

Miért fontos a kockázat-kommunikáció az egészségügyben?

Az egészségügyi szolgáltatásokban a kockázat-kommunikáció a következő területeken játszik jelentős szerepet: 1. a kezelési kockázatok reális nagyságának elfogadtatása a pácienssel, 2. a súlyos betegségek közlése a pácienssel és a hozzátartozókkal, 3. az SDM (Shared Decision Making) alkalmazásánál. A Szegedi Tudományegyetem kutatócsoportjában a kompetencia – kockázatterzet – kommunikáció – elégedettség lánc alakulását komparatív kutatással vizsgáljuk. Kutatásainkkal a kommunikáció során jól használható információkat szeretnénk nyújtani az orvosok és a páciensek szükségleteiről, s ezáltal hozzájárulni a kommunikáció és a szolgáltatás színvonalának javításához.

■ Dr. Málovics Éva¹, dr. habil Veres Zoltán², Kuba Péter³

Az egészségügyi szolgáltatások kockázat-kommunikációja a világ számos országában egyre kiemeltebb szerepet kap, amit jól mutat, hogy a témával számos folyóirat foglalkozik, mint pl. a Journal of Health Communication, Health Risk Communicator, Risk: Health, Safety & Environment, Patient Education and Counseling, Medical Decision Making. A kockázat-kommunikáció megfelelő alkalmazását és a beteg döntési folyamatba való bevonását egyre szélesebb körben tekintik az egészségügyi szolgáltatás minőségét és a betegek elégedettségét növelő tényezőnek. Ugyanakkor ennek gyakran számos – egyéni és szervezeti – akadálya van.

A Szegedi Tudományegyetem kutatócsoportjában a kompetencia – kockázat – kommunikáció – elégedettség lánc alakulását komparatív kutatással vizsgáljuk. Tanulmányunkban az egészségügyben végzett vizsgálataink eddigi eredményeit összegezzük.

Miért az egészségügy?

Manapság minden csatornán az egészségügy átalakításáról és az ezzel kapcsolatos konfliktusokról, valamint ezeknek az átalakításoknak a szolgáltatás színvonalára kifejtett hatásáról értesülünk. Mi azonban nem ezen aktualitások hatására választottuk vizsgálatunk tárgyául az egészségügyet. Döntésünket két évvel ezelőtt hoztuk, azért, mert az egészségügyben már évtizedek óta érzékelhető feszültségek támadtak „az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető” között. Mindezek következtében az egészségügyben dolgozók érdeklődése megnőtt a menedzsment és a közgazdasági ismeretek iránt, és költségtudatosságuk a korábbiakhoz képest jelentősen emelkedett. Korábban a közgazdászok keveset foglalkoztak az egészségügy gazdasági

problémáival, napjainkra azonban a legfejlettebb országok is finanszírozási problémákkal küzdenek.

További indok a kutatásra a magyarok egészségi állapota. A negatív tendenciákat természetesen nem csak az egészségügyi ellátás hiányosságai okozzák, azonban az ellátószervezetek hatékonysága kulcsszerepet játszhat az európai országokhoz való felzárkózás terén. Egy 2006-os betegközpontú rangsor szerint Magyarország az európai egészségügy középmezőnyében van. A svéd Health Consumer Powerhouse az eredményességet az egyes betegségek halálozási mutatóival mérte. A teljesítmény mérésekor pl. azt mérte, hogy 1000 lakosra hány műtét jut, a csecsemők hány százaléka kap védőoltást stb. A hatékonyságot egy „a pénzéért a legtöbbet kap” mutatóval mérték, amely teljesen megváltoztatta a többi mutató alapján kialakított sorrendet. A francia, német, holland befutók helyett a szlovén, észt, magyar hármas került a dobogós helyekre, „jelezve, hogy a bőséges pénzellátás bizonyára visszafejleszti a 'hogyan oldjuk meg minél olcsóbban' naponta gyakorolt kelet-közép-európai kreativitását” (Gáti, 2006). Így kapták azt az első ránézésre ellentmondásosnak tűnő eredményt Magyarországgal kapcsolatban, hogy a 26 vizsgált ország között egészségügyének teljesítménye az első négy között van, hatékonyság terén a harmadik, eredményességét tekintve a 25-ik helyen áll.

A fejlett országokban az orvosi ellátás egyre inkább szolgáltatássá válik, ahol az egészségügyi szolgáltatás fogyasztója a beteg. Aki, ha nem vonják be a számára kívánt mértékben az egészségével kapcsolatos döntésekbe, egyre inkább hajlamos arra, hogy szolgáltatót váltson, és erre egyre nagyobb lehetősége is van (Sanchez-Menegay – Stalder, 1994). Kérdés az, hogy az átalakulás előtt álló magyar egészségügy keretei között miként

lehet alkalmazni a nyugati tapasztalatokat. Ehhez szükség lenne a mai helyzet ismeretére, vagyis arra, hogy jelenleg milyen az orvosi szolgáltatással kapcsolatos kommunikáció magyar viszonyok között. Az egészségügyi szolgáltatás vizsgálatának eddigi tapasztalatai alapján úgy látjuk, hogy érdemes vizsgálati területünk az egészségügy fő szereplőinek észleléseire koncentrálni a szolgáltatás során átélt kockázatokkal kapcsolatban. A kockázaterzet által nagymértékben meghatározott kommunikációs sajátosságok a szolgáltatás eredményességét, a felek elégedettségét jelentős mértékben befolyásolhatják. Számos nyugati tanulmány azt mutatja, hogy a hatékony és jó kommunikáció mást jelent az orvosnak, és mást jelent a betegnek. Ez hatással van az orvos és a beteg közti interakció minőségére, az együttműködési hajlandóságra, a beteg egészségnevelésére és az egészségnyereségre is. Érdemes és fontos lenne ezt magyar viszonyok között is feltárni (Richards, 1990).

Az észlelt kockázat és a hatékony kommunikáció kutatása a szolgáltatások terén a szolgáltató számára egyre fontosabb eszköz a szolgáltatás színvonalának növeléséhez és az igénybevevői elégedettség eléréséhez. Az egyéni kockázateszlelést számos pszichológiai, szociológiai és kulturális tényező befolyásolja. Kutatásainkkal az elmélet és a gyakorlat további közeledését szeretnénk elősegíteni, s ezzel hozzájárulni az egészségügyi szolgáltatás színvonalának javításához, gyakorlati problémáinak megoldásához.

