

ALI MORAM RES NA KOLONOSKOPIJO ?

Komunikacijska vloga izbranega osebnega zdravnika pri implementaciji Programa Svit



Marjeta Keršič Svetel

ALI MORAM RES NA KOLONOSKOPIJO ?

Komunikacijska vloga izbranega osebnega zdravnika pri implementaciji Programa Svit



Marjeta Keršič Svetel

Ali moram res na kolonoskopijo?

Priročnik za zdravnike na primarni zdravstveni ravni

Avtor:

Marjeta Keršič Svetel

Ilustracije:

Maja Jančič, LUNA TBWA

Lektoriranje:

OPTIMUS LINGUA

Oblikovanje in računalniški prelom:

o3, d. o. o.

Izdal in založil:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Naklada:

2000 izvodov

Ljubljana, 2012

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253

316.772.4:614.253

KERŠIČ-Svetel, Marjeta

Ali moram res na kolonoskopijo : komunikacijska vloga izbranega osebnega zdravnika pri implementaciji Programa Svit : priročnik za zdravnike na primarni zdravstveni ravni / Marjeta Keršič Svetel. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja, 2012

ISBN 978-961-6659-96-3

262701056

V skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah je brez pisnega dovoljenja avtorja ali založnika prepovedano kakršnokoli razmnoževanje te knjige oz. njenih delov.
© Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012

KAZALO

Knjižici na pot	6
Breme raka na debelem črevesu in danki	9
Program Svit	10
Vloga izbranega osebnega zdravnika v Programu Svit	11
Zaželene spremembe vedenja	13
Teoretični okvir strategije komuniciranja Programa Svit	14
Vloga izbranega osebnega zdravnika pri zagotavljanju odzivnosti na vabilo v program	16
Izkušnje iz tujine	19
Stanje pri dozdajšnjem izvajanju Programa Svit	20
Obvestila o ravnanju opredeljenih pacientov	23
Kako lahko zdravnik spodbuja svoje opredeljene paciente za sodelovanje v Programu Svit	24
Obisk pacienta s pozitivnim izvidom FOBT pri izbranem osebnem zdravniku (pred kolonoskopijo)	26
Priporočen komunikacijski scenarij pri obisku pacienta pred presejalno kolonoskopijo	26
Calgary - Cambridge Model srečanja izbranega osebnega zdravnika s pacientom pred presejalno kolonoskopijo v Programu Svit	28
Kaj pa, če pacient zavrača kolonoskopijo?	32
Priporočilo naj bo osebno	35
Razlaga in skupno načrtovanje	36
Oblikovanje skupnih sklepov – kako bomo ravnali v prihodnosti	37
Sklep	38
Sodelovanje izbranega osebnega zdravnika z drugimi zdravstvenimi delavci pri komuniciranju v podporo Programa Svit	39
Nekaj priporočil za pogovore s pacienti	42
Priprava na pogovor s pacientom	44
Priporočeno branje	46

Moški in ženske, ki sodelujejo v Programu Svit in jim z imunokemičnim testom na prikrito krvavitev v blatu odkrijemo prikrito kri, so napoteni k svojemu osebnemu izbranemu zdravniku, da jih pripravi na presejalno kolonoskopijo. Žal se vsi, ki imajo ugotovljeno kri v blatu, ne odzovejo vabilu na presejalno kolonoskopijo, a bi se nujno morali. Imunokemični test, ki ga uporabljamo v Programu Svit, je zelo natančen in pozitiven izid testa je vsekakor indikacija, da je treba opraviti podrobno endoskopsko preiskavo debelega črevesa.

Javnomnenjske raziskave kažejo, da v letu 2010 zaupanje prebivalcev Slovenije v zdravstvo ni bilo ravno na zavidljivi ravni. Čeprav se kažejo spremembe na bolje, je v raziskavi javnega mnenja, ki ga je v začetku leta 2011 opravil Center za raziskavo javnega mnenja, kar 24 % vprašanih izjavilo, da zdravstvu ne zaupajo. Človek, ki ne zaupa v to, da bo kakovostno obravnavan in zdravljen, če se izkaže, da je resno bolan, seveda ne bo vstopil v presejalni program za odkrivanje tako resne bolezni, kot je rak. Nasprotno pa javnomnenjske raziskave kažejo izjemno visoko stopnjo zaupanja ljudi v izbrane osebne zdravnike – več kot 80 % vprašanih popolnoma zaupa svojemu zdravniku. To je veliko priznanje zdravnikom, ki delajo na primarni zdravstveni ravni, hkrati pa tudi velika odgovornost.

Stik, ki ga ima izbrani osebni zdravnik s svojim pacientom, lahko bistveno vpliva na pacientovo ravnanje. Obisk pri zdravniku pred kolonoskopijo je odločilna priložnost, da pacienta opogumimo, spodbudimo, mu vlijemo zaupanje in ga motiviramo, da bo preiskavo čim prej opravil. Žal se lahko zgodi tudi nasprotno – napačna komunikacija ali pa pomanjkanje komunikacije zdravnika s pacientom lahko (tudi povsem nehote) pripelje do tega, da pacient ne gre na preiskavo ali pa se nanjo neprimerno pripravi, kar lahko vodi do zapletov.

Da bi izbranim osebnim zdravnikom ciljne populacije Programa Svit olajšali načrtovanje pogovora s pacientom, ki ga je treba pripraviti na presejalno kolonoskopijo, in da bi pomagali to srečanje izpeljati tako, da bo učinkovito pripravilo pacienta na preiskavo po medicinski strani, in ga hkrati motivira, da bo preiskavo res opravil, smo pripravili to knjižico. Verjamemo, da bo marsikomu prihranila čas, olajšala pogovor s pacientom in prispevala k temu, da bo manj tistih, ki imajo ugotovljeno kri v blatu, pa ne gredo na preiskavo, ki bi jim lahko rešila življenje.

*Jožica Maučec Zakotnik, dr. med. spec.
vodja Programa Svit*

Program Svit je odlično zasnovan preventivni program; svojo odličnost potrjuje tudi s knjižico Ali moram res na kolonoskopijo.

Izbrani zdravniki se zavedamo, da je pri ljudeh treba doseči nov odnos do zdravja, odgovorno ravnanje, pridobitev novih veščin ... in v tej knjižici je takih nasvetov, kako to doseči, res veliko. Med drugim so prikazane tudi analize našega komunikacijskega ravnanja do zdaj in te kažejo, da znanje s področja kakovostnega komuniciranja s pacienti potrebujemo.

Navedene so tudi raziskave, ki nedvoumno kažejo, da osebni zdravniki uživamo največje zaupanje med številnimi ustanovami v Sloveniji, zato si želim, da bi se vsi izbrani zdravniki tega zaupanja zavedali in se obogatili z znanjem komunikacije, ki nam ga ta knjižica ponuja.

*Enisa Demšar, dr. med. spec.
specialistka družinske medicine*

Rak debelega črevesja in danke je eden izmed vodilnih vzrokov smrti zaradi rakavih obolenj, tako pri moških kot pri ženskah. Pri tem gre za bolezen, ki jo danes lahko ozdravimo in preprečimo.

Presejanje za raka na debelem črevesu in danki mora biti prioriteta zdravstvenega sistema. Preventiva in strategija izvajanja presejanja je dobro znana. Problem predstavlja to, da ima še vedno premalo ljudi voljo in željo, da bi se presejanja udeležilo.

Preprečitev nastanka raka na debelem črevesu in danki se doseže tudi z nenehnim ozaveščanjem in izobraževanjem prebivalstva. Vsi, ki smo udeleženi v programu moramo delovati na tem področju. Prispevek »Moram res na kolonoskopijo?« avtorice Marjete Keršič Svetel je namenjen temu.

Ko ugotavljamo in obenem odstranjujemo tako resnične, kot namišljene prepreke, ki jih imajo posamezniki pri vključevanju v presejalni program, lahko zmanjšamo število smrti zaradi raka na debelem črevesu in danki.

V Sloveniji vstopamo v tretje leto izvajanja programa »SVIT«. Lahko smo zadovoljni. Veliko smo naredili. Dosegli smo, da je, s tem ko v program kot izvajalci vstopajo le najboljši in najbolj izkušeni kolonoskopisti, raven kakovosti za celotno Slovenijo enaka. Z nadzorom nad kazalniki kakovosti se redno preverja kakovost kolonoskopij, ki se opravljajo v Programu Svit. Na ta način našim preiskovancem nudimo najboljšo kolonoskopijo, ki je dovolj varna in učinkovita.

*Prim. Milan Stefanovič, dr. med. spec.
član programskega sveta Programa Svit*



Breme raka na debelem črevesu in danki (RDČD) je v Sloveniji zelo resna zdravstvena težava. Gre za drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka, če štejemo moške in ženske skupaj. Po podatkih Registra raka za Slovenijo¹ je bilo v letu 2007 na novo diagnosticiranih 1.392 primerov, predvideno število za leto 2010 pa je bilo 1.479 primerov. To je 4. najpogostejši rak pri moških (12,8 %) in 3. najpogostejši rak pri ženskah (11 %).

Leta 2007 je ta rak povzročil 775 smrti. Poglavitni vzrok za tako visoko umrljivost je dejstvo, da je velika večina pacientov prišla k zdravniku šele, ko je bil rak že v razviti ali celo metastatski fazi. Le 12–14 % primerov tega raka je bilo pred uvedbo presejalnega programa odkritih v zgodnji fazi. Relativno 5-letno preživetje bolnikov z RDČD se izboljšuje zaradi izboljšanega zdravljenja, še vedno pa za Evropo zaostaja za 5–7 %. Presejalni program, ki na osnovi imunokemičnega testa omogoča odkrivanje prikrite krvavitve v blatu in na osnovi tega odkritja pregled s kolonoskopijo, omogoča odkrivanje zelo zgodnjih rakov na debelem črevesu in danki, še pomembnejše pa je, da s takim presejanjem lahko odkrijemo že predrakave spremembe in polipe ter z njihovo pravočasno odstranitvijo razvoj raka celo preprečimo. Izkušnje takega presejanja iz drugih držav kažejo, da pomeni tak presejalni program zelo učinkovito sredstvo za zmanjševanje bremena raka na debelem črevesu in danki. Program Svit, ki je začel na državnih ravni delovati aprila leta 2009, lahko reši veliko življenj in prihrani ljudem veliko trpljenja – seveda pod pogojem, da bodo povabljeni moški in ženske vstopili v program, se ga aktivno udeležili in pravilno izpeljali vse potrebne postopke.

Odločitev za aktivno iskanje nevarne bolezni – kar sodelovanje v presejalnem programu dejansko pomeni – na ravni posameznika ni preprosta. Čim manj se ljudje zavedajo dejanskega bremena raka na debelem črevesu in danki, pogostnosti in nevarnosti te bolezni, dejstva, da se v telesu dolgo razvija brez očitnih znakov in da je zelo pogosta po petdesetem letu starosti, manj verjetno je, da bodo vstopili v presejalni program. Hude zavore so seveda lahko: strah pred boleznijo, slaba samopodoba (strah, da ne bi bili sposobni prav izpeljati vseh potrebnih korakov ali se spopasti z boleznijo), predvsem pa nezaupanje v zdravstvo (nezaupanje, da bi bili deležni ustreznega zdravljenja, če se bolezen odkrije).

