



pod redakcją Marii Nowiny Konopki, Wojciecha Feleszki,
Łukasza Małeckiego

Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy

Nadawanie struktury konsultacji

Maria Nowina Konopka

Nadawanie struktury, podobnie jak budowanie relacji, jest realizowane przez cały czas trwania konsultacji, jest to bowiem proces równoległy do pozostałych etapów konsultacji, nie zaś jej osobna faza. Świadomość struktury konsultacji pozwala powrócić do zorganizowanej i przejrzystej formy, kiedy trzeba się skupić na dodatkowych, istotnych w danym momencie tematach. Nie należy „sztywno” trzymać się wypracowanej struktury. Powinna ona raczej stanowić punkt odniesienia do spersonalizowanego podejścia do pacjenta. Stosowanie zawsze tych samych schematów może mieć w niektórych przypadkach niekorzystny wpływ na przebieg konsultacji, ponieważ innego podejścia wymaga pacjent pierwszorazowy, innego pacjent, którego leczymy latami, a jeszcze innego pacjent opanowany silnymi emocjami (np. mocno zaniepokojony). Kluczową kwestią jest responsywność i elastyczność. Schemat nie powinien przysłańcać drugiego człowieka. Ma być natomiast pomocny w organizacji konsultacji i w orientacji, na którym etapie konsultacji jesteśmy i dokąd zmierzamy. Struktura jest zatem scenariuszem konsultacji, który można (a w niektórych przypadkach wręcz należy) modyfikować adekwatnie do potrzeb i możliwości zarówno lekarza, jak i pacjenta.

Cele nadawania struktury konsultacji lekarskiej

Strukturę konsultacji lekarskiej nadaje się w celu:

- stworzenia atmosfery zrozumienia i akceptacji dla swoich ról

- stworzenia odtwarzalnego i bezpiecznego dla lekarza i pacjenta schematu konsultacji
- ułatwienia przebiegu konsultacji i zbierania informacji
- zachęcenia pacjenta do przyjęcia aktywnej postawy i zaangażowania się w konsultację
- realistycznego zarządzania zasobami (czasem, kompetencjami, zaufaniem itp.)
- zwiększenia kontroli nad przebiegiem konsultacji.

Wynika z tego, że budowa struktury jest zabiegiem korzystnym dla obu stron. Lekarzowi pozwala na sprawne prowadzenie konsultacji w zaplanowanej, logicznej i odtwarzalnej kolejności, a także pozyskanie możliwie najwięcej informacji istotnych klinicznie oraz ważnych dla pacjenta. Pacjentowi zaś daje poczucie bezpieczeństwa, stwarza wrażenie, że jest w „fachowych rękach”, a także umożliwia podzielenie się własnymi obawami i uzyskanie odpowiedzi na nurtujące pytania.

Dobrze poprowadzona konsultacja stanowi zatem podstawę wzajemnego szacunku i zaufania w relacji lekarz–pacjent.

Tworzenie struktury

Tworzenie struktury obejmuje:

- określenie ról lekarza i pacjenta
- angażowanie pacjenta
- klaryfikację i doprecyzowanie
- podsumowanie
- moderowanie
- zarządzanie czasem
- analizę sygnałów zwrotnych.

Określenie ról lekarza i pacjenta

Wyraźne określenie ról jest zadaniem lekarza jako osoby moderującej przebieg konsultacji. Pacjent poinformowany o przebiegu konsultacji wie, czego się od niego oczekuje i jak powinien się zachować. Niewłaściwe zachowanie pacjenta może wynikać z jego niewiedzy, a nie z braku dobrej woli, dlatego warto poinformować go – z należytą atencją – o obowiązujących w placówce zasadach. Znajomość tych zasad z reguły zwiększa komfort pacjenta, a lekarzowi dodaje pewności w egzekwowaniu ich przestrzegania.

Lekarka: Proszę udać się z tym skierowaniem do pokoju 102 – to trzeci po lewej w tym korytarzu. Kiedy skończy się poprzednie badanie, pielęgniarka wyjdzie i zapyta, czy ktoś jeszcze czeka na badanie. Proszę przekazać jej wtedy skierowanie. Pielęgniarka poinformuje pana o czasie oczekiwania, a w stosownej chwili poprosi pana do środka. Zazwyczaj czeka się około 15 minut.

Pacjent: Pani doktor, czyli mam nie pukać i nie wchodzić do gabinetu, żeby zgłosić się na badanie?