Hogyan járul hozzá az orvos–beteg kommunikáció az egészségügyi szolgáltatás eredményességéhez?

Egyes felmérések szerint az önmagukon tüneteket észlelő személyek 30%-a fordul orvoshoz, és a magukat betegnek vallók is csak az esetek 40%-ában keresik fel a doktort (Molnár–Csabai, 1994). Cartwright és Anderson angliai családorvosoktól kapott válaszok alapján azt találták, hogy a hozzájuk forduló emberek 24%-áról gondolják az orvosok, hogy „teljesen feleslegesen” kereste fel őket (Cartwright–Anderson, 1984). A 24%-os adat jól mutatja, hogy számos olyan eset van, amikor az orvos számára se világos, hogy miért fordult hozzá a beteg, és sejthető, hogy számos esetben a beteg sincs tisztában azzal, hogy mit is vár a találkozástól. Ezek az előzetes – és esetleg nem is megfogalmazott – elvárások nagyban befolyásolják, hogy hogyan észleli a szolgáltatással kapcsolatos kockázatot a beteg, illetve az orvos. Ebben a helyzetben mind a szolgáltató, mind a szolgáltatást igénybevevő félnek van valamilyen elképzelése az illetően, hogy mi is az adott szolgáltatás, ám ez a két elképzelés szinte soha nem esik teljesen egybe, és mennél nagyobb a különbség, annál fontosabb az elképzelések kommunikációja, egyeztetése, megértése. Természetesen ez nagyon sok szolgáltatási helyzetben így van, de Cartwright és Anderson kutatása arra mutat rá, hogy ebben a szolgáltatási helyzetben különösen gyakori az, hogy nem találkozik a két elképzelés egymással.

Hogy mit is vár a beteg az egészségügyi ellátástól, azt megközelíthetjük arról az oldalról is, hogy mikor elégedett a szolgáltatással. Jaspars és munkatársai arról kérdeztek meg betegeket, hogy mi befolyásolja leginkább az orvosokkal való elégedettségüket. Lényegében arra kérték fel a vizsgálati személyeket, hogy fogalmazzák meg, milyen számukra a „jó”, illetve a „rossz” orvos. A válaszokból az tűnt ki, hogy a kapcsolati tényezőknek elsősorban jelentősége van. A megemlített tényezők 72%-a pszichológiai vagy kapcsolati jellegű volt, míg összesen a maradék 28% volt

kapcsolatban technikai részletekkel, a szűkebb értelemben vett orvoslással (Jaspars et al., 1990).

Összefoglalva, az egészségügyi szolgáltatások jellegéből fakadóan elkerülhetetlenül információs aszimmetria lép fel. Ez minden olyan piacra jellemző folyamat, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például az adott betegség gyógyítási módjáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. Ez az információs aszimmetria sajátos kockázatkezelési folyamatokat eredményez a betegnél, és fokozza a kockázat-kommunikáció, vagy az orvos észlelt kompetenciájának szerepét a beteg saját egészségével kapcsolatos döntéseiben, illetve az egészségügyi szolgáltatás színvonalának megítélésében. A beteg kiszolgáltatottsága tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett, amely részben a tudástöbbletből, aszimmetrikus információkból fakad, részben a nagyobb döntési lehetőségéből. A beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre sok más tényező mellett az orvosi kommunikációs kultúra adhat módot.

A kockázatok észlelése, a kockázat-kommunikáció jellegzetességei

A különböző egyének, illetve csoportok (a laikusok, illetve szakértők) másképp észlelik és értékelik ugyanazt a kockázatot, és más jelentéssel ruházzák azt fel. Az emberek kockázateszlelése folyamatosan alakul az interakcióban, társas és kommunikatív folyamat. A kockázateszlelés folyamata nem objektív, a kockázat olyan tulajdonság, amit bizonyos tárgyakhoz, tevékenységekhez, helyzetekhez az észlelési, tanulási és gondolkodási folyamatok során hozzárendelünk, hatással vannak rá az érzelmeink és a tömegkommunikáció.

A szakértő – laikus szemléletbeli különbségei a kockázatok észlelésében

A kockázat-kommunikációs szakirodalom egyik legfontosabb üzenete, hogy a szakemberek és a laikusok kommunikációjának nehézségei és gyakori eredménytelensége a kockázat teljesen különböző észleléséből fakad. E téma kutatásának egyik meghatározó alakja Slovic (1987), aki a laikusok kockázateszlelésének jellegzetességeit kutatta, és fontosnak tartotta a laikusok kockázatról alkotott képének megismerését. Eredményei azt mutatják, hogy ez a kevesebb információ és esetleges tévedések ellenére is olyan szabályosságot mutató meggondolásokat tükröz, amelyek tipikusan hiányoznak a szakértők kockázatértékeléseiből (Slovic, 1987, 466. o.). A szakemberek a kockázatot kiszámíthatónak és kontrollálhatónak észlelik, és tárgyyszerű kockázatazonosításra, -értékelésre és a kockázat minimalizálására törekcsenek. Természettudományos megközelítés, valószínűségi kockázatbecslés jellemző az észleléseikre. A laikusok kockázatértékelésének ezzel szemben csak kis hányada alapul előző tapasztalatokon, a statisztikákat nem nagyon veszik figyelembe, nagy szerepet játszik a szubjektivitás, a félelem, mindezek keveréke miatt az ítéletek és cselekedetek inkonzisztenciája jellemezi őket (Haller, 2003).

