

Komunikacja Lekarz-Pacjent w gabinecie lekarza rodzinnego

lek. Aleksandra Radziwiłł

Czy to jest nauka? EBM?

1. International Association for communication in Healthcare
2. Academy of Communication in Healthcare



COVID-19 resources for healthcare communication >

EACH [Home](#) [About EACH](#) [Organisation](#) [Events & Courses](#) [Projects](#) [Members Area](#)

International Association for Communication in Healthcare

A global organisation dedicated to exploring and improving the ways in which healthcare professionals, patients and relatives communicate with one another

[Find out more](#)



ACH Academy of Communication in Healthcare

Better Communication. Better Relationships. Better Care.

[About](#) [DEI Commitment](#) [Resources](#) [Programs](#) [Events](#) [RCC Training](#) [Join ACH](#) [Member Center](#)



A co z Polską?

1. Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej
2. Studium Komunikacji Medycznej WUM

AKTUALNOŚCI O PTKM EDUKACJA WYDARZENIA SRKM PAJĘNCI SYMULOWANI ROZMOWA MIESIĄCA
KONFERENCJE REKOMENDACJE KONKURS SKN MEDIA O NAS KONTAKT



◀ Komunikacja w Opiece Medycznej



Studium Komunikacji
Medycznej Warszawski
Uniwersytet Medyczny

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

UNIVERSITAS MEDICA VARSOVIENSIS
SALUTI PUBLICAE

Strona główna	Aktualności	Dydaktyka	Zespół	Działalność SKM	Galeria	Kontakt	Badania SKM
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------	---------------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------

[Strona główna](#) » [Aktualności](#)

Polecane lektury:



33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować

T. Sobierajski

ISBN: 9788374304375

Nr katalogowy: 90275

Medycyna Praktyczna, Kraków

Format: 168x240, 175 stron,

[przykładowy rozdział >](#)



Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy

M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki

ISBN: 9788374305624

Nr katalogowy: 90615

Medycyna Praktyczna, Kraków 2018

Format: 167x240, 373 stron, oprawa miękka

[przykładowy rozdział >](#)

Do rzeczy!

Kto z Was był kiedyś Pacjentem?



Jak wyglądają gabinety LR w PL?



Czy wygląd i ustawienie sprzętów w gabinecie ma znaczenie dla relacji lekarz-pacjent?



??



Kto wg Was jest najważniejszy w gabinecie i dlaczego?

Modele relacji lekarz - pacjent

1. Podejście skoncentrowane na lekarzu
2. Podejście skoncentrowane na pacjencie

Model skoncentrowany na lekarzu

Co to znaczy w praktyce?

Cechy lekarza w tym modelu

Cechy pacjenta w tym modelu

Korzystny?

Niekorzystny?

Model skoncentrowany na pacjencie

Co to znaczy w praktyce?

Cechy lekarza w tym modelu

Cechy pacjenta w tym modelu

Korzystny?

Niekorzystny?

Rodzaje komunikacji

Rodzaje komunikacji

Werbalna:

Wszystko co wypowiadamy

w kierunku pacjenta, ale także sami do siebie

“O! znowu przyszedł spóźniony”

“No i co jeszcze??”

“Niech wejdzie”

“Położy się”

“Rozbierze się”

Niewerbalna:

???

1. Gabinet ustawiony zgodnie z zasadami
2. Pozycje wobec pacjenta prawidłowa
3. Zaczynamy rozmowę z pacjentem.

Ale jak?

Jak rozpocząć rozmowę z Pacjentem?

Przykłady:

Niech wejdzie

PUKA SIĘ

Proszę usiąść

Następnie:

Co u żony/męża?

Jak tam to ciśnienie?

Cukry dobre?

Jak się udał pobyt w sanatorium?

Ewentualnie cisza połączona z wbitym w pacjenta wzrokiem lekarza

Tymczasem:

Zwroty te sugerują Pacjentowi o czym będzie opowiadał lekarzowi na początku wizyty

“Jak mogę pomóc?”

