
NAČELA DRUŽINSKE MEDICINE

2

- Teoretične osnove družinske medicine
- Odločanje v družinski medicini
- Odprto čakanje in odvrnljivo nevarni potek
- Etični problemi

TEORETIČNE OSNOVE DRUŽINSKE MEDICINE

Božidar Voljč, Igor Švab

***Bogastvo človeka je tudi njegova različnost.
Obravnavati jo je treba v vseh njenih oblikah: kulturni, biološki, filozofski, duhovni.
Zato moramo neprestano opozarjati na strpnost in upoštevanje mnenja drugega
ter odklanjati dokončne resnice.***

(Nobelovi nagrajenci vladam vseh držav, 1988)

Uvod

Medicina je tako kot vsaka druga veja znanosti in tehnologije zasnovana na teoriji. Povsem možno je zdraviti ljudi, ne da bi se zavedali teorije, kaj šele, da bi o teoriji dvomili. Zanimivo je, da je prav malo poučevanja na medicinskih šolah namenjenega učenju o teoretičnih osnovah medicine. Resnici na ljubo velja povedati, da obstajajo dolga obdobja v zgodovini medicine, ko spraševanje o teoretičnih osnovah medicine ni bilo pomembno: zdravniki so lahko uspešno opravljali svoj poklic, ne da bi se spraševali o njih, tudi če je to včasih pomenilo, da so zanikali nekatere probleme, ki niso sodili v njihov miselni koncept.

Občasno pa so se v medicini pojavljala obdobja, ko je bilo treba preverjati lastne osnove. Medicina se je v drugi polovici dvajsetega stoletja znašla v krizi, ki je bila posledica njenega neslutnega tehnološkega napredka. Kljub velikim uspehom v zdravljenju bolezni in velikemu podaljšanju pričakovane življenjske dobe je bilo vse več ljudi z njo nezadovoljnih. V takem obdobju se je ponovno začela uveljavljati družinska medicina. Da bi jo lahko povsem doumeli, je treba razumeti osnove, na katerih je zasnovana. To poglavje je namenjeno osnovni predstavitvi glavnih štirih teorij, na podlagi katerih ukrepamo v moderni medicini.¹

Biomedicinski model

Biomedicinski model je prevladujoči model, s katerim sodobna medicina pojasnjuje bolezni. Pojave poskuša razložiti tako, da postopoma abstrahira nebstveno od bistvenega. Model temelji na prepričanju o človekovem dualizmu med telesom in duševnostjo, na biološkem redukcionizmu in linearni povezanosti med vzrokom in posledico. Predpostavlja, da obstaja biofizikalna razlaga za vsako bolezen, ki jo je možno objektivno opredeliti. Opazovalec pojavov oz. analitik mora biti čim bolj objektivni in ločen od dogajanja, ki ga opazuje. To pomeni, da so predpostavke, na katerih je zasnovan biomedicinski model, naslednje:

- Model je usmerjen v zdravnika, ki je objektivni opazovalec dogajanj v človeku.
- Model je usmerjen v bolezen, ki je primarni predmet opazovanja.
Človek nastopa le kot gostitelj bolezni oz. kot sistem, v katerem se odvija bolezen.
- Bolj ko je opazovalec večč na določenem majhnem področju opazovanja, bolj

¹ Poleg prikazanih modelov se v medicini, zlasti pa v alternativnih metodah zdravljenja, uporablja še cela vrsta drugih modelov in filozofskih konceptov, s pomočjo katerih se poskuša prikazati zdravje in bolezen. Tako imajo svoj poseben pogled na zdravje vse religije ter veliko alternativnih oblik zdravljenja (npr. homeopatija). Njihovo predstavitve smo nameroma izpustili, ker jih uradna medicina še ni sprejela in ker bi njihov prikaz presegal predvideni namen tega poglavja.

temeljiti in neprizadet je lahko. Zaradi tega tak model visoko vrednoti klinično specializirane strokovnjake.

- Tehnologija je zaradi svoje sposobnosti pomoči pri analizi problema bistvenega pomena.
- Model se ukvarja zlasti s posamezno boleznijo, manj pa z interakcijami med pojavi.
- Biološki in fizikalni procesi imajo prednost pred duševnimi.
- Bistvenega pomena je spomin, natančno zapisovanje in analiziranje podatkov.

Zdravnik ugotavlja povezave med simptomi in telesnimi boleznimi na osnovi analize objektivnih podatkov, s katerimi odkriva anatomske ali fiziološke okvare. Zdravljenje je usmerjeno v odpravljanje teh okvar. Po biomedicinskem modelu je zdravje pojmovano kot odsotnost bolezni. Biomedicinsko usmerjeni zdravniki so znanstveniki, tehniki in borci proti boleznim, opremljeni z najsodobnejšo tehnologijo. Bolnikova vloga je praviloma pasivna.

V sistemu izobraževanja se je za prenašanje znanja na začetku najbolj uveljavila frontalna oblika pouka (npr. predavanja), kasneje pa tudi druge: učenje iz literature, pisanje diplomskih nalog in analiziranje podatkov ter sklepanje na njihovi osnovi. Preverjanje znanja praviloma poteka v obliki testov, pogosto pa tudi ustnih izpitov.