A laikusok esetében nagymértékben befolyásolja a kockázat észlelésének milyenségét az önértékelés szintje, az, hogy mennyire tartja magát a személy kompetensnek, hogyan érté-

keli saját képességeit a valószínűségi becslések terén. Akik bizonytalanok, és nem tartják kompetensnek magukat, általában túlbecsülik a kockázatot és túlságosan elővigyázatosak. Akik jól informáltak, tapasztaltak és önállóan tartják magukat, inkább alábecsülik a kockázatokat, mert nehezen tudják elképzelni a kontroll elvesztését a helyzet felett. Fischhoff és Beyth (1975) vizsgálatai szerint a kísérleti személyek, amikor korábbi becsléseikre kellett visszaemlékezni, ezeket rendszeresen a tényleges eredmények irányába torzították. Slovic és Fischhoff úgy látták, hogy a laikusok nincsenek tudatában annak, hogy mennyire bizonytalan feltevéseken alapulnak az ítéleteik. Tehát nem csak azal nincsenek tisztában, hogy miket kellene mérlegelni, de azzal sem, hogy mennyire nincsenek tisztában ezzel (Haller, 2003).

A kockázat-kommunikáció fogalma, fő területei, jelentősége az egészségügyi szolgáltatásban

A kockázat-kommunikáció minden olyan kommunikációt magában foglal, amely a kockázatok azonosításával, becslésével, értékelésével és menedzsmentjével foglalkozik. Az egészségügyi szolgáltatás sok esetben magas kockázattal jár, és a fent említett területek mindegyike részévé válhat az orvos–beteg kommunikációnak. Az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban a következő területeken tartják jelentősnek a kockázat-kommunikációt:

- Az orvosok szerepe alapvető bizonyos kockázatok felismerésében és közlésében.
- A kockázatok reális nagyságának megítélése és elfogadtatása a pácienssel.
- A súlyos betegségek közlése a pácienssel és a hozzátartozókkal.
- Az SDM (Shared Decision Making) alkalmazásánál.

Az orvos – beteg kommunikáció jellegzetességei

A kontrollmegoszlás

A beavatkozások kockázataért viselt felelősség tisztán jogi aspektusai mellett kialakul valamilyen orvos–beteg kapcsolat, amelynek része a beteg félelmeinek kezelése, amely a bizalom kiépítésén alapul. Ennek fő eszköze a beszélgetés. Gyakran főként ennek milyenségétől függ a beteg által észlelt kockázat nagysága, illetve szorongásainak mértéke. Az orvos–beteg konzultációk egyik alapmodelljét Long és Bryne 1976-os kutatásuk alapján fogalmazták meg (Bryne – Long, 1976). A kutatásban összesen 2500, családorvosi rendelőben lefolyt konzultációt rögzítettek és elemeztek. A vizsgálatban holland és ír orvosok és pácienseik vettek részt. A vizsgálat egyik legfontosabb eredménye az úgynevezett betegközpontú és az orvosközpontú konzultációs stílus elkülönítése volt. Érdemes kiemelni azt az eredményt, hogy a felvett konzultációk stílusa leginkább nem a betegtől és nem a szituációtól, hanem legerősebben az orvostól függött.

Röviden összefoglalva: a konzultációknak két jól elkülöníthető csoportja rajzolódott ki az elemzésekből. Az orvosok egyik csoportját a találkozás során a gyors információszerzés szándéka jellemezte, mely alapján diagnózist állítottak fel a maguk számára, majd a gyógyulás érdekében szükséges további lépéseket közölték a beteggel. Az orvosok másik csoportjára sokkal inkább jellemző volt, hogy a gyógyítás folyamatába megpróbálták aktívan bevonni, bekapcsolni a beteget, teret engedtek a beteg véleményének, fantáziáinak, esetleges elképzeléseinek, sokkal inkább a megértés jellemezte őket a beteg irányában, mint a beteg utasítása. Az alapvető különbség a két szemlélet között abban fogható meg, hogy ki dönt a betegről.

Az orvosközpontú konzultációt az orvos részéről egyfajta autoriter viselkedésmód jellemzi. Ennek a kommunikációnak a pszichológiai hatásai következőkben foglalhatók össze:

- az orvos a beteget gyerekszerembe helyezi,
- a szituációt alapvetően a beteg bizonytalanságérzésével manipulálva irányítja, uralja, miközben lehetséges, hogy ütközik a beteg autonómiaigényével,
- ha a beteg érzelmileg el tudja fogadni ezt a helyzetet (vagyis pszichológiai szakkifejezéssel élve be tud hódolni), akkor nagy biztonságot ad, ami jelentős szorongáscsökkenéssel járhat. Ugyanakkor a szorongás csökkenthető a beteg bevonásával is, tehát az orvos–beteg kapcsolat építésének nem ez az egyetlen útja.

Ezzel a vizsgálattal kapcsolatban érdemes kiemelni, hogy – bár első olvasásra egyértelműen a betegcentrikus szemlélet tűnik szimpatikusabbnak – ez egyfajta értékítélet, mely vélhetően a demokratikus módszerek és az autonómia iránti egyre nagyobb igényből fakadhat. Másrészt különösen nagy jelentősége van a vizsgálat helyének és idejének. Sejthető, hogy mind világviszonylatban, mind hazánkban jelentős változások történtek a társadalmi elvárások és szerepek tekintetében a vizsgálat óta eltelt 30 évben.

Az angol és a német szakirodalomban egyre többen érvelnek amellett, hogy a paternalisztikus jellegű kockázat-kommunikáció nem túl eredményes, mert nem veszi figyelembe a páciens szükségleteit, elképzeléseit, inkább egy partneri orvos–beteg kapcsolat kialakítása lenne szükséges (Herrmann et al., 2005). Egyre több egészségpszichológiai vizsgálat állítja, hogy a páciensek növekvő mértékben várják el orvosaitól, hogy jobban informálják őket, és részt vehessenek a döntésekben. Klemperer az orvos–beteg kommunikáció három modelljét különbözteti meg: paternalisztikus, SDM és informatív. A paternalisztikus megfelel a fenti orvoscentrikus kommunikációnak. Az informatív azt jelenti, hogy a páciens egyedül dönt a terápiáról. Klemperer szerint e kettőt csak a lakosság szűk rétege igényli. A többségnek több információra és a terápiáról való döntési folyamatban való részvételre lenne igénye. Ehhez különböző modelleket dolgoztak ki, pl. az SDM (Shared Decision Making) modell, illetve az „Ulmi modell”, ahol „inkább a pácienssel beszélnek, mint róla” (Klemperer, 2005; Wirth, 2004).