Lekarka: Nie ma potrzeby, a wręcz wchodzenie do gabinetu w czasie badania obecnego tam pacjenta utrudnia pracę lekarzowi i jest krępujące dla chorego. Proszę więc – dla uszanowania intymności badanego pacjenta – poczekać na korytarzu dopóki nie wyjdzie pielęgniarka, która zaprosi pana do środka.

Angażowanie pacjenta

Podczas tworzenia struktury konsultacji warto zadbać o odpowiednie zaangażowanie pacjenta w przebieg spotkania. Każda relacja budowana jest w oparciu o osobowość wszystkich jej uczestników. Warunkiem dobrej konsultacji jest zatem stworzenie pacjentowi odpowiedniej przestrzeni do wyrażenia siebie oraz własnych lęków bądź niepokoju. Pomocne są tutaj pytania otwarte, które – angażując pacjenta w udzielanie dłuższych, swobodnych odpowiedzi – pozwalają lepiej poznać jego samego oraz jego perspektywę (poziom lęku i zrozumienia sytuacji, w której się znalazł, zakres rozumienia pojęć medycznych). Ponadto pacjent, w warunkach sprzyjających swobodnej wypowiedzi, może naprowadzić lekarza na nowe, istotne klinicznie wątki (np. „Niech pani opowie coś więcej o tym bólu głowy. Jak to się wszystko zaczęło?”).

Przebieg konsultacji jest efektywny wówczas, gdy przepływ informacji jest optymalny z obu stron (piszemy o tym szerzej w rozdziale 5).

Angażowanie pacjenta ułatwiają takie zwroty, jak:

- „Wspominała pani o dusznościach. Proszę mi opowiedzieć o nich więcej...”
- „Proszę mnie poprawić, jeśli źle zapamiętałem: przyjmowane przez pana dawki...”
- „Czy dobrze rozumiem, że...”

Klaryfikacja i doprecyzowanie

Pacjenci w swojej wypowiedzi przekazują wiele informacji cennych dla lekarza. Niektórzy z nich w swych narracjach używają potocznych pojęć, mówią zbyt długo i nie na temat, wypowiadają się mało precyzyjnie, błędnie podają dawki i mylą objawy. Z tego względu elementem struktury musi być porządkowanie wypowiedzi i układanie informacji w logiczny ciąg. Wartością dodaną tak skonstruowanej konsultacji jest aspekt edukacyjny: pacjent, którego wypowiedź zostanie doprecyzowana i skorygowana (np. przez podanie właściwej nazwy leku), uczy się funkcjonowania w świecie medycznych pojęć oraz dostaje sygnał, które informacje są dla lekarza mniej, a które bardziej istotne. Można przypuszczać, że taki pacjent w czasie kolejnej konsultacji będzie się wypowiadał nie tylko swobodniej, ale też z większą precyzją. Należy podkreślić, że sposób przedstawienia informacji przez pacjenta jest niezwykle wartościowym źródłem wiadomości, jednak może on – starając się przedstawiać tylko te informacje, które postrzega jako ważne dla lekarza – pominąć dane istotne dla ustalenia rozpoznania i wyboru metody leczenia bądź ułatwiające lekarzowi zrozumienie istoty problemu.

Doprecyzowanie pozwala lekarzowi uzyskać informacje istotne z punktu widzenia pacjenta. W trakcie formułowania swych wypowiedzi pacjent nie tylko dzieli się z lekarzem informacjami, lecz również wyraża swoje emocje i przedstawia sposób rozumienia choroby oraz punkt widzenia.

Klaryfikacja i doprecyzowanie obejmujące kwestie istotne, pominięte bądź nieprecyzyjnie nazwane, może wyglądać na przykład tak:

- „Mówiąc o skanerze, ma pan/pani na myśli tomografię komputerową?”
- „Wspominała pani, że zażywa na wieczór połówkę dawki. Czy dobrze rozumiem, że chodzi o połówkę tabletki 25 mg?”
- „Czy dobrze rozumiem, że...”

Podsumowanie

Zadawane przez lekarza pytania pacjent może postrzegać jako zbiór luźno ze sobą powiązanych kwestii, dlatego – przechodząc do kolejnego etapu konsultacji – warto podsumować zebrane informacje w celu:

- upewnienia się, że uzyskane informacje są zgodne z intencjami pacjenta (a więc, że lekarz usłyszał to, co pacjent chciał przekazać)
- nakreślenia pełnego obrazu dotychczas zebranych wiadomości.