¹Register raka za Slovenijo za leto 2007

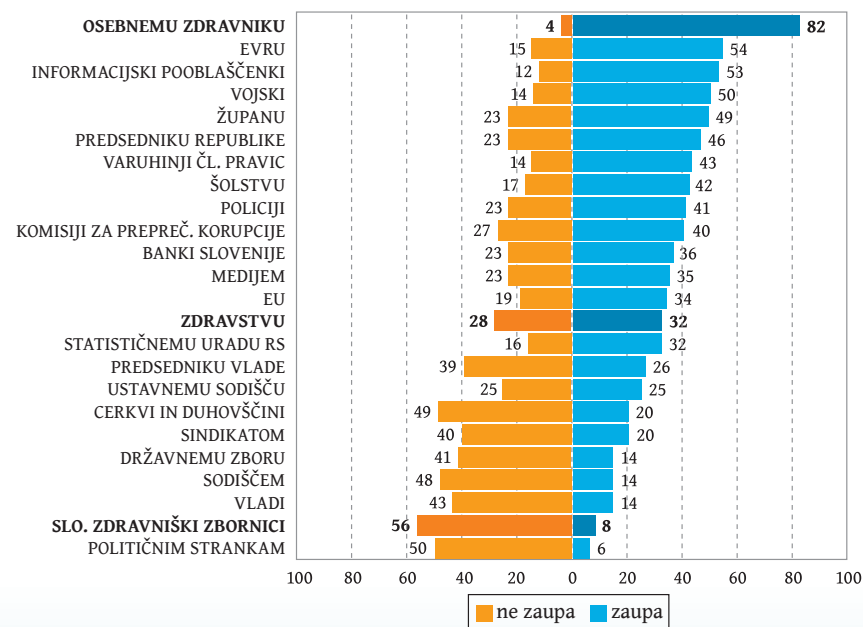
Program Svit je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki. Nosilec programa je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, izvajajo pa ga: Inštitut za varovanje zdravja, izbrani zdravniki preiskovancev, centri za izvajanje presejalnih kolonoskopskih pregledov in centri za izvajanje presejalnih histopatoloških pregledov. Cilj programa je zmanjšati breme raka na debelem črevesu in danki s pravočasnim odkrivanjem predrakavih sprememb in zgodnjih oblik raka pa tudi z ozaveščanjem prebivalstva o tej bolezni in primernem preventivnem ravnanju. Program Svit vsaki dve leti zajame približno 560.000 prebivalcev Slovenije v starosti od 50 do 69 let, ki so s pismom po pošti povabljeni v program. To je zelo pisana skupina prebivalstva, ki se razlikuje po spolu, izobrazbi, kraju prebivanja, družinskih razmerah in tudi po zdravstvenem stanju. **Da bi program potekal uspešno in dosegal zastavljene cilje, bi se moralo vanj dejavno in pravilno vključiti 70 % povabljenih.** To pa pomeni, da je treba pri zelo velikem deležu prebivalstva doseči povsem **novo ravnanje, nov odnos do zdravja, veliko stopnjo zaupanja in tudi pridobitev novih veščin.** Pri sodelovanju v programu mora namreč vsak vključen posameznik sam skladno z navodili opraviti vrsto korakov: izpolniti Izjavo o sodelovanju, pravilno odvzeti in poslati vzorčke blata, ob pozitivnem izvidu (odkriti krvi v blatu) pa se še primerno pripraviti na kolonoskopijo in se udeležiti preiskave. Doseči spremembo vedenja tako velike skupine ljudi oziroma doseči povsem novo vedenje in pravilno izvajanje vrste korakov v procesu presejanja je vsekakor zahtevna naloga, ki zahteva skrbno strateško načrtovane in kakovostno izvedene komunikacijske posege. **Komuniciranje z različnimi javnostmi je tako nepogrešljiv in pomemben sestavni del izvajanja Programa Svit.** V okviru tega je še prav posebno pomembno komuniciranje s ciljno populacijo, ki jo Program Svit zajema. **Pri tem pa imajo izjemno pomembno, odločilno vlogo izbrani osebni zdravniki.**

Študije iz tujine, opravljene v okoljih, v katerih različni presejalni programi za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu in danki potekajo že dlje časa, zelo jasno kažejo, da je izraženo mnenje osebnega zdravnika oziroma njegovo priporočilo (ali odsvetovanje) zelo vpliven dejavnik pri odločitvi, ali se bo človek udeležil presejanja ali ne, ali bo šel človek s pozitivnim izvidom testa na prikrito kri v blatu (FOBT – *fecal occult blood test*) na kolonoskopijo ali ne. Zlasti pri odločitvi za opravljanje kolonoskopije sta spodbuda in priporočilo osebnega zdravnika odločilni dejavnik².

Center za raziskave javnega mnenja je v letu 2009 in v začetku leta 2010 v okviru projekta Politbarometer opravil raziskavo Zaupanje v zdravstvo v Sloveniji. Raziskava je pokazala, da izbrani osebni zdravniki uživajo največje zaupanje vprašanih med vsemi ustanovami, uvrščenimi v raziskavo³.

ZAUPANJE V INSTITUCIJE

(seštevek odgovorov: "1-sploh ne zaupa" + "2-ne zaupa" in "4-zaupa" + "povsem zaupa")



² Sarfaty, Mona, Peterson, Karen, Wender, Richard (ed.): How to Increase Colorectal Cancer Screening Rates in Practice: A Primary Care Clinician's Evidence-Based Toolbox and Guide. American Cancer Society, Thomas Jefferson University, 2008.

³ Zaupanje v zdravstvo. Kratko poročilo na osnovi izsledkov raziskave PB in posebne meritve 1/2010. Center za raziskave javnega mnenja, Ljubljana, 10. 2. 2010.

Glede na veliko stopnjo zaupanja, ki jo uživajo izbrani osebni zdravniki, je razumljivo, da je vpliv njihovih sporočil na ravnanje ljudi, ki jim zaupajo, izjemno velik. S tem pa je velika tudi njihova vloga (in odgovornost) pri komuniciranju Programa Svit. Izbrani osebni zdravniki ciljne populacije imajo kot izvajalci Programa Svit dvojno nalogo:

- s primernim, kakovostnim komuniciranjem opolnomočiti in spodbuditi svoje paciente, da se v program vključijo, pravilno opravijo vse korake in po potrebi celoten proces diagnostike in zdravljenja;
- skladno s kliničnimi dejstvi primerno pripraviti pacienta na kolonoskopijo.



Vloga izbranih osebnih zdravnikov pri komuniciranju v podporo Programu Svit je večplastna:

- neposredna komunikacija s pacienti – udeleženci Svita, ki pridejo v ambulanto po prejemu pozitivnem izvidu testa na prikrito krvavitev v blatu;
- neposredna komunikacija z vsemi pacienti, s katerimi se zdravnik srečuje v ambulanti (lahko so iz ciljne populacije in jih lahko povpraša, ali sodelujejo v Svitu in če ne, zakaj ne ..., lahko pa tudi zunaj ciljne populacije (in imajo svojece, ki sodijo v ciljno populacijo) in tudi komunikacija s kolegi – z zdravstvenimi delavci;
- komunikacija prek medijev in javnih nastopov.

Da bi dosegli določeno vedenje ljudi (v konkretnem primeru sodelovanje v Programu Svit in pravilno izvrševanje vseh priporočenih postopkov), nikakor ni dovolj, da jim samo posredujemo informacije. **Poznavanje dejstev samo po sebi namreč še ne vodi k novemu vedenju oziroma zaželenemu ukrepanju.** To zelo dobro vedo vsi, ki si v zdravstvenih procesih prizadevajo vplivati na vedenje ljudi. Posredovanje dejstev (informacij, navodil) je zato le ena izmed stopnic pri doseganju zaželenega vedenja in ravnanja.

ZAŽELENE SPREMEMBE VEDENJA

Že pred začetkom izvajanja Programa Svit – v letih 2006–2009, ko je potekalo snovanje programa, in v letu 2008 izvajanje pilotne faze v Ljubljani, Celju in v Kranju – so potekale komunikacijske dejavnosti, katerih ključni cilj je bil ozaveščanje o bremenu raka na debelem črevesu in danki. Kot povsod po Evropi je tudi v slovenskem kulturnem okolju vse, kar je povezano z zadnjico in s prebavo, neprijetna, skoraj tabu tema, zato ni čudno, da gre za raka, o katerem se ni govorilo. Da bi ljudi spodbudili k sodelovanju v presejalnem programu, je najprej treba doseči dovolj veliko splošno obveščenost o dejstvih, povezanih s to boleznijo, ter razbiti predsodke in tabuje, povezane z njo.

KAJ SE DOGAJA		KAJ ŽELIMO, DA BI SE DOGAJALO	
	<ul style="list-style-type: none"> • neosveščenost • pasivnost • nezdrav življenjski slog • predsodki • strah • nezaupanje 		<ul style="list-style-type: none"> • ozaveščenost • sodelovanje v Programu Svit • zdrav način življenja • zagovornišтво vsega tega

Prvotni komunikacijski cilji Programa Svit so tisti, ki jih je treba doseči, da bo program deloval uspešno in učinkovito. Za to je treba doseči najmanj 70-odstotno vključevanje povabljenih v program.

Drugotni komunikacijski cilji pa so precej širši in presegajo cilje programa. Nanašajo se na zgodnje odkrivanje in preprečevanje raka na debelem črevesu in danki sploh (ozaveščanje celotne javnosti; preventivno vedenje; zdrav način življenja; spodbujanje drugih k temu).

Vedenje povabljenih v Program Svit, ki ga želimo doseči:

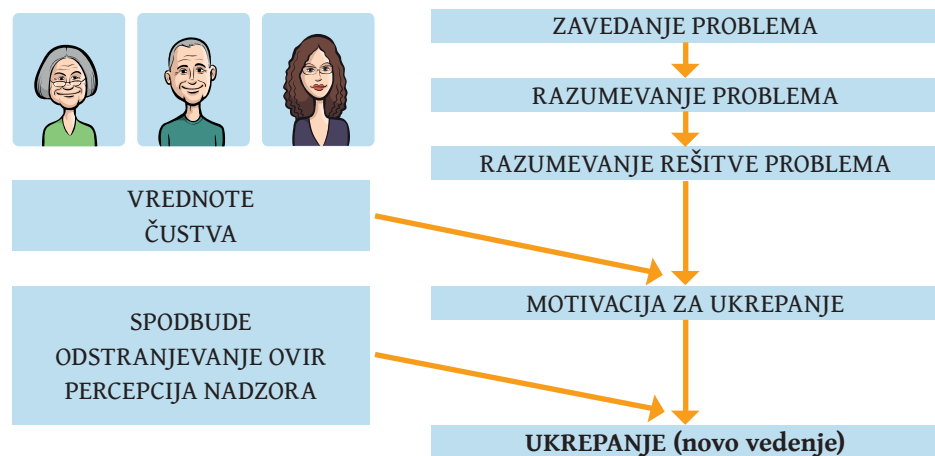
- vključitev v program;
- pravilno izvajanje vseh opravkov po algoritmu (vključno s pravilno pripravo na kolonoskopijo, z udeležbo na kolonoskopiji in s pravilnim ravnanjem po preiskavi);
- zagovornišтво programa (da naštetu priporočijo tudi drugim).