Az SDM (Shared Decision Making) koncepciót a 90-es években fejlesztették ki, azzal a céllal, hogy az orvos–beteg kommunikációban a beteg szükségleteit is figyelembe vegyék. Eszerint az orvos a pácienssel együtt hozza a döntést. Az SDM jelentőségét és az egészségügyi szolgáltatás minőségét növelő hatását statisztikai adatokkal is próbálták bizonyítani. Wennberg észrevette, hogy gyermekei iskolai körzetében a 15 évesek 20%-ának vették ki a garatmanduláját, míg a szomszéd körzetben ez az arány 70% volt. E jelenséget földrajzi variabilitásnak nevezte. További vizsgálatok alapján úgy látta, hogy az egészségügyben a szolgáltató által indukált kereslet pl. a következő jelenségekhez vezethet: ahol több kórházi ágy van, ott magasabb a vakbélműtétek aránya. Ennek alapján indokoltnak tűnik a következő megállapítás: „Ha a kezelések száma a lakóhelytől függ, ott valami nincs rendben a döntéshozatal terén.” (Klemperer, 2005, 135. o.) Az alul-, túl-, illetve félrekezelések nagy száma is arra figyelmeztet, hogy a kezelésekről hozott döntésekben nem vették figyelembe a páciens elképzeléseit.

Az SDM módszereit tekintve a korszerű kommunikációs ismereteken alapul, az orvos és a páciens közös döntési folyamatának lépéseit foglalja magában, amelynek első lépése az egészségügyi

probléma közös értelmezése. A folyamat következő lépése az, hogy az orvos elmagyarázza, hogy a problémának több legitim opciója létezik, s érthetően ismerteti ezek előnyeit és hátrányait, valamint a páciens szempontjából releváns várható eredményeket, s ezek valószínűségeit. Ezután meg kell győződnie arról, hogy a beteg mindezt megértette, el kell beszélgetnie vele az elképzeléseiről, gondjairól és várakozásairól, majd tisztázza a pácienssel, hogy milyen mértékben kíván a döntésben részt venni. Ezt követi a döntés. E döntési folyamat kommunikációs aspektusainak mérésére és tanítására dolgozták ki az „OPTION” (observing patient involvement) skálát. Az SDM alkalmazása során az orvosok arról panaszkodtak, hogy ennek követelményei meghaladják kommunikációs képességeiket, hiszen erre nem oktatták őket az egyetemen. Másrészt ez természetesen a betegtől is új kompetenciákat kíván, főleg az EBM (Evidence-Based Medicine), azaz a tudományos módszerekkel ellenőrzött eredmények alkalmazásának megértését és elfogadását. Meg kell tanulniuk, hogy az orvosi kezelés eredményeiről csak valószínűségi előrejelzések adhatók. Ez persze a páciens elbizonytalanodását is eredményezheti, ami kívánatosabbnak is tekinthető a hamis biztonság alternatívájánál (Klemperer, 2005).

Komoly kutatást érdemelne, hogy vajon ma Magyarországon az embereknek mennyire, vagy milyen esetekben van igénye a betegcentrikus megközelítésre. Könnyen elképzelhető, hogy eltérő kulturális és történelmi háttérünkből adódóan a magyar páciensek egészen máshogyan reagálnak a betegcentrikus szemléletű orvosra, mint az 1976-os minta holland és ír páciensei, vagy a későbbi német vizsgálatok résztvevői. Nem egyértelmű, hogy a magyar beteg esetleg nem igényli-e sokkal határozottabban az utasító és gyerekszerepbe helyező orvosi magatartást. Nem világos, hogy a magyar beteg hogyan reagálna arra, ha az általa esetleg igen kiemelt tekintélyszemélyként kezelt orvos a gyógyítás folyamatába őt is be szeretné vonni, és az együttműködésére számít. Ugyanilyen érdekes kérdés az orvosok véleménye erről a témakörrel.

Az orvos-, illetve a betegszerepről kialakított elképzelések

Megerősítést nyert, hogy az orvos–beteg találkozás egyik és másik fél által megélt minőségét nagyon nagyban befolyásolja, hogy melyik szereplő milyen elképzelésekkel él a situációban rá eső szerep természetét illetően. Ez különösen fontos pontja a témakörnek, mert úgy tűnik, hogy a társadalmunkat átható, minden szociális szerepre kiterjedő változás az egészségügyi szerepeket se hagyta érintetlenül (Buda, 1999). Ezen változások szerepbizonytalansághoz vezetnek. Sem az orvos, sem a beteg számára nem mondható el általánosságban, hogy egyértelmű lenne a beteg-, illetve orvosszereppel járó jogok, kötelezettségek, játékszabályok összessége. Mindezzel kapcsolatban a társadalom, a szakma, az egészségügy is ellentmondásos képet közvetít, és ezzel az ellentmondásos képpel küzd is. Ezen bizonytalanságok egyik gócpontja mellesleg pont az, hogy az egészségügyi ellátás tekinthető-e szolgáltatásnak, és amennyiben igen, akkor ez milyen következményekkel jár. Mindezek a szerepbizonytalanságok Magyarországon vélhetően hatványozottan fejtik ki hatásukat az utóbbi 20 év társadalmi változásainak köszönhetően, melyek nagy többsége nem természetes folyamat eredményeként alakult ki a közösségben, hanem különböző hirtelen és külső hatásokra.

Általában elmondható, hogy az orvos–beteg találkozás közben a szerepbizonytalanság nehezíti a kommunikációt, és meglegálya az ellátással kapcsolatos elégedetlenségnek (Molnár

– Csabai, 1994). Vélhetően emeli a szolgáltatással kapcsolatban észlelt kockázatot (mindkét oldalon), ha a másik fél nem az előzetes szerepelvárásnak megfelelően viselkedik, vagy pontosabban, ha a szolgáltatás folyamán nem tud a két fél megegyezni abban, hogy milyen szerepek mentén tud a szolgáltatás megvalósulni. Könnyen elképzelhető, hogy amögött az általános trend mögött, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettségben kiugróan nagy szerepe van a kommunikációs elemeknek, éppen az itt tárgyalt szerepbizonytalanság áll.