Dzięki uporządkowaniu i podsumowaniu części konsultacji pacjent odnajduje się w zaistniałej sytuacji, może usłyszeć od lekarza, co

zrozumiał on z jego wypowiedzi (czyli usłyszenie niejako samego siebie), a także orientuje się w dynamice i etapach konsultacji. Lekarzowi natomiast zestawienie wszystkich pozyskanych informacji, ułożenie ich w uporządkowany ciąg oraz ustalenie prawdopodobnego związku przyczynowo-skutkowego (o ile to możliwe na danym etapie), przedstawione w formie ustrukturalizowanej i precyzyjnej wypowiedzi, pozwala na upewnienie się, że właściwie zrozumiał omawiany z pacjentem problem.

Podsumowanie można zacząć następująco:

- „Podsumowując pana/pani wypowiedź, rozumiem, że od dwóch lat leczy się pan/pani na nadciśnienie i od pół roku przyjmuje...”.
- „Teraz podsumuję wszystkie otrzymane od pana/pani informacje w celu upewnienia się, że zanotowałem/am wszystko dokładnie i że dobrze rozumiem pana/pani problem. A więc...”.

Moderowanie

Prowadzenie pacjenta przez kolejne etapy konsultacji sprawia, że czuje się on bezpieczny, poinformowany i zorientowany w zaistniałej sytuacji. Pozwala to także pacjentowi odnaleźć się w przebiegu konsultacji, która staje się dla niego przejrzysta i przewidywalna. Pacjent przyjmuje wyraźną strukturę jako odtwarzalny schemat, dzięki któremu kolejna wizyta wzbudzi w nim mniejszy niepokój. Wiedząc, czego się spodziewać, będzie mógł lepiej przygotować się do konsultacji i bardziej w nią zaangażować. Można się również spodziewać, że kolejna konsultacja będzie bardziej poukładana i przebiegnie sprawniej, pacjent zaś będzie się wypowiadał bardziej precyzyjnie.

Jednym z elementów struktury jest informowanie pacjenta o planie prowadzenia rozmowy i ewentualnej jego modyfikacji. Jeżeli więc pacjent zgłasza kilka objawów, które go niepokoją, warto je wydzielić w kilka odrębnych grup i zasygnalizować pacjentowi, że zostaną one omówione po kolei. Dzięki temu pacjent będzie wiedział, że nic, co go niepokoi, nie zostanie pominięte. Tak więc zamiast koncentrować się na tym, aby raz jeszcze wrócić do wspomnianego uprzednio wątku, pacjent może zaangażować się w wątek aktualnie wywołany przez lekarza. Warto dodać, że moderowanie rozmowy pozwala również na bieżąco weryfikować kierunek myślenia pacjenta i jego oczekiwania (szerzej o tym zob. rozdział 5).

W zasygnalizowaniu planowanych czynności przez lekarza moderującego rozmowę pomocne mogą być poniższe zdania:

- „Wspominała pani o niepokojącej panią u córki wysypce, która pojawia się zawsze po kąpieli, niezmiennie od miesiąca. Mówiła pani

także, że córka ostatnio bardzo straciła na wadze oraz że zaczęły wypadać jej włosy. Omówmy najpierw utratę masy ciała, a potem wrócimy do innych wspomnianych przez panią kwestii...”.

- „Chciałabym teraz panią zbadać, a następnie przejrzeć wyniki badań, które przyniosła pani ze sobą...”.
- „Wróćmy raz jeszcze do wspomnianego przez pana wątku...”.
- „Teraz chciałbym porozmawiać z panią na temat problemów z ciśnieniem tętniczym”.
- „Przejdźmy teraz do wypadku, o którym pan wspominał”.
- „Wypisałem pani skierowanie na USG. Proszę teraz przejść pod pokój 1.1, a tam osoba wykonująca badanie poprosi panią do gabinetu. Po badaniu proszę nie czekać na opis, tylko od razu wrócić do mnie”.
- „Chciałbym porozmawiać teraz o tym, jakie mamy możliwości leczenia”.

Zarządzanie czasem

Moderowanie przebiegu rozmowy nierozzerwalnie wiąże się z organizacją przebiegu konsultacji. Oznacza to, że lekarz – dzięki przyjętemu schematowi – prowadzi konsultację w sposób logiczny i przejrzysty nie tylko dla siebie, lecz także dla pacjenta. Taka metodyka pracy umożliwia sprawne zaplanowanie poszczególnych elementów konsultacji oraz czasu koniecznego na ich realizację, a także przewidywanie czasu niezbędnego do zakończenia konsultacji. Jeśli lekarz postępuje zgodnie z odtwarzalnym schematem i sygnalizuje przechodzenie do kolejnych etapów, wówczas pacjent będzie wiedział, w jakim momencie konsultacji się znajduje i jak długo jeszcze ona potrwa. Jest to możliwe przede wszystkim dzięki dobrze przeprowadzonemu procesowi identyfikacji celu konsultacji. Po poznaniu bowiem wszystkich lub prawie wszystkich objawów u pacjenta i ustaleniu, którymi z nich zajmiemy się w czasie obecnej konsultacji, jesteśmy w stanie przewidzieć czas jej trwania. Nie mówimy tu oczywiście o konkretnych minutach, aczkolwiek w praktyce klinicznej wiele czynności wykonuje się w określonym czasie.