TEORETIČNI OKVIR STRATEGIJE KOMUNICIRANJA PROGRAMA SVIT

Ker je komunikacija tako zelo pomembna za uspešno izvajanje presejalnih programov raka na debelem črevesu in danki, ima velika večina teh presejalnih programov izdelano podrobno strategijo komuniciranja, tako tudi Program Svit, pri katerem je bila Strategija komuniciranja programa pripravljena in sprejeta v letih 2008–2009. Na osnovi novih spoznanj, ki jih prinašajo analize izvajanja programa, ta strategija doživlja stalne dopolnitve.

Na področju komuniciranja v zdravstvu so v svetu uveljavljeni različni teoretični modeli spreminjanja vedenja oziroma doseganja priporočenega vedenja. Pri snovanju strategije komuniciranja Programa Svit smo se naslonili na naslednje teoretične modele, ki so danes najbolj uveljavljeni in ki se med seboj dopolnjujejo:

- Teorija stopenjskega spreminjanja vedenja⁴;
- Teorija zdravstvenih prepričanj⁵;
- **Teorija načrtovanega vedenja⁶ kot ključni teoretični model za izvajanje komunikacijskih posegov Programa Svit.**



⁴ Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1992). Stages of Change and the modification of problem behaviours. In M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (Eds.), Progress in behaviour modification. Ycamore: Sycamore Press.

⁵ Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behaviour. Health Education Monographs, 2, pp. 324–508.

⁶ Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Actioncontrol: From cognition to behavior. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Teorija načrtovanega vedenja pri proučevanju verjetnosti, da bo posameznik storil določeno dejanje, upošteva tudi čustva, stališča, vrednote in norme ter mnenje o lastni sposobnosti izvesti dejanje pa tudi odnos do mnenja okolice o svojem ravnanju. Omogoča, da lahko načrtujemo take komunikacijske posege, ki zmanjšujejo ovire in zadržke do določenega ravnanja in povečujejo verjetnost, da bo oseba dejanje, ki je priporočeno, v resnici storila. Ti posegi skladno s teorijo načrtovanega vedenja ne smejo obsegati le dejstev (golih informacij), ampak morajo vplivati tudi na čustva, vrednote in na samopodobo ciljne javnosti, ki so ji sporočila namenjena.

Izbrani osebni zdravnik z ustreznim komuniciranjem lahko bistveno vpliva na prav vse dejavnike, ki vodijo k odločitvi za aktivno sodelovanje v Programu Svit in priporočeno ravnanje glede zmanjševanja bremena raka na debelem črevesu in danki sploh.

V Programu Svit gre za tri faze odzivnosti:

- Odziv na vabilo v program (izpolnitev Izjave o sodelovanju – pripravljenost sodelovati).
- Odvzem in pošiljanje vzorcev blata za analizo FOBT.
- Udeležba na kolonoskopiji (za osebe, pri katerih je odkrita prikrita krvavitev v blatu).

Na vse tri faze lahko bistveno vpliva izbrani osebni zdravnik.

Izbrani osebni zdravnik dobro pozna svoje opredeljene paciente in ti mu zelo zaupajo. Priporočilo izbranega zdravnika, da se je pametno testirati v presejalnih programih, bistveno pripomore k odločitvi za sodelovanje. To še zlasti velja, če zdravnik tudi pojasni, zakaj je to priporočljivo. Mnogi navidezno zdravi ljudje premalo vedo o značilnostih raka na debelem črevesu in danki, da bi se zavedali ogroženosti. Če se dobro počutijo, zmotno mislijo, da presejalno testiranje zanje nima smisla. Ali pa so preprosto nezainteresirani za preventivno skrb za zdravje. Priporočilo izbranega zdravnika lahko pomembno vpliva na stališča do presejalnega programa in spodbudi pacienta, da se vključi v presejanje. Zdravnik pa tudi lahko prepozna morebitne objektivne ovire pri posamezniku, ki ga ovirajo, da bi sodeloval: morda kronična bolezen, trenutno psihično stanje, invalidnost ali druge težave. Na podlagi podatkov o pacientu, s katerimi razpolaga, se lahko odloči in napoti k pacientu na pomoč patronažno sestro, ga napoti po dodatna pojasnila in inštrukcije v preventivni center (ZVC) ali pa sam svetuje, kako lahko pacient premaga ovire. Aktivna vloga zdravnika pri spodbujanju opredeljenih pacientov za sodelovanje v Programu Svit je neprecenljiva, saj predvsem on pozna vse pacientove okoliščine in lahko izbere najprimernejše načine podpore za konkretnega posameznika.

VLOGA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA PRI ZAGOTAVLJANJU ODZIVNOSTI NA VABILO V PROGRAM

Najbolj odločujoča je vloga izbranega osebnega zdravnika pri odločitvi pacienta za kolonoskopijo in pravilni pripravi na preiskavo. Glede na to, da na presejalno kolonoskopijo napotimo tiste paciente, pri katerih je test FOBT pozitiven, je nujno, da se preiskave zares udeležijo.

Obširna primerjava številnih študij odzivnosti na presejalne programe s testi FOBT, ki jo je izvedla skupina strokovnjakov National Health Service – Centre for Reviews and Dissemination – skupaj z Univerzo v Yorku v Veliki Britaniji⁷, je pokazala naslednje:

- starejši v ciljni populaciji so bolj pripravljeni sodelovati kot mlajši (za ženske velja bolj kot za moške);
- ljudje z višjo stopnjo izobrazbe so bolj pripravljeni sodelovati;
- ljudje, ki so že kdaj opravili test FOBT, so bolj pripravljeni sodelovati v novem testiranju;
- interaktivne oblike izobraževanja in interpretacija (oblike komunikacije, ki poleg dejstev sporočajo tudi odnose, vrednote in čustva) bistveno bolj vplivajo na povečanje odzivnosti kot klasična tiskana komunikacijska sredstva z informacijami o raku (letaki, zloženke).



Odzivnost zmanjšuje	Odzivnost povečuje
Različne ovire (dejanske in subjektivne) znatno zmanjšajo pripravljenost na sodelovanje (oddaljenost pošte; dolgotrajno čakanje pri zdravniku; pomanjkanje časa; zahtevnost postopkov ... gnus, zadrega, nerazumljivost navodil itn.).	Vključitev izbranega zdravnika v komunikacijski proces (priporočilo osebnega zdravnika) poveča pripravljenost na sodelovanje.
Strah pred tem, da bi se izkazalo, da ima oseba raka, je resen zadržek za sodelovanje.	Občutek, da so postopki preprosti in da ne presegajo sposobnosti posameznika.
Nizek socialni status, pripadnost marginalnim skupnostim.	Pozitivna samopodoba.
Nujnost asistenc pri postopkih (nezmožnost samostojnega opravljanja potrebnih korakov v vseh fazah programa).	Zaznavanje znakov, ki bi lahko pomenili raka na debelem črevesu.
	Pošiljanje spremnih dopisov, opomnikov in pisem z osebnim nagovorom udeležencu.
	Telefonsko svetovanje.
	Komunikacijske aktivnosti s podporo lokalne skupnosti ali interesne organizacije.

Te splošne ugotovitve glede vplivov na odločitev za sodelovanje v presejalnem programu za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa potrjujejo tudi najnovejše primerjalne študije⁸.

Številne komunikacijske posege, potrebne za povečanje vključevanja posameznikov v program, redno izvajamo v Centru Svit (dopisi ciljni populaciji, telefonski klicni center, stiki po e-pošti, spletna stran ...) oziroma v sodelovanju z ZZV, preventivnimi centri (ZVC) in s podpornimi nevladnimi organizacijami po vsej Sloveniji (Svitove kontaktne točke v zdravstvenih domovih, Svitovi dnevi v lokalnih skupnostih, medijska promocija ...).

⁷ Jepson, R., Clegg, A., Forbes, C., Lewis, R., Sowden, A., Kleijnen, J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. Health Technology Assessment 2000; 4 (14). Celotna publikacija je dostopna na spletni strani <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon414.pdf>.

⁸ Antonio Z. Gimeno García, Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, Gastroenterology Research and Practice, zv. 2012, spletni dostop <http://www.hindawi.com/journals/>

Nenadomestljivo vlogo pri oblikovanju osebne odločitve za sodelovanje v presejalnem programu pa prav zaradi velike stopnje zaupanja, ki ga uživa, zaradi strokovnosti in poznavanja okoliščin svojih pacientov lahko odigra izbrani osebni zdravnik.

Osebni zdravnik lahko na različne načine odločilno pomaga dosežati cilje Programa Svit s pravilnim izvajanjem medicinskih nalog po algoritmu programa (priprava anamneze pred kolonoskopijo, prilagoditev terapij kroničnih bolezni itn.) pa tudi s pravilnim ciljno zastavljenim komuniciranjem.

Komunikacijski cilji pri tem so:

- **opolnomočenje pacienta** za odgovorno odločanje (pojasnjevanje vseh okoliščin in posledic različnih odločitev);
- **inštruktorstvo in posredovanje navodil** (kako se pripraviti na preiskavo; kako se naročiti na kolonoskopijo; kako ravnati po preiskavi ...);
- ustvarjanje vzdušja zaupanja, sodelovanja, **motiviranje, spodbujanje, opogumljanje**, razblinjanje predsodkov;
- **prepoznavanje zagovornikov in ambasadorjev Svita** med svojimi pacienti (prepoznavanje oseb, ki so se udeležile Programa Svit in ki lahko s svojim zgledom k udeležbi spodbudijo tudi druge. Zlasti gre za paciente, ki jim je bil v programu odkrit zgodnji rak na debelem črevesu ali danki in ki so po uspešnem zdravljenju pripravljene povedati svojo zgodbo tudi javno. Take osebe so neprecenljivi zavezniki presejalnega programa. Prav osebni zdravnik je tisti, ki se lahko s svojimi pacienti po uspešnem zdravljenju ali po uspešno opravljeni kolonoskopiji, pri kateri so bili odstranjeni polipi, pogovori tudi o tem, ali bi bili pripravljene javno nastopiti kot ambasadorji Svita).

Opolnomočenje pacienta za odgovorno odločanje je pravica, ki jo vsakemu v zdravstvenem procesu zagotavlja tudi Zakon o pacientovih pravicah (v 20. členu)⁹. Opolnomočenje pomeni, da je treba vse postopke, procese, odločitve in njihove posledice **pojasniti na način, ki je za pacienta razumljiv in sprejemljiv**.

Študija, ki so jo leta 2003 opravili na Univerzi California v ZDA in ki je zajela presejalne programe za RDČD in na dojki¹⁰, je pokazala naslednje:

1. vsakršni pogovori o presejanju z osebnim zdravnikom dvignejo odzivnost;
2. zdravnik, ki je osebno prepričan, da je presejalni program dobra naložba v zdravje, in je sposoben komunikator, lahko radikalno poveča odzivnost.