Különböző egészségmodellek

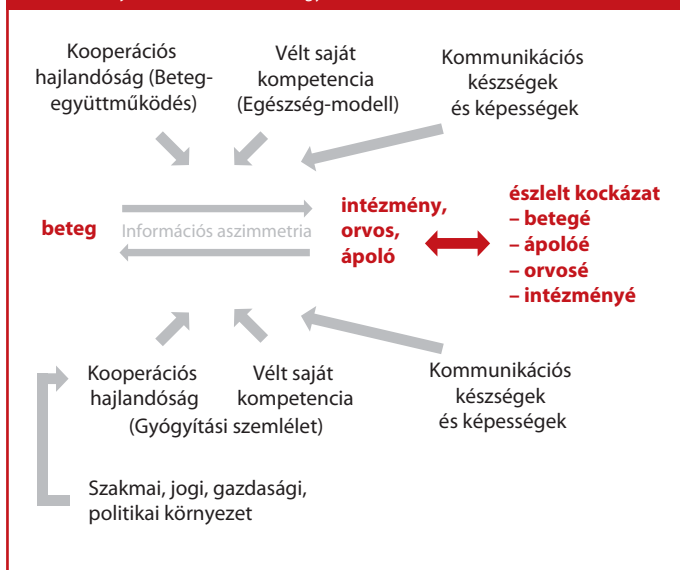
Valószínűleg az utóbbi évtizedek társadalmi hatásai is közrejátszottak abban, hogy az egészségügy szférájában világviszonylatban új szemléletek jelentek meg a gyógyítás célját és értelmét illetően. Röviden úgy fogalmazhatjuk meg, hogy a rendkívül hosszú időn keresztül egyeduralgkodó biomedikális egészségügyi modellel szemben – melyben a betegség egyértelműen és kizárólag fizikális, testi, fiziológiai elváltozások következménye, s ebből adódóan a kezelésnek az egyénre és annak kizárólag testi folyamataira kell koncentrálnia – eleinte alternatívaként adódott, majd helyenként fel is váltotta azt a bio-pszicho-szociális modellt –, melyben a beteg állapotára nem csak hatással van, de annak kialakulásában és rendeződésében is alapvető jelentőségű a beteg társadalmi, gazdasági környezete, mentális állapota, pszichológiai tulajdonságai, emberi kapcsolatai, s így a gyógyító tevékenység sem korlátozódhat kizárólag a beteg testének fizikai vizsgálatára és alakítására. A bio-pszicho-szociális modellben a beteg betegsége nem független annak személyiségétől, élettörténetétől, családi háttérétől, szociális helyzetétől, kulturális értékeitől és látásmódjától.

A két modell egyszerre, egymással párhuzamosan él a mai magyar egészségügyi ellátásban – ugyanúgy, ahogyan a világ túlnyomó részén. Ugyanakkor világos, hogy a két modell egészen más szerepeket oszt az egészségügyi ellátó személyzetre. A biomedikális modell szemszögéből tekintve semmi kivétivaló nincs abban, ha az orvos gyorsan és hatékonyan kikérdezi a beteget a teste állapotáról, majd a diagnózis felállítása után terápiát állít be. A bio-pszicho-szociális modellben egy ilyen helyzetben az orvos súlyos figyelmetlenségeket követ el, mivel nem veszi figyelembe például, hogy milyen lelki nehézségekkel küzd a beteg, hogy esetleg ezek milyen összefüggésben vannak az állapotaival, nem veszi figyelembe, hogy a beteg pillanatnyi életkörülményeiben mennyire kivitelezhető az általa javasolt terápia, hogy nincsenek-e a betegség hátterében a szociális hálónak olyan hiányosságai, melyek kiküszöbölésével a betegség megszűnne, vagy sokkal jobb tempóban javulna.

Ma Magyarországon az orvostársadalommal szemben egyrészt egyre határozottabb elvárásaként fogalmazódik meg, hogy az orvos foglalkozzon a beteggel, mint személlyel, vagyis egyre határozottabb a betegcentrikus szemlélet felé való elmozdulás igénye, mind bizonyos szakmai körökben, mind a társadalom részéről. Ugyanakkor az orvosképzés az utóbbi legalább 50 évben egyértelműen a biomedikális modell talapzatára épült fel, és a helyzet, ha változik is, csak nagyon lassú lépésekkel halad a bio-pszicho-szociális modell irányába. A ma praktizáló orvosok elsöprő többsége az egyetemi éveit jó eséllyel semmit nem hallott arról, hogy hogyan kell halálhírt közölni, hogy milyen kommunikációs manőverekkel lehet egy beteget együttműködésre bírni, hogyan lehet felismerni az együtt nem működés mögött rejlő motívumokat, és hogyan lehet ezeket nem kritizálva megérteni. Vélhetően nem hallott

1. ábra. A kommunikáció folyamata

(Forrás: Vajda – Málóvics – Nagy (2006))



sokat arról, hogy hogyan befolyásolja a beteg kommunikációját a saját szorongása, vagy hogy egyáltalán milyen okokból szoroghat a beteg, amikor orvoshoz fordul. Úgyszintén nem hallhatott sokat arról, hogy hogyan befolyásolja a saját szorongása a beteget, illetve kettőjük kommunikációját stb. Tehát az egyre körvonalazottabban megfogalmazódó igényekkel szemben sokszor a teljes eszköztelenség áll. Van, aki természetéből adódóan rátalál, hogy hogyan lehet a „beteggel is foglalkozni, nem csak a betegséggel”, de akinek ez nem adódik magától, az nagyon sokszor azt az – egyébként teljesen természetes utat választja –, hogy elmenekül az emberi jelenségek ingoványos talajáról a fiziológiai folyamatok és jól mérhető biokémiai reakciók biztonságosan felépített természettudományos várába. Mindez arra mutat, hogy nem csak a társadalom él egyidejűleg többféle összeegyeztethetetlen szerepelvárással az egészségügyi személyzettel szemben, hanem magukon az egészségügyi szakmákon belül is ellentmondásos szerepmoდეllek élnek egyszerre.