Efektywne zarządzanie czasem jest pożądaną kompetencją każdego medyka. Lekarz, który nie radzi sobie z organizacją czasu pracy, jest chaotyczny w planowaniu i nie potrafi przewidzieć, ile czasu będzie potrzebował na konsultację, pracuje pod stałą presją czasu i szybciej ulega wypaleniu zawodowemu. Związek między tymi zagrożeniami a sposobami komunikowania się z otoczeniem jest oczywisty. Lekarz przemykający korytarzem czy przyjmujący pacjentów w pośpiechu ma ograniczone możliwości budowania z nimi stabilnych i obustronnie satysfakcjonujących relacji.

Z badań niepodważalnie wynika, że istotna część pacjentów oczekuje od lekarza przede wszystkim rozmowy.

Badania przeprowadzone przez naukowców z Uniwersytetu Connecticut i Uniwersytetu w Southampton wskazują, że 90% badanych oczekuje od lekarza wysłuchania (Copen 2011).

Lekarz jako moderator konsultacji decyduje w zakresie przyjętej w rozmowie konwencji zarządzania czasem. Dobrze przemyślana konwencja nie przesądza o faktycznym czasie trwania rozmowy, lecz jest jedynie pewnym schematem postępowania. Przykładem mogą być dwie szkolne lekcje: jedna opowiedziana barwnie, druga zaś monotonna, beznamiętnie przez nauczyciela „odklepana”. Każda z nich trwała tyle samo, różniły się jednak metodą zarządzania czasem.

Morrell i wsp. (1986) oraz Ridsdale i wsp. (1989) stwierdzili, że pacjenci z większym prawdopodobieństwem odczuwają, iż nie mieli wystarczająco dużo czasu na rozmowę ze swoim lekarzem, podczas wizyt zaplanowanych na 5 minut – w porównaniu z wizytami zaplanowanymi na 10 i 15 minut.

Jak wynika z badań, optymalna długość wizyt jest bardzo zróżnicowana w zależności od kraju. W Wielkiej Brytanii wizyta u lekarzy ogólnych trwa z reguły 5–8 minut (Groenewegen i Hutten 1991), natomiast w Stanach Zjednoczonych (Davidoff 1997) i Szwecji (Andersson i Mattsson 1989) – 10–20 minut.

Konsultacja, podczas której nie doszło do skutecznego przepływu informacji między lekarzem a pacjentem, bywa czasem straconym (np. jeśli nie dowiemy się o wszystkich objawach, lecz skupimy się – dajmy na to – na trzech pierwszych i na tej podstawie ustalimy niewłaściwe rozpoznanie, a w związku z tym zaordynujemy niewłaściwe, a niekiedy wręcz szkodliwe leczenie). Najbardziej pomocne są pytania otwarte, które z reguły dostarczają bardzo wiele informacji, natomiast używając tylko pytań zamkniętych, podążamy jedynie za własnym tokiem myślenia, niejako odcinając się od poznania perspektywy pacjenta. Możemy przez to w ogóle nie pozyskać kluczowych informacji lub potrzebować dużo więcej czasu na ich poznanie.

Beckman i Frankel (1984) wykazali, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych przerywali wypowiedź pacjenta średnio po 18 sekundach, przez co nie mogli poznać wszystkich istotnych objawów występujących u pacjenta.

Efektywne zarządzanie czasem to także umiejętność eksplorowania problemu w sposób logiczny i zdyscyplinowany. Pacjenci mający

tendencję do gadulstwa czy wielowątkowości mogą dążyć do przejęcia kontroli nad przebiegiem konsultacji. Tak więc rolą lekarza jest pilnowanie, aby żadna ze stron nie podejmowała wątków niezwiązanych z przedmiotem konsultacji, a zwłaszcza zadbanie, aby te wątki nie stały się dominujące w rozmowie, wówczas bowiem czas przeznaczony na konsultację można zmarnować na tematy mało ważne i zabraknie go na problemy klinicznie istotne. Trzeba jednak zachować ostrożność, ponieważ tematy pozornie niezwiązane z główną dolegliwością bywają niekiedy bardzo pomocną wskazówką umożliwiającą poznanie perspektywy pacjenta.