“Z jakiego powodu dzisiaj się Pan do mnie zgłosił?”

“Proszę mi powiedzieć, co Pana dzisiaj do mnie sprowadza?”

Pytaniem otwartym zachęcamy pacjenta do wyboru kolejności spraw z którymi się zgłosił.

HIDDEN AGENDA: pacjenci w czasie wizyty testują lekarza z którym rozmawiają i gdy nabiorą zaufania, informują o problemach najbardziej wstydlivych/intymnych

Po pierwsze: Nie przerywaj wypowiedzi

Nie przerywaj!

Okazuje się, że lekarz przerywa pacjentowi średnio po 18 sek swobodnej wypowiedzi pacjenta.

Dlaczego tak szybko?

Czemu to służy? Czemu nie służy?

Czym skutkuje?

Nie przerywaj!

Głównie amerykańskie badania obserwacyjne dotyczące procesu zbierania wywiadu medycznego w praktykach lekarzy rodzinnych pokazują, że pozwolenie pacjentowi swobodnie opowiedzieć o swoim problemie bez przerywania wydłużają jego wypowiedź o około minutę, co nie wpływa znacząco na wydłużenie wizyty.

JEDNAK!

Polscy pacjenci wymagają osobnych obserwacji..

Dlaczego?

Przykładowy wywiad w gabinecie lekarza rodzinnego

LR: Dzień dobry! Proszę usiąść, Pan Jan?

PJ: Tak, dzień dobry

LR: Słucham, jak mogę pomóc?

PJ: Wczoraj zostałem wypisany ze szpitala. O, tutaj mam wypis. Potrzebuję zwolnienie na kolejny tydzień, bo się nadal źle czuję. Przedłużenie recept jeszcze, ale tych z karty wypisowej, bo te które miałem do tej pory wypisywane, to mi pozmieniali w szpitalu. Poza tym, skierowanie do dermatologa, bo mi jeden pieprzyk podkrwawia od miesiąca i jakoś strasznie szybko się powiększa, skierowanie do, w sumie nie wiem kogo, bo żona mi mówi, że strasznie chrapię w nocy, a w szpitalu jak byłem, to w ogóle nie spałem. No właśnie pani doktor, coś na spanie, bo ja już od 2 miesięcy nie śpię wcale! Przez ten czas schudłem z 15kg, nie żebym chciał, ale jakoś tak wyszło no i słaby jestem, duszno mi jak się dalej z psem przejdę, wie pani, mam takiego yorka małego. Kochana psinka, dostałem od syna w zeszłym roku. A syn wie pani, chory był i zmarł tydzień temu i nie byłem na pogrzebie, bo przecież w szpitalu leżałem. Ah Pani doktor! prawie zapomniałem: jeszcze skierowanie do sanatorium bym poprosił.

Dlaczego pacjenci tak robią?

Co może zrobić lekarz w takiej sytuacji?

Być asertywny!

Lekarz szanując pacjenta i stawiając jego dobro jako cel nadrzędny, powinien poinformować go, że na jednej wizycie nie jesteśmy w stanie rozwiązać wszystkich problemów, które poruszył pacjent.

LR: Współczuję Panu śmierci syna, bardzo mi przykro.

Widzę, że zgłosił się Pan na wizytę z wieloma problemami, które wymagają omówienia. 15 minut na wizytę nie starczy na omówienie i zajęcie się nimi wszystkimi. Proponuję, żebyśmy umówili się na kolejną za kilka dni, a dzisiaj chciałabym omówić temat spadku masy ciała i tej krwawiącej rany. Co Pan na to?

Co w wypowiedzi lekarza zwraca uwagę?