Novejša študija, ki so jo opravili na Northwestern University Chichago v ZDA leta 2007¹¹, kaže naslednje:

- pri analizi dejanskih pogovorov zdravnikov s pacienti o presejalnem programu, testih FOBT in o endoskopskih preiskavah se je pokazalo, da so bile njihove razlage splošne, skope in da niso znali motivirati pacientov za udeležbo v programu;
- velika večina jih za pogovor o presejalnem programu s pacientom ni porabila več kot 4 minute;
- zdravniki so redko pacientom, ki so prišli zaradi drugih razlogov, priporočili presejanje za zgodnje odkrivanje RDČD.

Študija, ki je zajela splošne zdravnike v italijanski pokrajini Lazio, kjer je bil izveden pilotni presejalni program RDČD leta 2005¹², je pokazala naslednje:

- 32 % splošnih zdravnikov ni znalo pravilno svetovati, kakšen postopek je potreben po pozitivnem testu FOBT;
- 47 % jih je pacientom napačno prikazalo presejalni test FOBT kot zanesljivo diagnostično metodo;
- čeprav imajo na voljo dovolj strokovnih informacij, zdravniki na splošno ne izkoristijo srečanj s pacienti za to, da bi spotoma še promovirali presejalne programe.

Primerno komunikacijsko ravnanje splošnih zdravnikov v presejalnem programu in pri promociji programa torej glede na izkušnje iz tujine nikakor ni samo po sebi umevno.

¹⁰ Fox, S., Stockdale, S., DiMatteo, M. R., Asch, S., Reise, S. P., Heritage, J.: Impact of Physician Communication on Cancer Screening. Academy of Health Meeting, Nashville 2003, ref. št. 168; dostopno na spletni strani <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102275153.html>.

¹¹ Wolf Michael, S., Baker David, W., Makoul Gregory: Physician-Patient Communication about Colorectal Cancer Screening. Journal of General Intern Medicine, l. 22 (2007), št. 11, str. 1493-1499.

¹² Federici, A., Rossi, P. G., Bartolozzi, F., Farchi, S., Borgia, P., Guastacchi, G.: Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. Preventive Medicine, 2005 (Vol. 41) (No. 1) 30-35.

⁹ Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/2008.

STANJE PRI DOZDAJŠNJEM IZVAJANJU PROGRAMA SVIT

Spomladi 2009 smo v okviru evalvacije pilotnega dela izvajanja Programa Svit poslali vsem izbranim osebnim zdravnikom ciljne populacije Programa Svit vprašalnik, ki se je med drugim nanašal tudi na komunikacijske naloge zdravnika v Svit. Maja 2009 je bilo iz Centra Svit poslanih 1.212 vprašalnikov s spremnim dopisom in priloženo kuverto za vračilo izpolnjenega vprašalnika (s plačano poštnino). V Center Svit je prišlo po pošti 318 izpolnjenih vprašalnikov (kar je manj od pričakovanega).

- Kar 95 % zdravnikov, ki so poslali odgovore, si je pripravljene vzeti čas za razlago pacientom o Programu Svit. Toda vprašamo se lahko, kakšno je mnenje vseh preostalih, ki nam odgovorov niso poslali.
- 77,5 % zdravnikov, ki so odgovarjali, bi pacienta s pozitivnim testom na prikrito krvavitev v blatu poslalo na kolonoskopijo.
- 22,5 % pacienta s pozitivnim testom na prikrito kri v blatu ne bi poslalo na kolonoskopijo.
- Več kot petina zdravnikov, ki so poslali odgovore, je menila, da pozitivni test FOBT ni vzrok za kolonoskopijo.
- Kar 14 % jih ne bi šlo na to preiskavo, če bi kdo izmed kolegov nanjo napoltil njih. Ti podatki so skrb vzbujajoči.

Razveseljivo pa je, da je 99 % zdravnikov, ki so odgovarjali, prepričanih, da je presejalni Program Svit koristen in potreben.

Od maja 2010 dobijo vsi, ki opravijo presejalno kolonoskopijo, vprašalnik, v katerem jih sprašujemo po osebni izkušnji s to preiskavo. Nekatera vprašanja se nanašajo tudi na obisk pri svojem izbranem osebnem zdravniku pred preiskavo.

V letu 2011 je bilo pacientom, ki so opravili kolonoskopijo v Programu Svit, poslanih 7.653 vprašalnikov. Do 31. 12. 2011 je bilo vrnjenih 5.837 (76,3 %) izpolnjenih vprašalnikov, ki se nanašajo na izkušnjo kolonoskopije.

Na vprašanje »Ali ste bili zadovoljni s pomočjo vašega osebnega izbranega zdravnika pri pripravah na kolonoskopijo?« so pacienti odgovorili takole:

Ali ste bili zadovoljni s pomočjo vašega osebnega izbranega zdravnika pri pripravah na kolonoskopijo?

	Število odgovorov	Delež*
da	4.839	83,95 %
deloma	684	11,87 %
ne	241	4,18 %
Skupaj*	5.764	100,00 %

*Odgovor na vprašanje je bil prisoten pri 5.764 (98,7 %) vprašalnikih.

Velika večina tistih, ki so opravili kolonoskopijo, je bila zadovoljna s podporo svojega osebnega zdravnika pri pripravi na preiskavo. Toda slabih 12 % udeležencev kolonoskopije je vendarle menilo, da podpora njihovega osebnega zdravnika ni bila povsem zadovoljiva. Skrbijo nas lahko še zlasti 4 % primerov, pri katerih so bili pacienti nezadovoljni s podporo svojega osebnega zdravnika – na srečo pa so šli vseeno na preiskavo.

Na vprašanje »Ali so vam pred posegom ustrezno razložili postopek preiskave?« so odgovori taki:

	Število odgovorov	Delež*
DA, pojasnil izbrani osebni zdravnik	2.531	43,36 %
DA, pojasnil kolonoskopist	4.479	76,73 %
SAMO DELOMA preiskavo pojasnil izbrani osebni zdravnik	325	5,57 %
SAMO DELOMA preiskavo pojasnil zdravnik, ki je opravil kolonoskopijo	254	4,35 %
NE, postopka ni nihče ustrezno pojasnil	132	2,26 %

*Delež v odstotkih je računat glede na število oseb, ki so vrnile vprašalnik.

Postopek preiskave je pred kolonoskopijo izbrani osebni zdravnik pacientom pojasnil v manj kot polovici primerov. Nekaj več kot 2 % tistih, ki so opravili kolonoskopijo, meni, da sploh niso dobili ustreznega pojasnila o tem, kako sploh poteka preiskava – ne predhodno od svojega osebnega zdravnika ne od zdravnika, ki je opravljal preiskavo. Ustreznost pojasnila temelji pri tem vprašalniku seveda na osebni presoji pacienta. V več kot polovici primerov so pacienti odšli iz ambulante svojega izbranega osebnega zdravnika z občutkom, da jim preiskave, ki naj bi jo opravili, ni ustrezno

pojasnil. Subjektivni občutek pacienta je v teh primerih odločilen, saj neposredno vpliva na pacientovo ravnanje. (Mogoče je, da so zdravniki preiskavo pojasnjevali, vendar na neustrezen način, in njihovo sporočilo ni imelo zelenega učinka.)

Poudariti je treba, da so v vprašalnikih, ki smo jih analizirali, mnenja tistih, ki so imeli v presejanju ugotovljeno kri v blatu in so kolonoskopijo v letu 2011 v Programu Svit opravili. Na žalost pa vemo, da vsi, ki se v presejalnem programu testirajo in je pri njih test pozitiven (imajo ugotovljeno kri v blatu) ne gredo na kolonoskopijo. Zelo skrb vzbujajoča je ugotovitev, da 10 % pacientov, pri katerih je bila v presejalnem programu ugotovljena kri v blatu, nato ne gre na kolonoskopijo. (Po podatkih Centra Svit je bilo do konca oktobra 2011 takih ljudi 1.539).

O razlogih, zakaj niso opravili tako življenjsko pomembne preiskave, lahko le ugibamo. Gotovo pa bi bilo mogoče to skrb vzbujajočo številko ljudi, ki nujno potrebujejo specialistično preiskavo, pa je ne opravijo, zmanjšati s posredovanjem izbranih osebnih zdravnikov, ki bi se bolj dejavno vključili v skrb za te svoje paciente.

Da je pri komuniciranju izbranih osebnih zdravnikov s ciljno populacijo Programa Svit treba marsikaj izboljšati, pa smo zaznali tudi na osnovi drugih pokazateljev: klicev v Klicni center zaradi dodatnih pojasnil in težav, ki so jih imeli pacienti; neprimerno pripravljenih pacientov, ki so prišli na preiskavo ...

Pri dozdajšnjem izvajanju Programa Svit smo opazili, da se v ambulanti izbranega osebnega zdravnika najpogosteje pojavljajo naslednje napake:

- neustrezna priprava na kolonoskopijo pri sladkornih bolnikih in bolnikih, ki se zdravijo z antikoagulacijskimi zdravili;
- pomanjkljivo pripravljena dokumentacija: neizpolnjen recept za Moviprep, neustrezna napotnica, neizpolnjen vprašalnik pred kolonoskopijo;
- ponavljanje testa na prikrito krvavitev v blatu zunaj Programa Svit, kar je nepotrebno in napačno predvsem zaradi naslednjih razlogov:
 - rezultati različnih testov so med seboj neprimerljivi,
 - lezija lahko krvavi intervalno;
- odsvetovanje kolonoskopije, če je ponovljeni test na prikrito krvavitev negativen;
- odsvetovanje kolonoskopije pri bolnikih s hemoroidi;
- pomanjkljivo opolnomočenje pacienta (informiranje o postopkih, njihovem pomenu za pacienta, o posledicah);
- nobene dejavne spodbude, naj pacient sodeluje v presejalnem programu in naj se udeleži kolonoskopije.

Da bi bili izbrani osebni zdravniki kar najbolje obveščeni o tem, kaj se v Programu Svit dogaja z njihovimi opredeljenimi pacienti, **nosilec izvajanja Programa Svit (Center Svit) izbrane osebnne zdravnike ciljnega prebivalstva po pošti redno obvešča o izvajanju programa** in zadevah, ki se neposredno nanašajo na zdravnikove opredeljene paciente:

- sprotno obveščanje o pozitivnih izvidih testa FOBT (obvestilo izbranemu osebnemu zdravniku se pošlje en dan pred obvestilom pacientu);
- obvestilo o pacientih, ki se niso odzvali na vabilo na kolonoskopijo (5 tednov od pozitivnega izvida na prikrito krvavitev v blatu);
- 1-krat letno seznam opredeljenih pacientov, ki so imeli negativen izvid na prikrito krvavitev v blatu;
- 3-krat letno seznam opredeljenih pacientov, ki se v zadnjih štirih mesecih niso odzvali vabilu v Svit in tistih, ki ne vrnejo testnih kompletov z vzorci blata; (prvo tako poročanje v juniju 2011)
- 2-krat letno poročilo o odzivnosti vabljenih v zdravstveni regiji in občinah.