Langewitz i wsp. (2002) wykazali w badaniu obejmującym 335 pacjentów poradni chorób wewnętrznych szwajcarskiego centrum trzeciego stopnia referencyjności, że średni czas spontanicznej wypowiedzi pacjenta „ze skomplikowanymi historiami” wynosił tylko 92 sekundy, a 78% pacjentów ukończyło wypowiedź przed upływem 2 minut. Jedynie siedmiu pacjentów wypowiedziało się ponad 5 minut, ale – co ważne – ich lekarze uznali, że udzielane przez nich informacje były ważne i nie należało im przerywać.

Z badań tych wynika jednoznacznie, że pacjenci nie mają tendencji do wydłużania czasu trwania wizyty ponad niezbędną miarę.

Analiza sygnałów zwrotnych

Sprzężenie zwrotne to niezbędny element struktury. Polega on na analizie informacji zwrotnej od odbiorcy (pacjenta/lekarza) do nadawcy (lekarza/pacjenta), przekazywanej w sposób bezpośredni (np. odpowiedź na pytanie) bądź pośredni (np. wykonanie zaleconych przez lekarza badań).

Sprzężenie zwrotne jest przede wszystkim informacją dla lekarza, że przekaz został przez pacjenta zauważony/zrozumiany/usłyszany. Uważa się, że czym silniejsza i bardziej czytelna jest reakcja zwrotna, tym sprawniej przebiega komunikacja. Pacjent, który potakująco kiwa głową, odpowiada na pytania oraz aktywnie reaguje na zalecone czynności (np. „Proszę stanąć naprzeciwko mnie i wysunąć prosto przed siebie prawą rękę...”), symbolicznie informuje lekarza o zaangażowaniu w konsultację. Brak reakcji na słowa lekarza lub reakcje nieadekwatne także są komunikatem.

Analiza sygnałów zwrotnych pozwala na skorygowanie uzyskanych informacji (np. pacjent przecząco porusza głową) oraz pozyskanie innych informacji pochodzących z przekazu niewerbalnego (np. wzruszenie ramionami, brak kontaktu wzrokowego, obojętny wyraz twarzy, grymas bólu, płacz).

Istotnym sygnałem jest także milczenie pacjenta. Milczenie samo w sobie jest bardzo wymowne. Jest ono sygnałem, że pacjent źle się czuje, jest skrepowany, głęboko poruszony zasłyszaną wiadomością, nie rozumie otaczającej go rzeczywistości... Każdy ma prawo do milczenia, należy jednak podjąć próbę interpretacji takiego zachowania pacjenta i zastanowić się, dlaczego nie podejmuje on rozmowy. Milczenie – jako krótka przerwa w wymianie zdań – może być także jedną z metod zarządzania czasem. Niekiedy przed zadaniem pacjentowi kolejnego pytania warto zamilknąć na chwilę – może podczas tej krótkiej przerwy pacjent przypomni sobie coś wartego dodania lub może po wypowiedzeniu przygotowanej uprzednio formuły doda po krótkim namyśle coś bardzo ważnego? Chwila milczenia pozwala obu stronom na zebranie myśli, gdy tymczasem udzielanie odpowiedzi na pytania zadawane w tempie automatu jest siłą rzeczy szybkie i machinalne. Nie bójmy się więc milczenia, które zazwyczaj trwa krótko, czas ten może się bowiem okazać potrzebny i wartościowy. Nie „zagadujemy” milczenia z uwagi na własny komfort.

Pytania do dyskusji

1. W jaki sposób możemy pomóc pacjentowi zrozumieć strukturę wywiadu?
2. W jaki sposób zaangażować pacjenta w realizację procesu konsultacji?
3. Po czym lekarz może poznać, że pacjent go słucha?
4. Jakie są plusy i minusy zadawania pytań otwartych i zamkniętych? Jakie znaczenie dla tworzenia struktury ma typ zadawanych przez lekarza pytań?

Zalecane piśmiennictwo

Nowina Konopka M.: *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.

Quilligan S., Silverman J.: The skill of summary in clinician–patient communication: a case study. *Patient Educ. Couns.*, 2012; 86(3): 354–359.

Silverman J., Kurtz S., Draper J.: *Skills for communicating with patients*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2013.

Takemura Y., Atsumi R., Tsuda T.: Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2007; 213(2): 121–127.