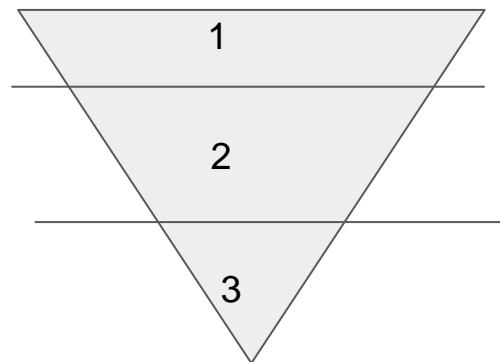
Po drugie: bądź asertywny!

Wracamy do zbierania wywiadu..

Zasady zbierania wywiadu

1. Swobodna wypowiedź pacjenta bez przerywania
2. Doprecyzowanie istotnych faktów z punktu widzenia lekarskiego pytaniami otwartymi
3. Doprecyzowanie wywiadu pytaniami zamkniętymi

Pytania zamknięte? Otwarte?



Zasady zbierania wywiadu

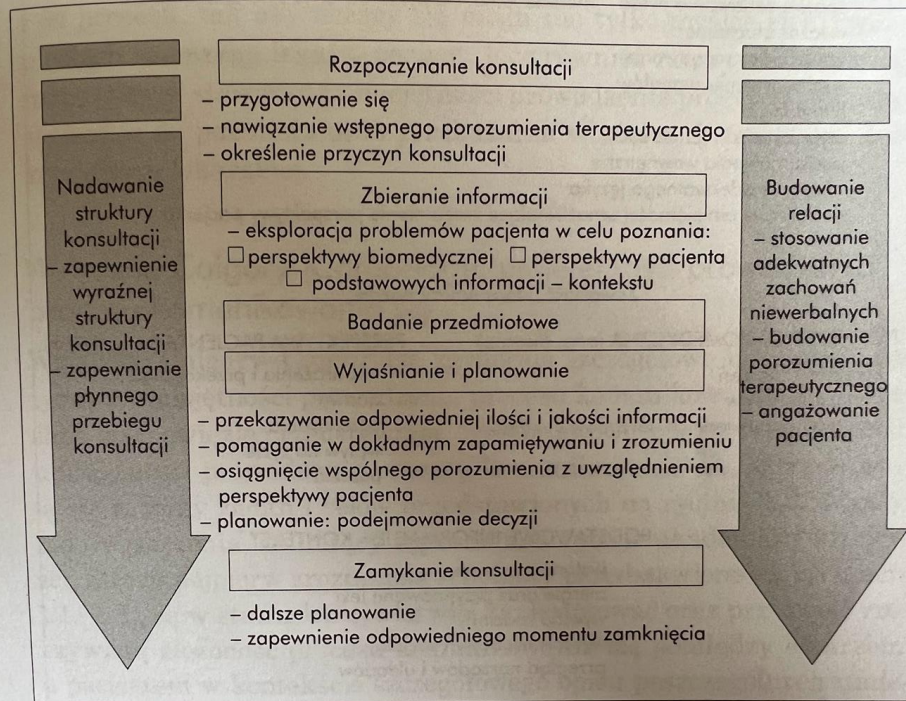
Pytania doprecyzowujące otwarte:

“Proszę mi dokładniej opowiedzieć o tym podkrwawiającym pieprzyku”

“A jak się Pan czuje na tych nowych lekach od cukrzycy?”

“Proszę mi dokładnie opisać ten ból w klatce o którym Pan mówił”

Schemat wizyty lekarskiej wg wytycznych Calgary-Cambridge



Ryc. 1.2. Schemat poszerzony

Przygotowanie do konsultacji

- zakończenie ostatniego zadania
- zadbanie o własne potrzeby i komfort
- skupienie uwagi na bieżącej konsultacji
- zakończenie tych czynności przed przywitaniem pacjenta

Nawiązanie wstępnego porozumienia terapeutycznego

- powitanie pacjenta
- przedstawienie się
- wyjaśnienie swojej roli
- zapytanie o imię i nazwisko pacjenta
- okazanie zainteresowanie oraz szacunku, zadbanie o komfort fizyczny pacjenta

Czy lekarze z którymi się spotkaliście przedstawiają się pacjentom zanim rozpoczną badanie?