Kutatási koncepció

Vizsgálatunk független változója a vélt kompetencia, amely elsősorban a szolgáltató, másodsorban az igénybe vevő hozzáértésének megítélése. Kutatásainkkal arra a kérdésre keressük a választ, hogy a vélt kompetencia hogyan befolyásolja az észlelt kockázatokat. Az említett összefüggést a kommunikáció folyamatában szeretnénk megragadni, ahol mind a szakmai, mind a társas kompetenciák fontos szerepet játszanak az orvos és beteg közötti jelentős információs aszimmetria áthidalásában. E kommunikációs folyamat legfontosabb tényezőinek tartjuk a felek együttműködési hajlandóságát, felfogásukat az egészségről és a gyógyításról, azt, hogy mindezt milyen mértékben, és milyen módon képesek megértetni egymással, s mindeközben hogyan alakul a kapcsolatuk (a kutatási modellt lásd az 1. ábrán).

Úgy véljük, hogy eredményeink gyakorlati hasznosíthatóságát az adja, hogy kockázatsökkentő kommunikációval a két fél kockázattérzete jól enyhíthető. A kommunikáció tehát kockázatmenedzselő eszköz lehet, amennyiben ezzel a tranzakció résztvevői élni tudnak.

Kutatási módszerek és eredmények

Empirikus vizsgálatainkat eddig kvalitatív módszerekkel végeztük, ezzel a nagyobb mintán történő kvantitatív kutatásokat kívánjuk előkészíteni. 10 fókuszcsoport-interjú készítettünk orvosokkal, betegekkel, ápolókkal és természetgyógyászokkal, valamint 10 személyes interjú. E tanulmányban az orvosokkal és a betegekkel készített fókuszcsoport-interjúk eredményeit mutatjuk be.

A fókuszcsoport-interjúk eredményei

Az orvosok és betegek által észlelt kockázatok és kompetenciák jelentős eltéréseket mutatnak. Az orvosok a legfontosabb orvosi kompetenciák közé a szakma szabályainak ismeretét, a megfelelő szaktudást és az ezt bizonyító okiratot, valamint a döntéskészséget, a határozottságot, a saját kompetencia felmérésének képességét sorolták. A kommunikációs készségek szerepét elismerték, de nem tekintették egyértelműen az orvosi kompetencia részének, a „humán komponens” alá sorolták, mely mintegy „kiszugárzik” az orvosból. Egyes vélemények szerint egyáltalán nem a szakmaiságtól, hanem e tényezőtől függ a kockázattérzet csökkentése. Fontosnak tartották még a magyar nyelvű, folyamatos érthető tájékoztatást – beleértve például a zárójelentés közös értelmezését –, a türelmet, a segítőkészséget, a bizalmat, mely megfelel a „humán komponens” tágabb értelmezésének. A kockázatt növelő tényezők közül elsőnek jelölték az időhiányt és az orvos bizonytalanságát. Hangsúlyozták, hogy törekedni kell a kockázattényezők tudatosítására, bár ebben a tekintetben nyilvánvalóan nem lehet teljességre törekedni. A kompetenciaelemek közvetítésének színhelyéül a közvetlen interakciókat, a felvilágosítást, a betegjogi tájékoztatásokat jelölték meg a megkérdezettek. A bizalom, a kompetenciába vetett hit megingását elsősorban abban látták, ha nem megfelelőek a tárgyi adottságok – például a kórterem –, ha nem a beteg van mindenkor a figyelem középpontjában. Fontos megjegyezni, hogy a bizalomvesztés okaként a médiát is megjelölték. Ha a bizalomvesztés már megtörtént, akkor azt gondolják, hogy az orvos érzelmi intelligenciájától függ, hogy az még visszafordítható-e. Kompetenciaütközés esetén pedig általános vélemény, hogy a beteg vagy magától elmegy, vagy ha nem, meg kell kérni rá.

Visszatérve a kockázat kérdésre, az orvosok a kockázat szó kapcsán a következő dolgokra asszociálnak:

- nem következik be javulás a kezelést követően,
- nem változik a beteg állapota a kezelést követően,
- rosszabb lesz a beteg állapota,
- halál,
- komplikációk felmerülése.

A kockázattészlelést befolyásoló tényezők közé sorolják az orvos és a beteg személyiségét, az intézmény tárgyi feltételeit, a kiszolgáló személyzet minőségét és mennyiségét, az orvosok „elégedettségét” és a betegek egymás közötti kapcsolatát. Sikeresnek tartják a szolgáltatást, ha a gyógyulás egyértelmű, a beteg elégedetten távozik – azaz elfogadja a helyzetét. („A legjobb eredmény elérése: az élet meghosszabbítása elfogadható életminőséggel.”) Fontosnak tartják ebben a tekintetben, hogy „egyensúly” alakuljon ki, azaz azonos álláspontra kerüljön orvos és beteg. Gyakori problémának tartják a betegellátás szervezetlenségét, bizonyos kapacitások kihasználatlanságát.

A kommunikációval kapcsolatosan jelentősen eltérnek a vélemények. A középkorú orvosok arra panaszkodnak, hogy „ezt nekünk még nem oktatták”. Mások részesültek belőle, de nem

mindig tartották azt kielégítőnek. Amikor szóba került a kommunikáció, akkor elhangzott, hogy „a kommunikáció a legfontosabb”, bár egy megkérdezett gyorsan hozzátette: „A beteg azt fogja kihallani belőle, amit akar”. Nincs „optimális kommunikáció”, de hangsúlyozzák a kétoldalúságot, a bizalmat, illetve az empátiát. Kiemelik, hogy gyakorta kell a hozzátartozókat is „kezelni”, nemcsak a beteget (pl. gyerekgyógyászatban), jóllehet hozzátesszik: „Erre nincs kapacitás... Sokszor azért választanak alternatív gyógymódot, mert ott foglalkoznak velük.”

A betegek szolgáltatásról alkotott véleményével kapcsolatosan az orvosok általános benyomása, hogy azt a más beteggel való kapcsolat nagyban befolyásolja a szolgáltatás előtt, illetve alatt. Az előzetes kapcsolat csökkenti az észlelt kockázatot (pl. a szülészet esetén). Utána egyértelműen a gyógyulás az, ami meghatározza. Az idő elhúzódása fokozza a beteg stabilitását, amit megfelelő kommunikációval lehet csökkenteni.