Na osnovi pridobljenih informacij lahko **osebni izbrani zdravniki naredijo načrt, kako bodo s komunikacijskimi posegi aktivno spodbudili svoje paciente k sodelovanju v presejalnem programu in jim pomagali, da bodo vse potrebne korake pravilno in uspešno opravili.**

Nekatere skupine pacientov potrebujejo pomoč pri odvzemu in pošiljanju vzorcev blata – to so zlasti različne skupine invalidov in ljudje s posebnimi potrebami. Včasih sporočijo svoje zadržke in težave v Center Svit, zelo pogosto pa ne. Osebni zdravnik svoje paciente vsekakor pozna in ve, ali imajo težave, zaradi katerih je zanje za uspešno sodelovanje v Programu Svit potrebna pomoč patronažne sestre. Če prepozna tako potrebo, **vključi v proces patronažno službo**. Splošni dogovor določa, da imajo osebe, ki po dveh opomnikih ne vrnejo testerjev v Center Svit ali imajo pozitiven test na prikrito krvavitev v blatu ter se ne odzovejo na kolonoskopijo, pravico do preventivnega obiska patronažne sestre. Do preventivnega obiska v Programu Svit imajo pravico tudi slabovidni, slepi, naglušni in gluhi ter drugače invalidni ljudje, kronični bolniki ter socialno deprivilegirani ljudje, ki se slabše odzivajo v program.

Posebno pomembno je spremljanje tistih pacientov, ki imajo odkrito kri v blatu. Če se oseba ne oglasi v ambulanti svojega izbranega osebnega zdravnika v dveh tednih po obvestilu o izsledkih testa, da bi se skupaj z zdravnikom pripravila na kolonoskopijo, je vsekakor primerno, da zdravnik svojega pacienta **aktivno poišče** in ga poskuša vključiti v zelo pomembno fazo presejanja – to pa je napotitev in priprava na presejalno kolonoskopijo.

KAKO LAHKO ZDRAVNIK SPODBUJA SVOJE OPREDELJENE PACIENTE ZA SODELOVANJE V PROGRAMU SVIT

- Obiske ambulante zaradi drugih razlogov lahko izkoristijo za kratek pogovor o Programu Svit, preverijo, kakšna so stališča do udeležbe, in spodbudijo k sodelovanju takrat, ko bo prišlo vabilo v program.
- Z javnim zagovorništvom presejalnega programa v svojem okolju nagovarjajo najširšo javnost.
- Aktivno spodbudijo FOBT pozitivne paciente, ki se niso odzvali na vabilo na kolonoskopijo, da se oglasijo v ambulanti in pogovorijo o preiskavi.
- Prepoznavajo pacientove objektivne in subjektivne ovire za opravljanje preiskave in jih pomagajo odstraniti ali premestiti.
- Sodelujejo pri komunikacijskih dejavnostih Svita v svojem okolju (sodelujejo na Svitovih dogodkih, sodelujejo z mediji ...). Med svojimi pacienti prepoznajo in spodbudijo zagovornike in ambasadorje Svita.
- Podpirajo programe presejanja z osebnim zgledom

Gospa Novak, ste že dobili vabilo v Svit? Pametno bi bilo, če bi se vključili.



OBISK PACIENTA S POZITIVNIM IZVIDOM FOBT PRI IZBRANEM OSEBNEM ZDRAVNIKU (PRED KOLONOSKOPIJO)

Komunikacijske naloge zdravnika:

- od pacienta pridobiti podatke, potrebne za usmerjeno osebno anamnezo;
- opolnomočiti pacienta za odgovorno odločanje;
- posredovati pacientu ustrezna navodila za pravilno pripravo na kolonoskopijo;
- spodbuditi pacienta, da opravi preiskavo;
- podpora pri naročanju na kolonoskopijo (obvezno prek Klicnega centra Svit na telefon **01/62-04-522**) – v sodelovanju z medicinsko sestro v ambulanti.

PRIPOROČEN KOMUNIKACIJSKI SCENARIJ PRI OBISKU PACIENTA PRED PRESEJALNO KOLONOSKOPIJO

Zgled: Kurtz, S. M. and Silverman, J. D. (1996) The Calgary – Cambridge Referenced Observation Guides: An aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes *Medical Education*, 30, 83–89.

Številni tuji avtorji, ki raziskujejo vlogo zdravnikov na primarni zdravstveni ravni pri obvladovanju raka, poudarjajo pomen komunikacijskih veščin zdravnikov ob vsakovrstnih stikih z ljudmi. Komunikacijske veščine so nekaj, kar si je mogoče z ustreznim izobraževanjem in s treningom pridobiti. Močno izboljšajo uspešnost in učinkovitost komuniciranja med zdravnikom in pacientom ter olajšajo doseganje komunikacijskih ciljev. V praksi upoštevanje načel kakovostne komunikacije pogosto pomeni tudi prihranek časa¹³. Med najpomembnejšimi nalogami pogovora med zdravnikom in pacientom je vzpostavljjanje vzdušja medsebojnega zaupanja in skupnega prizadevanja za zdravje. To vzdušje zaupanja ni samo etična vrednota sama po sebi, ampak ima

tudi zelo veliko instrumentalno vrednost – številne raziskave so pokazale, da prav to vzdušje zaupanja in sodelovanja bistveno prispeva k večjemu zadovoljstvu pacienta, boljšemu poteku zdravljenja, doslednejšemu upoštevanju priporočenih režimov in k večji uspešnosti zdravstvenih intervencij.¹⁴

Eden izmed pripomočkov za učinkovitejše komuniciranje zdravnik – pacient so različna vodila in priporočeni scenariji za izvedbo srečanja v ambulanti. Glavne koristi uporabe vodil (priporočenih scenarijev srečanja) so naslednje:

- kakovostno izveden pogovor zdravnik – pacient je temelj vsega, kar se dogaja na primarni zdravstveni ravni; strateško načrtovan pogovor pa vodi h kakovostnejši izvedbi komuniciranja;
- opredeljeni cilji in postopki omogočajo nadzor nad doseganjem zastavljenega;
- s preigravanjem različnih modelov lahko zdravnik sčasoma razvije lastnega, ki mu najbolj ustreza;
- omogočajo, da načrtujemo in izvajamo komuniciranje tako, da zadovoljuje zdravnikove in pacientove potrebe – oba sta bolj zadovoljna s srečanjem;
- boljše opredeljeni cilji pogovora vodijo k boljšemu razumevanju pacienta, to pa k boljšemu upoštevanju navodil in priporočil zdravnika

Med najbolj praktično uporabljanimi modeli je tako imenovani **model poteka srečanja zdravnik – pacient Calgary - Cambridge**. Sprva je bil ta model komuniciranja oblikovan kot orodje za usposabljanje zdravnikov na področju komuniciranja. Lahko pa ga uporabimo tudi kot vzorec, ki pomaga načrtovati, izpeljati in oceniti uspešnost srečanja zdravnika s pacientom. Model temelji na nizu komunikacijskih nalog, ki so del vsakdanje zdravnikove prakse. Komunikacijske naloge so razčlenjene glede na potrebne komunikacijske veščine in cilje, ki jih je treba doseči.

¹³ Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D. et al.: Enhancing physician-patient communication. Hematology Am Soc Hematol Educ Program: 464–83, 2002.
Thompson, T. L., Dorsey, A. M., Miller, K. I. et al., eds.: Handbook of Health Communication. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2003.

¹⁴ Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper, J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary – Cambridge guides. Acad Med. 2003; 78: 8029.

CALGARY - CAMBRIDGE MODEL SREČANJA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA S PACIENTOM PRED PRESEJALNO KOLONOSKOPIJO V PROGRAMU SVIT

Cilji komuniciranja zdravnika s pacientom:

- točnost;
- učinkovitost;
- podpora in razumevanje.

Načela učinkovitega komuniciranja zdravnika s pacientom:

- vzdušje medsebojnega spoštovanja, upoštevanja in zaupanja;
- izmenjava sporočil, dialog – in ne enosmerno sporočanje;
- pojasnjevanje vprašanj in vseh nepotrebnih negotovosti;
- ciljno strateško načrtovanje;
- uporaba preprostega, razumljivega jezika;
- dinamičnost.

Struktura srečanja

• 1. korak: Uvod v razgovor

- Ustvarjanje stika in motivacije za sodelovanje v procesu.
- Identifikacija skupnih ciljev zdravnika in pacienta.

• 2. korak: Pridobivanje informacij

- Predlog načrta poteka pogovora.
- Pregled problematike.
- Razumevanje pacientovega zornega kota.

• 3. korak: Ustvarjanje partnerstva zdravnik – pacient in vzdušja zaupanja

- Ustvarjanje človeškega stika.
- Aktiviranje pacienta.

• 4. korak: Razlaga in načrtovanje

- Razlaga dejstev in oskrba pacienta s ključnimi podatki.
- Povzetek in preverjanje, ali je pacient pravilno razumel povedano; ali smo se s pacientom pogovorili o vsem, kar ga zanima in skrbi.
- Oblikovanje skupnih sklepov – kako bomo ravnali v prihodnosti.

• 5. korak: Sklepni del

• Uvod v razgovor

Izbrani osebni zdravnik je o pozitivnem testu FOBT svojega pacienta obveščen, še preden dobi obvestilo o izvidu pacient na dom. S komunikacijskega stališča je zelo priporočljivo, da zdravnik ob obisku FOBT pozitivnega pacienta v ambulanti ne čaka, da pacient pojasni, kaj se je zgodilo in zakaj je prišel, ampak da že ob prihodu pacienta spodbudno sprejme: »Pozdravljeni, gospod Novak, vesel sem, da ste prišli. Smo vas že kar pričakovali. Veseli me, da sodelujete v Programu Svit, saj je to res pomembno za vaše zdravje.«

Tako bo zdravnik takoj izrazil svojo podporo ravnanju pacienta, okreplil bo prepričanje, da je presejalni test in vse, kar bo še sledilo, potrebno in koristno.

Pomembno je, da zdravnik takoj pokaže naklonjenost pacientovemu sodelovanju v presejalnem programu, človeško pripravljenost, da ga podpre in mu stoji ob strani v skrbi za njegovo zdravje. Takoj na začetku razgovora mora pokazati predvsem zanimanje za pacientov pogled na položaj in spoštovanje do pacientovih mogočih pomislekov, strahov, predsodkov. Ustvarjanje stika s pacientom pomeni, da se takoj na začetku vzpostavi partnerski odnos pri skupnem prizadevanju za pacientovo zdravje. Pacient se je znašel v položaju, ki je zanj skrb vzbujajoč: izkazalo se je, da je presejalni test na prikrito krvavitev v blatu pozitiven. Zdravnik mora znati pri pacientu vzpostaviti pravo mero realne zaskrbljenosti za zdravje in pozitivne naravnosti, optimizma in volje, da se je treba lotiti razjasnitve vzrokov za prisotnost krvi v blatu. Začetek pogovora je lahko ključnega pomena za ves nadaljnji odnos pacienta do poteka preiskav in mogočih postopkov zdravljenja, ki bodo še sledili.

• Identifikacija skupnih ciljev zdravnika in pacienta

Splošni skupni cilj je ohranjanje zdravja, konkretno pa sodelovanje v nastali situaciji, ki mora pripeljati do uspešno opravljene kolonoskopije (pacient ima v blatu ugotovljeno kri, priporočena je kolonoskopija). Pacient mora dobiti občutek, da sta z zdravnikom zaveznika v skupni akciji: zdravnik bo pomagal po medicinski strani – svetoval in pojasnjeval –, pacient pa se bo pripravil na preiskavo in jo opravil v enem izmed presejalnih centrov.