Jak powinien czuć się pacjent podczas wizyty
lekarskiej, żeby lekarz osiągnął swój cel -
uzyskał informację medyczną?

W jaki sposób można zapewnić komfort pacjentowi?

- nawiązanie wstępnej relacji: utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem, zaproszenie do gabinetu
- zamknięcie drzwi/zasłonięcie pacjenta podczas badania przedmiotowego
- ?

A co z przekraczaniem granicy osobistej
pacjenta?

Po 3: aktywnie słuchaj!

Aktywnie słuchaj?

- czas oczekiwania
- reakcja facylitująca
- umiejętności niewerbalne
- wychwytywanie sygnałów werbalnych i niewerbalnych

Czas oczekiwania

W wywiadzie lekarskim efektywne wykorzystanie czasu oczekiwania daje pacjentowi czas do namysłu i pozwala aktywniej uczestniczyć w rozmowie bez przerywania, a lekarzowi daje to czas na wysłuchanie, pomyślenie oraz udzielenie odpowiedzi w bardziej elastyczny sposób

Reakcja facylitująca

Przykłady:

“mhm”

“rozumiem”

“aha”

Przykłady reakcji facylitujących w późniejszym etapie zbierania wywiadu:

powtarzanie, parafrazowanie, interpretowanie

Umiejętności niewerbalne

Pozycja ciała

Bliskość

kierunek spojrzenia

tempo mówienia, ton mówienia

wygląd, ekspresja twarzy,

sygnały z otoczenia: ustawienie mebli (!) oświetlenie, ciepło

Najważniejsze: kontakt wzrokowy

Jak pacjent może interpretować postawę
lekarza, który nie utrzymuje kontaktu
wzrokowego?

Odbieranie sygnałów werbalnych i niewerbalnych

Przykłady?

Pacjentka 75-letnia dotychczas przychodziła na wizyty regularnie co 2 miesiące. Podczas wizyty zawsze towarzyszył jej mąż. Pacjentka aktywna fizycznie, w wywiadzie astma oskrzelowa dobrze kontrolowana, wizyty lekarskie ograniczały się w zasadzie do przedłużenia recept na leki.

Po 5 miesiącach od poprzedniej wizyty, do gabinetu pacjentka wchodzi z trudnością, powoli ubrana cała na czarno oraz bez męża.

Przekaz niewerbalny? Pacjentka jest w żałobie, prawdopodobnie z powodu śmierci męża.

Przekaz werbalny? Przepraszam, że tak wolno idę, ale 3 miesiące temu mieliśmy z mężem wypadek samochodowy i mąż zginął a ja ledwo się wygrzebałam.

Zjawisko “prucia sweterka”

Czyli?

Sytuacja w której pacjent opowiada na wizycie o jednej, czasem mało istotnej medycznie, sytuacji, która po pogłębieniu wywiadu okazuje się być dużo bardziej złożona, często podszyta lękiem o własne życie.

Screening

Aktywne sprawdzanie czy pacjent powiedział o wszystkim co było powodem wizyty lekarskiej

Przykład:

LR: Rozumiem, że miewa pan ostatnio bóle głowy. Czy jest coś jeszcze o czym chciałby Pan porozmawiać?

P: Kupiłem sobie ciśnieniomierz i mierzę ciśnienie i jest chyba wysokie: coś koło 160 to górne. Moja mama też miała wysokie ciśnienie, leki brała, a potem jak miała coś koło 70 to miała udar i po roku umarła. Ją też wcześniej bolała głowa.

LR: Czyli jeżeli dobrze rozumiem: miewa pan bóle głowy i wysokie ciśnienie i obawia się Pan, że może mieć pan udar mózgu tak jak pana mama?