A betegek a jó orvos kompetenciáiként jelölték meg a jó magyarázóképeséget – elsősorban a betegség okaira, lefolyására vonatkozóan; az emberi kapcsolatokban való jártasságot (törődés, gondosság, türelmesség, kedvesség, figyelmesség, őszinteség, biztatás, magabiztosság, „emberkedvelő”); a magabiztosságot, a jó hírnevet, a problémamegoldó képességet, a hatékony munkaszervezést, a munkatársakkal való emberséges bánásmódot és az elhivatottságot. Ha minden szükséges információt közöl, és mérlegeli a beteg nézőpontját is véleménykülönbség esetén. A szakképzettség meglétét természetesnek veszik, forrását nem firtatják. Naprakész tájékozottságot várnak el és kiterjedt szakmai kapcsolatokat. Az orvos szakképzettségéről szóló információknak különböző jelentőséget tulajdonítanak. A megkérdezettek egyik része azt mondta, hogy az orvos jó híre többet számít, mint a szakképzettségről szóló információ, másik felük biztosítékként éli meg azt (mikor végzett, milyen eredménnyel, hány éve praktizál stb.). Míg a rendelő tisztasága alapvető elvárás, a felszereltség korszerűsége nem annyira. Arra a kérdésre, hogy mi látszik ebből elsősre, azt válaszolták, hogy az orvos szakértelme (kikérdezés és megvizsgálás során), az orvos modora, és a rendelő tisztasága. Inkompetensnek tűnik az orvos, ha nem néz a beteg szemébe, nem mosolyog, merev, mindig az óráját nézi, állandóan csörög a telefonja, és késik, sokat gondolkodik, mellébeszél, rossz híre van, felszínesen végzi a vizsgálatokat, nem figyel a beteg panaszaira. Összegezve: míg az orvosok a kompetenciáik legfontosabb elemeinek a szakmai tudást és az előírások betartását tartják, addig a betegek számára az orvos szociális kompetenciái nyújtják a legfontosabb támpontokat.

A megkérdezett betegek saját betegségükkel kapcsolatos kompetenciájukra vonatkozóan olyan megállapítást tettek, miszerint a beteg kompetenciája kapcsolatban van a képzettségével, illetve az orvos eredményességét befolyásolhatja a beteg kompetenciája. Ha a beavatkozás kevésbé tűnik kockázatosnak, akkor a beteg általában ragaszkodik saját elképzeléséhez, amit nagyban befolyásolnak a személyiségjegyek is. Véleményük szerint az orvosnak sikeressége érdekében pontosan kell felmérnie a beteg kompetenciáját. Kockázatot csökkentő kompetenciátényezőknek pedig a következőket jelölték: a kórház hírneve, jó híre; a kórház felszereltsége; az orvos hírneve, jó híre; az orvos bizalomkeltő megjelenése; az orvosok, ápolónők kapcsolatteremtő képessége; az ápolónők szaktudása, az esetleges műtét előtti előkészületek magas színvonala, az esetleges kórházi betegtársak jó tapasztalata, története. A kockázatot növelő tényezők közé sorolták, ha az orvost nem ismerik, illetve ha nem magyar származású orvosok kezelik őket.

Az orvosok szerint általános bizalomvesztés történhet az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban, ha a média felkapja a betegellátás hiányosságáról szóló híreket – pl. betegcsere, műhiba. Személyes kapcsolat, korábbi pozitív viszony esetében sok rossz tapasztalat kell, hogy ez megtörténjen. Elsődleges kiváltó okai: érezhetően „nem hozzáértő kezekbe” kerül a beteg, rosszabbodik az állapot, műhiba történik, a türelem, segítőkészség és az alaposág vagy a szakértelem hiánya. Például a beteg azt látja, hogy az orvos mindenre ugyanazt adja, nincs szerteágazó ismerete a szakmájával kapcsolatban. Bizalomvesztés történik akkor is, ha az orvos nem teljesíti az ígéreteit, „valamilyen könnyű” segítségével próbálja diagnosztizálni a betegséget, indokolatlanul sokat kell várni az ellátásra. A betegek szerint az orvosok kompetenciájába vetett hit megingása még kezelhető, ha nem teljesen veszítették el a bizalmukat; ellenkező esetben nem fogadják meg az orvos utasításait, illetve felkeresnek egy másik orvost. A bizalomvesztés hatása lehet, hogy nem következik be javulás a beteg állapotában, a szolgáltatást kritizálja a beteg, például „mindig ugyanazt a gyógyszert írja fel”, vagy „anyagipontok” vezérik a kezelést (paraszolvenca, tb-pontok), végül: nem beszél az orvossal, inkább orvost vált.

A betegek a kockázatot leginkább abban látják, ha esetlegesen nem következik be javulás a kezelést követően, orvosi műhiba történik, komplikációk merülnek fel, esetlegesen halál következik be. Első esetben kockázatos az orvoshoz menni, nem tudják, milyen szakember, milyen a rendelő felszereltsége, csak hallomásból tájékoztatódhatnak. Rendszeres kapcsolat esetén az jelenti a kockázatot, hogy az orvos vajon úgy fog-e viszonyulni hozzánk, mint korábban. Befolyásolja a kockázatkezelést az orvos, illetve az ápoló személyzet személyisége, a kórház állapota, infrastruktúrája, felszereltsége, a beavatkozás miatt más helyen felmerülő probléma (munkahely, család), anyagi kockázat (a műtét költsége, pl. plasztikai műtét esetén). A kockázatok ismertetése a betegek véleménye szerint az orvos munkaköri kötelessége, ugyanakkor hozzátesszik, hogy a részletes tájékoztatás a probléma súlyosságától függ. Kockázatcsökkentő szerepet tölthet be a beteg részéről a megelőzés, a tájékozottság, a bizalom, az orvos utasításainak betartása, pozitív hozzáállás: hit a gyógyulásban, gondos orvosválasztás és a vele való együttműködés. Ugyanez az orvos részéről: kevesebb akut beteg; időben fel kell ismerni a betegséget; empátia és kellő tapintat.