Pomembno je, da zdravnik pacientu vlije prepričanje, da je pravzaprav dobro, da se je s testom odkrila prikrita krvavitev, saj bi sicer mogoča zdravstvena težava – če obstaja – ostala prikrita.

NIKAKOR ne sme zdravnik na kakršen koli način v pacientu vzbuditi dvoma, ali je presejalna kolonoskopija ob pozitivnem testu FOBT sploh potrebna (samo če obstajajo resne medicinske kontraindikacije za opravljanje kolonoskopije, je treba premisliti o drugih možnostih za postavljanje končne diagnoze).

• Pridobivanje informacij

V tej fazi srečanja je zelo pomembno, da zdravnik prisluhne pacientu, da si pojasni pacientova stališča, mogoče strahove in zadržke pa tudi, da pridobi natančne in jasne informacije o vsem, kar je z medicinskega vidika potrebno za izvedbo uspešne, kakovostne in varne kolonoskopije.

Ob obisku osebnega zdravnika pred presejalno kolonoskopijo odpade tisti del pogovora s pacientom, ki je namenjen temu, da zdravnik izve vzrok obiska v ambulanti: to je že od vsega začetka jasno – vzrok je predvsem izvid presejalnega testa na prikrito krvavitev v blatu. Zdravnikovo pridobivanje informacij je v tem primeru prvenstveno usmerjeno v dvoje:

- ugotoviti medicinska dejstva za primerno pripravo in izvedbo kolonoskopije;
- izvedeti pacientova stališča, pomisleke, predsodke glede preiskave in sodelovanja v presejalnem programu (iz česar sledi načrt, kako vse ovire za opravljanje preiskave obvladati in po možnosti odstraniti).

Ko sta vzpostavljena prvi stik in partnerski odnos s pacientom, ko se pacient udobno usede, je čas, da **zdravnik z vodenim pogovorom skupaj s pacientom postavi načrt in cilje srečanja:**

- zdravnik bo pojasnil, kaj pomeni pozitiven izvid testa na prikrito krvavitev v blatu in zakaj je treba ugotoviti vzrok za kri v blatu;
- zdravnik bo pojasnil pomen kolonoskopije;
- skupaj bosta izpolnila vprašalnik pred kolonoskopijo;
- pogovorila se bosta o mogočih pacientovih pomislekih in dvomih;
- zdravnik bo dal pacientu napotnico za presejalno kolonoskopijo in recept za Moviprep;
- zdravnik bo pojasnil pripravo na kolonoskopijo, skupaj pa bosta prediskutirala mogoče nejasnosti. Kroničnim bolnikom bo zdravnik dal podrobna navodila za jemanje zdravil v času priprav na kolonoskopijo.

Ker je pacient skupaj z izvidom testa na prikrito krvavitev dobil po pošti tudi knjižico o kolonoskopiji, v kateri je tudi prostor, kamor si lahko zapiše vprašanja za zdravnika, je dobro, če zdravnik povpraša, ali ima pacient to knjižico z vprašanji s seboj. (Zaradi razburjenja se lahko zgodi, da bo pacient na to pozabil in odšel, ne da bi dobil vse zelene odgovore.)

Skupno izpolnjevanje vprašalnika pred kolonoskopijo, ki ga pacient prinese s seboj, je priložnost, da zdravnik pridobi še mogoče dodatne podatke od pacienta, ki utegnejo biti pomembni za pripravo na kolonoskopijo – ne le za medicinsko pripravo, ampak tudi za spodbujanje in opogumljanje. Dobro je, da se zdravnik prepriča o pacientovih že izoblikovanih stališčih in mogočih strahovih (»Ali poznate koga, ki je že bil na tej preiskavi?«).

• Ustvarjanje človeškega stika

Gotovo je prišel pacient s pozitivnim izvidom testa FOBT v ambulanto zaskrbljen. Zelo verjetno ga je strah preiskave, o kateri se govori, da je strahotno boleča. Seveda bi se najraje izognil tej preiskavi, ga pa skrbi, ali ni mogoče resno bolan. Na vsak način gre za človeka v občutljivem čustvenem stanju (kar je precej drugačen položaj, kot če pride v ambulanto na primer nekdo zaradi gripe ali kronične bolezni, ki jo že dobro pozna in obvlada). Občutek, da mu zdravnik stoji ob strani, ga spodbuja, razume njegove dvome in pomisleke, da si je pripravljen vzeti čas za temeljit pogovor in svetovanje, je ključnega pomena za odločitev za opravljanje kolonoskopije. Enako kot v tem položaju pacient potrebuje medicinske storitve zdravnika (anamnezo, prilagoditev terapije ...), potrebuje človeško podporo in spodbudo, občutek zaupanja in opogumljanje.

• Aktiviranje pacienta

Skladno z Ajzenovo teorijo načrtovanega vedenja je ključnega pomena za to, da bo nekdo res storil zaželeno dejanje (opravi presejalno kolonoskopijo), subjektivno prepričanje, da to zmore in da to zmore z lastnimi silami, da je v stanju imeti vse dogajanje v svojih rokah in pod nadzorom. Zato je zelo pomembno, da **zdravnik vlije pacientu samozaupanje.** (»Boste videli, da je priprava pravzaprav zelo preprosta.« »Zdajle se boste malo potrudili, pa bomo s pomočjo specialistov prišli stvari do dna.« »Vse vam bom pojasnil; če vas bo še kaj zanimalo ali boste imeli pomisleke, lahko pokličete mene ali pa v Klicni center Svit. Prepričan sem, da boste preiskavo uspešno opravili, kar je nujno, da ugotovimo, kaj se v vašem črevesu dogaja.« »Če ste uspešno poslali vzorčke na test, se boste gotovo uspešno pripravili na preiskavo.«)

Sodelovanje v Programu Svit zahteva od udeleženca zelo veliko samostojnega ukrepanja. Že to, da sam odvzame vzorce blata za testiranje in jih pošlje v laboratorij, je pravzaprav za večino laikov kar zahteven opravek. Tudi priprava na kolonoskopijo zahteva samostojno ukrepanje. Potem pa se je treba podvreči še preiskavi, ki vzbuja strah zaradi nelagodja ali bolečin med posegom in tudi zato, ker lahko prinese strašljiv izvid.

KAJ PA, ČE PACIENT ZAVRAČA KOLONOSKOPIJO?

Če pacient izrazi pomisleke ali sprva celo odločno izjavi, da na kolonoskopijo ne bi šel, to ne pomeni nujno, da res povsem zavrača preiskavo. Pomeni pa, da je potreben pazljive obravnave in spodbujanja, mogoče razvozlanja skritih predsodkov in strahov. Pomembna naloga zdravnika na pogovoru s pacientom pred kolonoskopijo je, da odstrani te zapreke. Mogoče ima pacient travmatične osebne izkušnje s to ali podobnimi preiskavami; mogoče gre za spolne prakse, ki so stigmatizirane, in se pacient boji, da bodo pri preiskavi prišle na dan; morda gre za verske zadržke ... Kolonoskopija je lahko izjemno problematična preiskava za ljudi, ki so bili v otroštvu zlorabljeni, zlasti, če je šlo za spolne zlorabe. Taki ljudje se mogoče celo sploh ne zavedajo dejanskih razlogov za močen odpor do endoskopskih preiskav in močen strah. Zavedati se je treba, da v skupino tako zelo ranljivih ljudi nikakor ne sodijo samo ženske, ampak tudi moški. Primerno usmerjen pogovor z osebnim zdravnikom, ki upošteva strokovna priporočila za ravnanje s takimi ljudmi v zdravstvenem okolju, lahko pomaga premostiti na videz nepremostljivo oviro. Zlorabe v otroštvu lahko povzročijo izrazito zdravstveno tveganje v odrasli dobi prav zaradi specifičnega doživljanja zdravstvenih postopkov in tudi odnosa z zdravstvenim osebjem.¹⁵

Če pacient izrazi hud strah pred preiskavo, mu je treba pozorno prisluhniti in ga spodbuditi, da si pojasni, česa ga je pravzaprav strah. Bolečine? Tega, da bo na milost in nemilost prepuščen zdravniku, ki bo počel nekaj neprijetnega? Mogoče je ključni problem sram pred goloto? Pomembno je, da je človek, ki izrazi take strahove, deležen razumevanja in podpore. Zdravnik naj pojasni, da si je mogoče izbrati kolonoskopista, da lahko aktivno vpliva na to, kako bo potekala preiskava, da bodo zdravstveni delavci pojasnili vse postopke in da se nič ne bo zgodilo brez pacientovega soglasja. »Kako pa vi predlagate, da bi izpeljali preiskavo tako, da vam bo lažje?« je vsekakor primerno vprašanje, da bo človek lažje izrazil svoje želje.

Gre za zelo občutljiva vprašanja in lotevati se jih je treba izjemno pazljivo in z veliko mero empatije in spoštovanja do pacienta.

Od opogumljanja in aktiviranja pacienta je odvisno, ali bodo zadržki, ki so lahko vzrok za opustitev preiskave, ki je mogoče za pacienta življenjsko pomembna, prišli na dan in jih bo pacient z zdravnikovo pomočjo lahko razrešil.

MODEL PROCESA RETRAVMATIZACIJE ŽRTEV ZLORAB V OTROŠTVU V ZDRAVSTVU



¹⁵ Dallam Stephanie, J. A Model of retraumatization process. A meta-Synthesis of Childhood Sexual Abuse Survivors' experiences in Healthcare. University of Kansas, 2010.

PRIPOROČILA ZA ZMANJŠANJE MOŽNIH ČUSTVENIH SPROŽILCEV PONOVIŠNE TRAVMATIZACIJE PRI ZDRAVSTVENIH POSTOPKIH

SPROŽILCI	POTREBE PACIENTA	UKREPI
<ul style="list-style-type: none"> nesorazmerje moči v medsebojnih odnosih; avtoritarnost, nemoč vplivanja na postopke 	<ul style="list-style-type: none"> opolnomočenje občutek nadzora nad dogajanjem 	<ul style="list-style-type: none"> upoštevanje pacienta kot enakopravnega partnerja zavestno izogibanje avtoritarnosti
<ul style="list-style-type: none"> spol zdravstvenega osebj 	<ul style="list-style-type: none"> občutek nadzora nad dogajanjem 	<ul style="list-style-type: none"> možnost izbiranja zdravstvenega osebj
<ul style="list-style-type: none"> nezainteresirani zdravstveni delavci neoseben odnos obravnava pacienta kot objekta 	<ul style="list-style-type: none"> občutek holistične oskrbe občutek človeške topline in empatije 	<ul style="list-style-type: none"> dovolj časa pogovor kakovostno poslušanje empatija
<ul style="list-style-type: none"> izguba nadzora 	<ul style="list-style-type: none"> priprava na poseg občutek nadzora opolnomočenje 	<ul style="list-style-type: none"> razlaga načrtovanega posega podporni razgovor etapni pristanki pacienta upoštevanje zahteve po prekinitvi odmori med posegom
<ul style="list-style-type: none"> negotovost presenečenje 	<ul style="list-style-type: none"> primerna priprava 	<ul style="list-style-type: none"> pojasnilo načrtovanih postopkov spodbujanje vprašanj in nudenje pojasnil
<ul style="list-style-type: none"> razgaljenost pomanjkanje zasebnosti 	<ul style="list-style-type: none"> spoštovanje občutek nadzora nad dogajanjem 	<ul style="list-style-type: none"> pogovor in pojasnila o postopkih upoštevanje zasebnosti uporaba zaves in papirnega perila, minimalna razgaljenost
<ul style="list-style-type: none"> dotikanje 	<ul style="list-style-type: none"> vnapijerna pojasnila dogovor opolnomočenje pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> skupno načrtovanje posega etapni pristanki pacienta upoštevanje zahteve po prekinitvi

PRIPOROČILO NAJ BO OSEBNO

Nikakor ni vseeno, kako pacientu zdravnik priporoči neko ravnanje. Daleč najučinkovitejše je osebno priporočilo (»Priporočam vam ...«), najmanj učinkovito pa je neosebno priporočilo, ki se sklicuje na strokovne smernice (»Po medicinski doktrini se v takem primeru priporoča ...«). Pred očmi je treba imeti dejstvo, da je izbrani osebni zdravnik oseba, ki ji pacient zaupa – ne le zaradi medicinskega znanja, ampak tudi zaradi medčloveškega odnosa, medsebojnega spoštovanja in empatije.