Identyfikowanie planu pacjenta:

1. Pytanie otwierające
2. Słuchanie
3. Screening
4. Potwierdzenie

Pomaganie pacjentowi ujawnić wszystkie obawy i tematy z którymi przyszedł do lekarza na początku wizyty, pozwala na uniknięcie ciągłego skupiania się pacjenta na tym kiedy i czy będzie mógł poruszyć pozostałe tematy.

Po czwarte: Nie bagatelizuj, nie ośmieszaj!

Nie bagatelizuj! Nie ośmieszaj!

Pacjent oczekuje od lekarza profesjonalizmu w wykonywaniu swoich obowiązków.

P: Moja Ania już 5 raz choruje w tym roku, ja już nie mam siły. Poszłam z nią do homeopaty i on jej dał krople 3 razy dziennie po 10 kropli i sama nie wiem. Mam jej to dawać?

LR ver 1: Pani jest niemądra? Do homeopaty? Przecież to żaden lekarz tylko jakieś znachorstwo. Zresztą, niech pani sobie robi jak chce. Równie dobrze może pani dać córce śmiej żelki. Tak samo pomogą.

LR: ver 2: Rozumiem, że się pani bardzo martwi o zdrowie córki, a ona często choruje. Homeopatia nie ma udowodnionego działania leczniczego, a ja opieram swoje lekarskie decyzje na medycynie opartej na faktach. Nie zalecę pani stosowania tych kropli, bo wg mnie to nieetyczne, ale może spróbujemy znaleźć jakieś inne rozwiązanie?

Choroba z perspektywy pacjenta

Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych

Pacjent 1:

3x dziennie paracetamol z tramadolem w najwyższej dawce, doraźnie NLPZ

Ból nie do wytrzymania, nie wychodzi z domu

Możliwa reakcja lekarza:

Co pan opowiada? Mam pacjentów co w pana stanie biegają po osiedlu i zbierają grzyby na rowerze! Przesadza pan

Pacjent 2

Doraźnie lek przeciwbólowy dostępny bez recepty

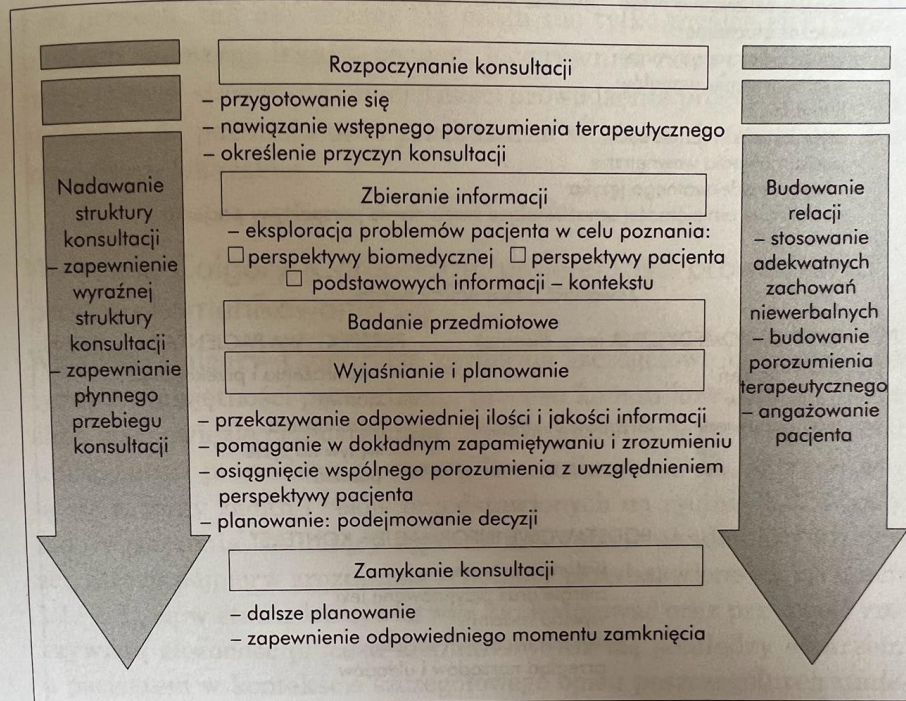
Aktywny fizycznie oraz zawodowo. Ból ocenia na znaczny, ale nie chce nadużywać leków.