Elsősorban akkor találják sikeresnek a betegek a szolgáltatást, ha a gyógyulás egyértelmű, bár belátják, ez a probléma súlyosságától függően más és más lehet. Másodlagos, de lényeges ugyanakkor a sikeresség szempontjából, ha a kezelés gyors, hatékony, kevés kellemetlenség kíséri, kicsi a fájdalom, kevés a kockázat, a gyógyulás időtartama az ismereteiknek megfelelően alakul. Egyes vélemények szerint már a helyes diagnózis is a sikeresség egyik lényegi jellemzője – bár ez a beteg számára nem ellenőrizhető. Ha beteg sikertelenséget tapasztal – gyógyulás hiánya –, akkor magatartása bizalmatlan lesz az orvossal szemben, nő a félelemérzete. A beteg akkor elégedett, ha a kezelés megfelel az elvárásainak, vagy jobb, korszerű technológiát használ az orvos, a beteg meggyógyult. Gyors, pontos, hatékony ellátást kap – látják, hogy az orvos mindent megtesz, a kezelés kezdetén felvázolt eredmények következnek be. Egy résztvevő megjegyezte, hogy az elégedettség függ a betegség súlyosságától is. A szolgáltatás színvonalának emelését nem az orvosnál, hanem inkább az ellátási rendszer javításában tartják fontosnak. A személyzet „emberként bánjon a beteggel”, javítsák a kórházak felszereltségét. Arra a kérdésre, hogy „Fontos-e jelezni az orvos-

nak, hogy a beteg elégedett?”, azt a választ adják, hogy fontos, mert az orvost megerősíti a sikerélmény.

Érdekes kérdés a hálapénz, erről az orvosok nem szívesen beszélnek, szerintük, ha ad a beteg, ha nem, az ő gyógyítói kompetenciáik ugyanolyanok, mindkét esetben ugyanúgy gyógyítanak. A betegek viszont úgy érzik, hogy az orvos–beteg kapcsolatból hiányzó szociális kompetenciákat, a figyelmet, a türelmet, a megértő bánásmódot stb. ezzel inkább meg tudják szerezni.

További kutatási irányok

Kutatásaink kvalitatív-feltáró módszerekkel folytatott részével a téma további szűkítését és a kutatás folytatásához szükséges kvantitatív eszközök kidolgozását kívántuk előkészíteni. Az interjúk alapján a következő kérdéseket látjuk a legfontosabbnak megválaszolni egy nagyobb mintán végzett felméréssel:

- Az orvos és a beteg észlelései a közöttük fennálló információs aszimmetriáról.
- Milyen egészségmodelleket követnek a megkérdezettek? A különböző csoportok azonosítása.
- Az orvos–beteg kommunikáció optimális módjai.

Kutatásainkkal a kommunikáció során jól használható információkat szeretnénk nyújtani az orvosok és a páciensek szükségleteiről az orvos–beteg kapcsolatban, s ezzel hozzájárulni a kommunikáció és a szolgáltatás színvonalának javításához. Mint említettük, az empirikus kutatást előkészítő szakaszban, interjútematikánk tesztelésénél tartunk, ezért rendkívül hasznos lenne számunkra az egészségügy gyakorló szakembereinek visszajelzése arról, hogy kutatási kérdéseink, felvetéseink az ő számukra is relevánsak, érdekesek-e, illetve milyen új szempontokkal lenne érdemes kutatásainkat kiegészíteni. Észrevételeiket a következő e-mail címekre várjuk: malovics@eco.u-szeged.hu, veres.zoltan@eco.u-szeged.hu, kubapeter@eco.u-szeged.hu.

Felhasznált források

1. Bryne, P. S. – Long, B. E. L. (1976): *Doctors talking to patients: A study of the verbal*
2. *Behaviour of general practitioners consulting in their surgeries.* HMSO, London.
3. Buda B. (1999): *Az orvos–beteg kapcsolat pszichológiája és a pszichoterápia alapjai.* In: Buda B.: *A pszichoterápia alapkérdései.* Országos Alkohológiai Intézet és Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest.
4. Cartwright, A. – Anderson, R. (1984): *General Practice Revisited: A Second Study of Patients and Their Doctors.* Tavistock Publications, London

5. Fischhoff, B. – Beyth, R. (1975): „I knew it would happen” – remembered probabilities of once-future things. *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 1–16. o.
6. Gáti J. (2006): *Tűrvizsgálat.* HVG, július 22., 35-36. o.
7. Haller, L. (Hrsg.) (2003): *Risikowahrnehmung und Risikoeinschätzung.* Verlag Dr. Kovac,
8. Hamburg.
9. Herrmann, M. – Welke, J. – Segebrecht, S – Schwantes, U. (2005): *Let's talk about Risk*
10. *Risikokommunikation in der Hausärztlichen Kardiovaskulären Prävention.* Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 55 (1)
11. Jaspars, J. – King, J. – Pendleton, D. (1990): *The Consultation: A Social Psychological*
12. *Analysis.* In: Pendleton, J. – Hasler, D. (eds.): *Doctor–Patient Communication.* Academic Press, London.
13. Klemperer, D. (2005): *Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe?* DAS SHG (Hrsg.) *Selbsthilfegruppenjahrbuch*, Giessen, 132–136. o.
14. Molnár P. – Csabai M. (1994): *A gyógyítás pszichológiája.* Springer Hungarica, Budapest.
15. Richards, T. (1990): *Chasms in communication.* *BMJ*, 301, 1407-1408. o.
16. Sanchez-Menegay, C. – Stalder, H. (1994): *Do physicians take into account patients' expectations?* *Journal of General Internal Medicine*, 9, 404-406
17. Slovic, P. (1987) *Perception of risk.* *Science*, 236. 280–285. o.
18. Vajda B. – Málóvics É. – Nagy Á. (2006): *Az orvos–beteg kommunikáció kutatásának modellje.* Kézirat, Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete
19. Wirth, S. (2004): *Arzt – Patient – Kommunikation am Beispiel von Prämedikationsgesprächen in der Kinderanästhesiologie.* Dissertation, Hamburg

¹ szakcsoportvezető, SZTE GTK Üzleti Tudományok Intézete, Gazdaságpszichológia Szakcsoport

² intézetvezető, SZTE GTK Üzleti Tudományok Intézete

³ tudományos segédmunkatárs, SZTE GTK Üzleti Tudományok Intézete, Gazdaságpszichológia Szakcsoport