Primeri priporočila, izražena na različne načine, ki imajo zelo različen učinek na ravnanje pacienta¹⁶:

različne metode sporočanja	citati	učinek zdravnikovega napotila
ilustrativni citat z negativno konotacijo	»... Po drugi strani pa zelo verjetno nimate raka na črevesu. No, nič zato, če ne drugega, boste šli pa na kolonoskopijo zato, da boste mirni in ne boste imeli skrbi, da imate bolezen, za katero sploh ne veste.«	negativen – demotivacija pacienta
neosebno priporočilo na osnovi zunanje avtoritete	»Stari ste nad petdeset let in po priporočilih stroke in evropskih smernicah se takim pacientom svetuje, da opravijo kolonoskopijo.«	negativen – demotivacija ali celo odpor pacienta
osebno priporočilo	»Prepričan sem, da je edino pravilno, da greste na kolonoskopijo. Test je pokazal sled krvi v blatu in treba se je prepričati, kaj je vzrok. Na vašem mestu bi šel nemudoma na preiskavo.«	pozitiven
zagovorništvo z osebnim poslanstvom	»Pomislite, da je ta rak zelo pogost in da je drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka. Takemu tveganju se res ni dobro izpostaviti. Predstavljate si, da bi ob prehodu čez cesto vedeli, da imate 10 % možnosti, da vas povozi avtomobil – to bi se vam zdelo zelo nevarno, kajne? Veste, tudi sam sem že bil na kolonoskopiji – moj stric je namreč imel tega raka in res nočem tvegati. Vsekakor vam svetujem, da opravite preiskavo.«	zelo pozitiven

¹⁶ Levy, B. et al. Why Hasn't This Patient Been Screened for Colon Cancer? An Iowa Research Network Study. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007; 20: 458–468.

RAZLAGA IN SKUPNO NAČRTOVANJE

Bolj kot bo pacient razumel vse postopke in svojo vlogo v njih, lažje ga bo zdravnik spodbudil k priporočenemu ravnanju in večja verjetnost je, da bo pacient vse tudi pravilno opravil skladno z navodili. Ta faza razgovora je ključnega pomena za pravilnost izvajanja priporočenih postopkov:

- naročanje na presejalno kolonoskopijo;
- čiščenje pred kolonoskopijo;
- prilagoditve mogoče terapije drugih bolezni pred preiskavo.

Razumevanje preiskave (in realna pričakovanja, kaj se bo dogajalo) lahko tudi bistveno pripomore k temu, da bo pacient na preiskavi bolj sproščen, da bo preiskavo doživljal manj travmatično in kot pozitivno izkušnjo. Zato je pomembno, da že izbrani osebni zdravnik pacientu razloži:

- zakaj je preiskava potrebna (»Zdravnik bo lahko natančno pregledal vso sluznico debelega črevesa in potem bomo natančno vedeli, ali je kaj narobe ali pa se je kri v blatu mogoče znašla po naključju.«);
- kako preiskava poteka;
- zakaj se lahko med preiskavo pojavi bolečina;
- zakaj ni priporočljivo, da bi pri presejalni kolonoskopiji rutinsko uporabljali protibolečinska sredstva;
- če je potrebna bolnišnična kolonoskopija, naj zdravnik razloži tudi vzroke za ta ukrep in priporoči, kako naj se pacient za ta obisk bolnišnice pripravi (kaj vzeti s seboj, koliko časa bo trajalo ... pojasnil o bolnišnični kolonoskopiji namreč v knjižici o kolonoskopiji, ki jo prejmejo vsi FOBT pozitivni udeleženci presejalnega Programa Svit domov, ni);
- kaj pomeni odvzem tkiva za patohistološki pregled; zakaj je to potrebno;
- kakšni so mogoči zapleti na preiskavi in po njej.

Oskrba pacienta s ključnimi podatki, z vzroki za preiskavo, mogočimi zapleti, s posledicami, če preiskave ne opravi – vse to je nujni del opolnomočenja pacienta in je del zdravnikove dolžnosti pojasnjevanja tudi po Zakonu o pacientovih pravicah.

Nikakor ni dovolj, da zdravnik pacienta samo seznanj z dejstvi v obliki samogovora. **Nujno je, da pojasnila tudi povzame, preveri, ali je pacient razumel vse povedano, pa tudi, ali razume svojo vlogo v procesu in pomen odločitev.**

Na vprašanje »No, gospod Novak, ste razumeli?« bo seveda velikanska večina odgovorila pritrdilno – pa če so razumeli ali ne. Razumevanje je treba preveriti na drugačne načine. Zelo dobro je, če zdravnik spodbudi pacienta, da ponovi najpomembnejše. Na primer: »No, gospod Novak, kako sva torej rekla ... Najprej boste šli v lekarno ...« Pacienta je treba napeljati k temu, da bo s svojimi besedami ponovil najpomembnejše napotke. Tako bo lahko zdravnik prepričan, da je razumel navodila. Pa ne le to – tudi veliko bolje si jih bo zapomnil. (Zapomnimo si le 20 % tega, kar slišimo, in kar 60–70 % tega, o čemer sami pripovedujemo drugim.¹⁷)

Vsekakor je treba v tej fazi ponovno spodbuditi pacienta, da pove svoje mogoče pomisleke, povpraša, kar ga še zanima in skrbi. Pacienta je treba utrditi v prepričanju, da bo ves čas gospodar položaja, da se nič ne bo zgodilo brez njegove privolitve, in z razumevanjem sprejeti morebitne pomisleke glede tega, kdo naj bi opravil preiskavo, zdravnik ali zdravnica. Osebni izbrani zdravnik lahko, če prepozna izrazito ranljivo osebo, svojemu pacientu tudi pomaga pri telefonskem naročanju na kolonoskopijo v Klicnem centru Programa Svit in tudi tako pomaga premostiti morebitne ovire, ki so pri pacientu posledica travmatičnih izkušenj iz preteklosti.

OBLIKOVANJE SKUPNIH SKLEPOV – KAKO BOMO RAVNALI V PRIHODNOSTI

V tej fazi je treba ponovno utrditi partnerski odnos med zdravnikom in pacientom. Pred pacientom je obdobje priprav na kolonoskopijo. Še enkrat preverimo, ali je vse jasno, in damo napotke, kam se pacient lahko obrne, če bo imel kakršne koli težave pri pripravah na preiskavo.

Najbolje je, če v tej fazi zdravnik skupaj s pacientom pokliče v Klicni center Svit in če skupaj opravita naročilo na presejalno kolonoskopijo. Če zaradi časovne stiske ali pa delovnega časa Klicnega centra (ki deluje od 9.00 do 14.00) to ni mogoče, naj pacient ta klic opravi po možnosti skupaj z medicinsko sestro v ambulanti ali pa mu da zdravnik še enkrat napotke in spodbudo, da naj klic opravi čim prej.

¹⁷ Bransford, J. (1979). Human cognition: Learning, understanding, and remembering. Belmont, CA: Wadsworth

Zdravnik naj se od pacienta poslovil s spodbudo in z željo, da bo uspešno opravil kolonoskopijo. Pacient naj odide iz ambulante z občutkom, da se je vzpostavil partnerski odnos v procesu, ki bo vodil k ugotovitvi, da ne gre za nič kritičnega (mogoča odstranitev polipov bo pomenila odstranitev nevarnosti razvoja raka na debelem črevesu ali danki) ali pa bo to začetek procesa zdravljenja, če bo to potrebno.

Ob koncu obiska pacienta v ambulanti svojega izbranega osebnega zdravnika pred kolonoskopijo morajo biti doseženi naslednji cilji:

1. Naloge po algoritmu Programa Svit:

- Izpolnjen Vprašalnik za pripravo na kolonoskopijo.
- Podpisan in izpolnjen prednatisnjen bel recept za Moviprep.
- Izdaja napotnice za presejalno ambulantno ali presejalno bolnišnično kolonoskopijo.
- Organizacija termina za presejalno kolonoskopijo. Klic v klicni center Programa Svit.

2. Komunikacijske naloge:

- Opolnomočenje pacienta za odgovorno odločitev za preiskavo (pacient razume pomen preiskave, potek preiskave in mogoča tveganja pa tudi tveganja, če preiskave ne opravi).
- Navodila pacientu za ustrezno pripravo na kolonoskopijo (vključno s pojasnili uporabe Moviprepa).
- Spodbuda in motiviranje pacienta, da preiskavo res opravi.
- Skupno razreševanje morebitnih objektivnih in subjektivnih zaprek.

SODELOVANJE IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA Z DRUGIMI ZDRAVSTVENIMI DELAVCI PRI KOMUNICIRANJU V PODORO PROGRAMA SVIT

Poleg izbranega osebnega zdravnika, ki mu pripada ključna vloga pri spodbujanju svojih pacientov za sodelovanje v presejalnem Programu Svit ter zlasti pri pravilni pripravi in udeležbi na kolonoskopiji, na primarni zdravstveni ravni pri komunikacijskih dejavnostih Svita delujejo tudi drugi zdravstveni delavci, ki so zdravniku v oporo:

- medicinska sestra v ambulanti izbranega osebnega zdravnika;
- patronažne sestre;
- preventivni center v ZD (ZVC) ; lekarniški farmacevti (ki lahko nudijo pojasnila glede Moviprepa in njegove uporabe).