Możliwa reakcja lekarza:

W takim stanie swoich stawów to powinien pan iść do ortopedy!

Na pewno nie potrzebuje pan leków przeciwbólowych?

Perspektywa pacjenta // Perspektywa lekarza



Ryc. 1.2. Schemat poszerzony

Po 5: dostosuj swoją wypowiedź do pacjenta

Nie mów zbyt skomplikowanym językiem!

Przykład 1:

Panie Andrzeju, nad polami płucnymi pojedyncze furczenia oraz świsty. Ma pan obturację oskrzeli z towarzyszącym bronchitem.

Przykład 2:

Panie Andrzeju, słychać u pana skurcz drobnych oskrzeli, trochę wydzieliny w drobnych drogach oddechowych. Ma pan zapalenie oskrzeli.

Po 6: w doborze odpowiedniego leczenia
bierz pod uwagę zdanie pacjenta

Dlaczego Pacjent ma decydować o leczeniu?

Dlaczego ważne jest uwzględnienie pacjenta w doborze terapii?

Dlatego, że najważniejsze w skutecznym leczeniu jest compliance czyli przestrzeganie zaleceń lekarskich!

O compliance właśnie toczy się cała walka

Przykład

56-letni kierowca autobusu miejskiego z wywiadem nadciśnienia tętniczego. Przyjmuje sartan w najwyższej dawce, ale nadciśnienie nie jest kontrolowane, należy włączyć lek z innej grupy.

Których leków będziesz unikał i dlaczego?

Przykład c.d.

Przepisanie leków moczopędnych spowoduje, że pacjent będzie częściej oddawał mocz. W przypadku kierowcy autobusu, oddawanie moczu jest zależne od jego pracy. Nie może w dowolnym momencie skorzystać z toalety.

Po kilku dniach przyjmowania leku, odstawi go: nie będzie przestrzegał zaleceń lekarskich, a nasz cel, czyli wyrównanie nadciśnienia tętniczego, nie będzie osiągnięty.

Po siódme: Proponuj!

Proponuj!

Lekarz zgodnie ze swoją wiedzą medyczną ustala wszystkie możliwości terapii i przedstawia je pacjentowi. Należy przedstawić najczęstsze działania niepożądane leków, częstość przyjmowania leków w ciągu dnia itp.

Pacjent opierając się na własnym poczuciu choroby i stylu życia ma prawo do wybrania terapii która wg jego zdania będzie dla niego najlepsza.

Pacjent ma też prawo do odmówienia leczenia.

Po ósme: nie traktuj decyzji terapeutycznych osobiście

Nie traktuj decyzji terapeutycznych pacjenta osobiście

Na wizycie przepisałeś/łaś lek pacjentowi i zaleciłeś/łaś wizytę kontrolną za 2 tyg.

Na wizycie kontrolnej nie widać skuteczności terapii. Pierwsze pytanie: czy brał pan lek tak jak zaleciłem/łam?

Nie.

Reakcja lekarza?

Reakcja lekarza na niestosowanie się do zaleceń:

Lekarz 1:

W takim razie, skoro Pan się nie stosuje do moich zaleceń i wie Pan lepiej niż ja co Pan sobie będzie przyjmował, to niech Pan sobie znajdzie innego lekarza. Do widzenia.

Lekarz 2:

To znaczy, że musimy jeszcze raz przeanalizować temat tej terapii. Proszę mi opowiedzieć o tym dlaczego dokładnie nie przyjmował Pan leku.

Po dziewiąte: Ty kontrolujesz długość wizyty

Zamykanie konsultacji

Przede wszystkim podsumowanie całej wizyty.

Wydanie zaleceń lekarskich.

Wydanie zaleceń w przypadku pojawienia się sytuacji awaryjnych.

