könyvkiadó

HORNYÁNSZKI Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. Hippokratész. 2007, Liget Műhely Alapítvány

KAPITÁNY Ágnes–KAPITÁNY Gábor: A tömegkommunikáció szimbolikus üzenetei. Kommunikáció. Demokrácia. Média. Budapest, é.n., Sajtóház Kiadó

KOVÁCS József: Tájékoztató beleegyezés a sebészetben. Magyar Sebészet 2014; 67 (1) 3-8 2014, Budapest, Akadémiai Kiadó

LŐRINCZ Jenő: A betegek jogállása. Budapest, 1985, Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség Kiadványa.

MAX B. Clyne (fordította Schnell Endre): A gyakorló orvosok kiképzése az orvos-beteg kapcsolatban. In B. Luban-Plozza és H. H. Dickhaut (szerk.): A Bálint csoportok gyakorlati kérdései. A kapcsolati diagnosztika. Kapcsolati terápia. Budapest, 1986, Medicina Könyvkiadó

NÉMETH Erzsébet: A kommunikáció alapfogalmai és szerepe az orvoslásban. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt.

PILLING János: Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt.

PILLING János: Az orvos-beteg konzultáció. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt.

PILLING János: Orvos–beteg kommunikáció.

<http://magtud.semmelweis.hu/okt/tantargyak/151-kommunikacio/oktatasi-segedanyagok/216-orvos-beteg-kommunikacio>

Letöltve: 2014.11.22-én

RÉTHELYI János: Orvos gyógyszer a társadalomban. In Dr. Harmathy Éva. Magyarok Asconában, Hungarian asconauts 1996. Harmadik, változatlan kiadás. 2000, Budapest, SOTE Magatartástudomány Intézet Junior Bálint-csoport, Centenárium kiadvány

SÁNDOR Judit: Az orvoslás jövőjéről egy genetikus orvosi geek szemszögéből. In Orvosok Lapja, 2013/11, Magyar Orvosi Kamara

SZABÓ Mária: Filozófia és orvostudomány a Hippokratészi Gyűjteményben. Bevezetés a levegő című íráshoz. http://www.ookor.hu/archive/cikk/2007_4_Szabo.pdf 70.p
Letöltve: 2014.11.12-én.

TÁBIT Sarolta: Az orvos-beteg- hozzátartó kapcsolat sajátosságai onkológiai betegek esetében.
<http://onkopszichologia.bencium.co.uk/diplomamunkak/tabit-sarolta-az-orvos-beteg-hozzatartozo-kapcsolat-sajatossagai-onkologiai-betegek-eseteben/> Letöltve: 2014.11.12-én

TIRINGER István, VARGA József: A betegtájékoztatás kommunikációs kérdései. In Pilling János: Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Budapest, 2008, Medicina Könyvkiadó Zrt.

Budapest, 2015.01.04.