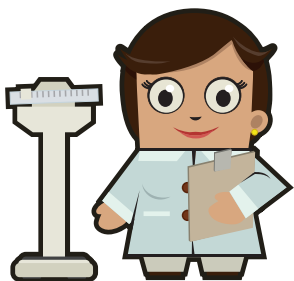
Medicinske sestre v ambulantah izbranih osebnih zdravnikov

Tudi one aktivno vstopajo v program, predvsem ob pripravi udeležencev Programa Svit na kolonoskopijo. Kakor za splošne zdravnike tudi zanje velja, da so lahko **izjemno pomembni komunikatorji in promotorji** presejalnega programa in preventivnega vedenja za RDČD sploh – za primarno ciljno javnost in splošno javnost. Tudi medicinske sestre uživajo veliko zaupanje javnosti. S pacienti se srečujejo pred obiskom in po obisku splošnega zdravnika; kontekst komunikacije je nekoliko drugačen, kot je ob srečanju pacienta z zdravnikom. Če je zdravnikova naloga dajati pojasnila s področja medicinske stroke, pacienta primerno pripraviti na kolonoskopijo, ustvariti vzdušje zaupanja in sodelovanja ter mu dati ustrezna individualna navodila za preiskavo, je naloga medicinskih sester **zlasti motivacija za aktivno udeležbo v programu, odstranjevanje ovir in utrjevanje zaupanja**. Zelo priporočljivo je, da medicinska sestra po obisku izbranega osebnega zdravnika pred kolonoskopijo **skupaj s pacientom pokliče v Klicni center Svit** in mu uredi datum za kolonoskopijo. Če to ni mogoče (popoldanske ambulante), naj pacientu podrobno pojasni, kako se naroči na presejalno kolonoskopijo.



Želimo si, da bi imela vsaka medicinska sestra v splošnih ambulantah na voljo zloženke Programa Svit, ki bi bile na voljo obiskovalcem ambulate – ne le pacientom iz ciljnega prebivalstva, ampak tudi drugim generacijam, ki lahko svoje svojce spodbudijo k sodelovanju v programu. (Na voljo so zloženke in zložljiva kartonska namizna stojalca zanje. Na območju, na katerih živijo pripadniki narodnostnih manjšin, je priporočljivo, da so pacientom na voljo tudi zloženke v italijanskem in madžarskem jeziku.)

Preventivni center (ZVC) v zdravstvenem domu



Skladno z določili aneksa k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011 mora zdravstvenovzgojni center v vsakem zdravstvenem domu organizirati kontaktno točko Programa Svit, na kateri lahko ljudje dobijo podrobna dodatna pojasnila vseh postopkov – od izpolnjevanja Izjave o sodelovanju do priprave na kolonoskopijo, svetovanje za ljudi z motnjami vida ali sluha, za gibalno ovirane itn. Ta točka ni namenjena samo dostopnosti splošnih informacij o Programu Svit (zloženke, plakati ...), ampak osebnemu inštruktorstvu

pri izvajanju potrebnih korakov v programu; za ustrezno izvajanje take podpore Programu Svit v zdravstvenih domovih so bile za sodelavce preventivnih centrov (ZVC) in tudi za patronažne sestre spomladi leta 2011 izvedene v okviru Programa Svit posebne celodnevne komunikacijske delavnice.

Patronažne sestre



V Program Svit vstopajo tudi posamezniki, ki zaradi svojih siceršnjih zdravstvenih težav, invalidnosti oziroma posebnih potreb ne bodo mogli povsem samostojno opraviti vseh korakov, potrebnih za dejavno sodelovanje v programu. Zlasti imamo pri tem v mislih ljudi s težjimi oblikami invalidnosti, predvsem slepe, bolnike s tresavico (tremorjem) in tiste, ki so huje gibalno ovirani. Za te ljudi, ki jim je enako kot celotni ciljni populaciji Program Svit namenjen in se bodo vanj vključili, je zelo pomembno **odstranjevanje objektivnih ovir**, ki jih imajo pri sodelovanju v programu.

Ljudje, ki so gibalno ovirani, imajo pogosto težave z odvajanjem in zato tudi večje tveganje za razvoj raka na debelem črevesu ali danki. Slepí in zelo slabovidni ljudje pa imajo povečano tveganje zato, ker ne morejo opaziti krvavitve blatu niti takrat, ko je za človeka z normalnim vidom očitna. Za obe skupini je torej udeležba v presejalnem programu zelo pomembna. Izkušnje kažejo, da so ljudje redko pripravljeni prositi svojce, da bi se ukvarjali z njihovim blatom, so pa pripravljeni prositi za pomoč patronažno sestro.

Posebna individualna obravnava vprašanj, povezanih s pravico do sodelovanja v presejalnem programu in z načinom vključevanja v Program Svit, je potrebna tudi pri ljudeh, ki so duševno prizadeti ali hudo bolni. Presoja izbranega osebnega zdravnika je nujna za bolniku prilagojene odločitve in pomoč.

Predvidevamo tudi, da bodo patronažne sestre v sodelovanju z izbranimi osebnimi zdravniki lahko odigrale veliko vlogo pri spodbujanju za udeležbo na kolonoskopiji v tistih primerih, ko se pacient s pozitivnim FOBT-testom ne odzove na obvestilo o odkritju prikrite krvavitve v blatu.

V vseh navedenih primerih je napotitev patronažne sestre na obisk h konkretnemu človeku, ki potrebuje njeno pomoč ali spodbudo, naloga izbranega osebnega zdravnika.

Pacient	Zdravnik
Nobenega smisla ne vidim, da bi sodeloval v tem presejanju – odlično se počutim in sem zdrav.	Spoštovani gospod Novak, na žalost je rak na debelem črevesu in danki izjemno potuhnjena bolezen, ki lahko dolgo poteka popolnoma brez vsakih znakov in težav. Verjamem, da se dobro počutite – bi se pa bilo pametno prepričati, da ste tudi res zdravi.
Nihče v moji družini nima raka – zakaj bi se torej testiral.	Res je, da lahko v nekaterih družinah obstaja večje tveganje, da sorodniki zbolijo za tem rakom, ampak za to boleznijo lahko zbolijo vsi. Nihče na žalost ni varen, po petdesetem letu pa verjetnost, da gre v debelem črevesu kaj narobe, zelo narašča. Previdnost torej narekuje, da preventivno preverjamo, kako je z zdravjem debelega črevesa.
Nočem se testirati. Raje ne vem, ali sem bolan. Rak tako ali tako pomeni smrt.	Na srečo je medicina zelo napredovala in diagnoza rak še zdaleč ne pomeni smrti – nasprotno, pri zdravljenju raka smo lahko popolnoma uspešni, če ga le odkrijemo dovolj zgodaj. Čim prej – tem bolje.
Preveč me je strah, da bi sodeloval v tem programu.	Strah je čisto človeško čustvo – vse nas je strah, kadar gre za zdravje. Kaj vas pa najbolj skrbi? Glejte, strah je normalno čustvo, ko gre za zdravje. Ampak nespametno bi bilo, da bi zaradi strahu opustili nekaj, kar vam lahko reši življenje.
Ne vem, no ... o teh zadevah je nerodno govoriti ...	Povsem vas razumem, res je mogoče malo hecno govoriti o zadnji plati – ampak to je tudi del našega telesa in del našega zdravniškega poklica je, da skrbimo tudi za zdravje zadnje plati.
Imam znanca, ki je na kolonoskopiji skoraj umrl od bolečin.	Res lahko sem in tja malce zaboli – debelo črevo je kakor cev s precej ostrimi ovinki in ti ovinki lahko povzročijo nekaj težav. Ampak močno se mi zdi, da je vaš znanec malce pretiraval ... Vsekakor bo zdravnik upošteval vaše mnenje, in če res ne bo šlo drugače, prekinil preiskavo. Ampak verjemite, da se to zgodi zaradi bolečin zelo redko. V veliki večini primerov je preiskava sicer malo zoprna, a neboleča.
Slišal sem, da zaradi kolonoskopije lahko umreš. Raje ne bom šel na preiskavo.	Res je, da je kolonoskopija poseg v človekovo telo. Noben tak poseg ni popolnoma brez nevarnosti, da se kaj zaplete. Saj zato sva pa pazljivo pregledala vaše zdravstveno stanje in izpolnila vprašalnik, ki bo zdravniku specialistu pomagal, da bo preiskavo opravil varno. Če se boste dobro pripravili in se natančno držali navodil, je tveganje, da bi se zaradi kolonoskopije kaj zapletlo, zelo majhno. O vsem lahko povprašate tudi zdravnika specialista pred preiskavo, pa vam bo razložil podrobnosti. Prepričan sem, da je veliko večje tveganje za vaše zdravje, če na preiskavo ne bi šli. Ugotovljena je bila kri v blatu – zdaj se je treba res prepričati, zakaj se je znašla tam.

PRIPRAVA NA POGOVOR S PACIENTOM

IME IN PRIIMEK PACIENTA: _____

Poglavitni splošni zaznamki: _____

Uvod v razgovor	Ustvarjanje stika in motivacije			✓
	Identifikacija skupnih ciljev			✓
Pridobivanje dodatnih informacij	Predlog načrta poteka pogovora			✓
	Pregled problematike		Izpolnjevanje obrazca, ki ga pacient prinese s seboj	✓
	Pacientov zorni kot			✓
Partnerstvo in zaupanje	Človeški stik in aktiviranje pacienta			✓
Razlaga in načrtovanje	Ključna dejstva in podatki, ki jih mora pacient izvedeti in razumeti			✓
	Povzetek in preverjanje		<ul style="list-style-type: none"> • Podpis belega recepta • Podpis napotnice za presejalno kolonoskopijo Svit 	✓
	Dodatna razlaga (po potrebi)			✓
	Skupni sklepi		Naročilo na preiskavo prek Klicnega centra Svit	✓
Sklep	Spodbuda, slovo			✓

Da bi zdravnikom v ambulantah olajšali pripravo in izvedbo srečanj s pacienti pred opravljanjem kolonoskopije v Programu Svit, smo pripravili obrazec, ki je lahko opora pri pripravi na razgovor in spremljanju poteka razgovora.

Elektronska različica obrazca je dostopna na spletni strani Programa Svit www.program-svit.si v razdelku Za zdravstvene delavce.

- Silvermann J., Kurtz S., Drapper J.: Skills For Communicating With Patients. Redcliffe PublishingLtd., Oxford in San Francisco, 2005.
- Prebil, A., Mohar, P., Drobne, J.: Komunikacija v zdravstvu. Celjska Mohorjeva družba, Celje, 2005.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper J.: Marrying content and process in clinical method and teaching: enhancingthe Calgary - Cambridge guides. Acad Med. 2003 August; 78 (8): 802–809.
- Dajčman, D.: Vrednotenje tveganja za nastanek zapleta in sprožitev spora v gastrointestinalni endoskopiji. Zdravniški vestnik: glasilo Slovenskega zdravniškega društva, letnik. 74, št. 7/8 (jul.–avg. 2005), str. 449–452.
- Štern, B. et al.: Program Svit – slovenski program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki: priročnik za družinske/osebne zdravnike. Ljubljana: Zdravstveni dom, Enota preventive CINDI, 2008. Spletni dostop: http://www.program-svit.si/wp-content/uploads/2008/07/prirocnik_za_osebne_zdravnike.pdf.



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE RS | ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE | INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA RS



ISBN 978-961-6659-96-3



9 789616 659963



Center Svit • Tehnološki park 24 • p.p. 241, SI – 1001 Ljubljana
telefon 01/62-04-521 • telefaks 01/62-04-529 • info@program-svit.si • www.program-svit.si