Zapewnienie siebie i pacjenta o tym, że wszystko zrozumiał i wie jak ma dalej postępować.



Czy coś jeszcze?

Hidden Agenda - “pytania klamkowe”

Aby zapobiec sytuacji w której pacjent z jakiegoś powodu zwleka z przedstawieniem swojego “prawdziwego problemu” konieczne jest pracowanie nad relacją z pacjentem od samego początku wizyty.

Wtedy pacjent zachęcony komfortem przebiegającej wizyty, ujawni swój problem wcześniej niż w momencie zamykania konsultacji.

“Ach, Panie doktorze, jeszcze jedna sprawa..”

Część praktyczna

Sytuacja nr 1

67-letnia pacjentka zgłasza się do lekarza rodzinnego z powodu swędzącej nadżerkowej wysypki zlokalizowanej na całym ciele, która nie ustępuje po miejscowych steroidach.

W badaniu przedmiotowym uwagę zwraca zażółcenie białkówek oraz niska masa ciała.

O czym myśli lekarz w pierwszej kolejności?

Co zleca?

Co mówi Pacjentce?

Sytuacja nr 2

65-letni mężczyzna po cholecystektomii przed laty, z wywiadem aktywnej choroby nowotworowej jelita grubego, po hemikolektomii lewostronnej, po usunięciu guza przerzutowego z wątroby zgłasza się do lekarza z powodu silnego bólu brzucha zlokalizowanego w nadbrzuszu z towarzyszącą biegunką, wymiotami występujące przed tygodniem. Od tamtej pory biegunka, bóle brzucha ustąpiły, utrzymuje się odbarwiony stolec.

O czym myśli lekarz?

Co zleca?

Co mówi pacjentowi?

Sytuacja nr 3

98-letni pacjent z wywiadem BPH, osteoporozy, nadciśnieniem tętniczym zgłasza się do lekarza rodzinnego z powodu bólu kręgosłupa w odcinku lędźwiowym utrzymującego się od około pół roku, ale ból nasilił się w ostatnich 2 tygodniach. Ból uniemożliwia pacjentowi normalnie funkcjonowanie.

O czym myśli lekarz?

Jakie badania zleca?

Co mówi pacjentowi?

Czego NIE mówi pacjentowi?

Sytuacja nr 4

86-letnia pensjonariuszka ZOL-u po przebytym przed laty udarze niedokrwiennym mózgu, leżąca, w kontakcie słowno logicznym utrudnionym ze względu na afazję. W ostatnim czasie pogorszenie stanu ogólnego: chora przez większość czasu śpi, nie wybudza się na jedzenie. Personel opiekuńczy zgłasza oligurię, niskie ciśnienie tętnicze krwi.

O czym myśli lekarz?

Jakie badania zleca?

Co mówi rodzinie chorej?

Sytuacja nr 5

17-letnia dziewczyna dotychczas nie leczona przewlekle, zgłasza się do lekarza rodzinnego wraz z ojcem w celu przeprowadzenia bilansu zdrowia dziecka.

Co robi lekarz?

Sytuacja nr 6

Do LR zgłasza się matka z 3-miesięcznym dzieckiem na obowiązkowe szczepienie. Matka podczas zbierania wywiadu oczekuje od lekarza dokładnego wyjaśnienia wszystkich możliwych działań niepożądanych szczepienia, dokładnego składu szczepionki. W przypadku braku uzyskania takiej informacji odmawia wykonania szczepienia.

O czym myśli lekarz?

Co robi lekarz?

Co mówi matce?

Ćwiczenia praktyczne

Ćwiczenia praktyczne

1. Utrzymanie kontaktu wzrokowego i aktywnego słuchania
2. Ćwiczenie asertywności
3. Przekazywanie niepomysłnych informacji
4. Rozmowa z rodzicem przeciwnym szczepieniu
5. Rozmowa ze zwolennikiem terapii alternatywnych

Inna przydatna umiejętność: bezwzrokowe pisanie na klawiaturze