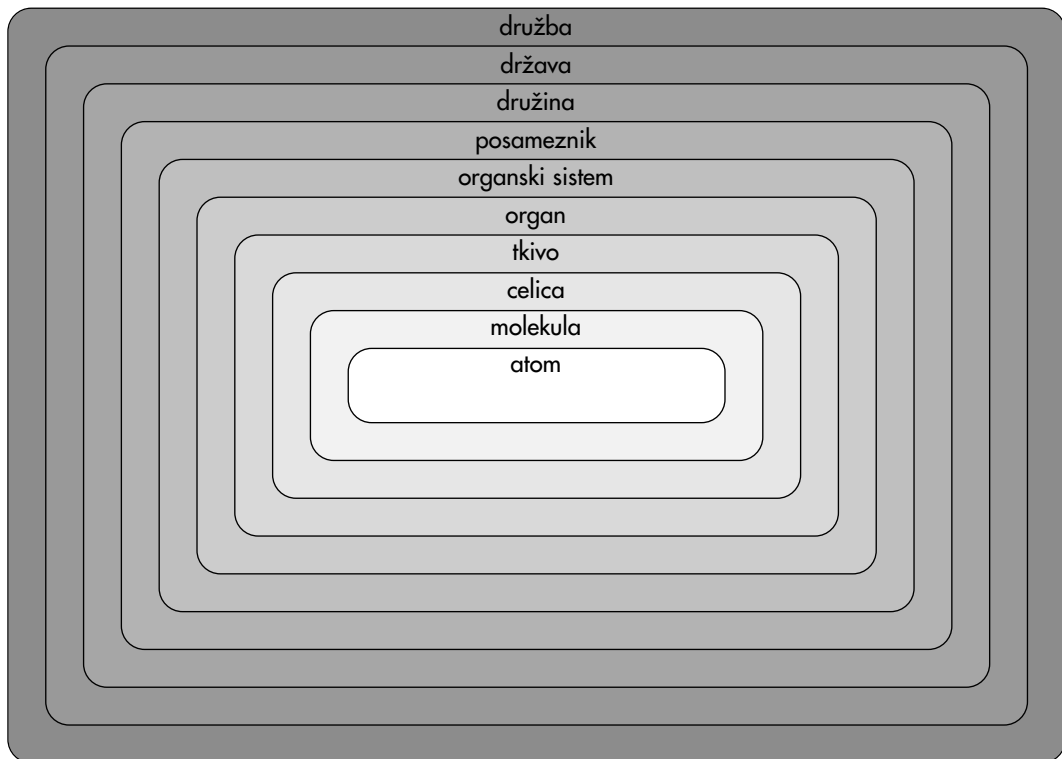
Kljub nedvomnim uspehom, ki jih je imela medicina z uporabo biomedicinskega modela, so njegove napake številne. Posebej pomembne so naslednje:

- psihosocialni vidiki bolezni niso upoštevani,
- nekaterih problemov ne more pojasniti,
- nekatere strategije zdravljenja, ki jih predlaga ta model, so neučinkovite, kar zlasti velja za bolezni življenjskega sloga (npr. debelost, kajenje),
- bolniki so s tako obravnavo pogosto nezadovoljni,
- model ne pojasni nekaterih simbolnih prvin bolezni (npr. povečane delanezmožnosti, ko človeka opredelimo za hipertonika),
- ne pojasni variacij bolezni (npr. zakaj imata dva človeka, oba s pljučnico, ki jo je povzročil isti sev bakterij, povsem različne bolezni).

Zaradi vseh teh pomanjkljivosti je v zadnjih dvajsetih letih prišlo do pojava vsaj treh novih modelov, s katerimi naj bi jih odpravili.

Teorija sistemov

Splošna teorija sistemov je postregla z možnostjo, da bi razvili model, ki bi uspešno razrešil bistvene težave biomedicinskega modela. Teorija je nastala kot odgovor na omejitve znanosti devetnajstega stoletja. Sistemska teorija poskuša prikazati probleme tako, da razkrije vse bistvene odnose. Po teoriji sistemov so vsi pojavi v naravi med seboj soodvisni in neločljivo povezani (1). Posamezne enote se povezujejo in tako pridobijo novo kakovost, ki je posamično niso imele. Teorija sistemov se ukvarja z njihovimi medsebojnimi odnosi. Po teoriji sistemov so vsi pojavi (fizikalni, biološki, duševni, socialni, kulturni itd.) med seboj neločljivo povezani in odvisni drug od drugega. Enote, ki se povezujejo in dopolnjujejo v celote, imenujemo sistemi. Vsak sistem sestavljajo manjše enote ali podsistemi, ki pa so prav tako sestavljeni iz podsistemov in so zato v primerjavi s svojimi podsistemi spet sistemi. Imajo lastnosti, ki jih drugi sistemi nimajo, ni jih mogoče omejiti na lastnosti manjših enot in vključene so v lastnosti višje razvitih sistemov. Četudi v določenem sistemu zelo dobro poznamo njegove posamezne dele, je celota vendarle nekaj drugega kot zgolj vsota njegovih delov. Če sistem razstavimo, porušimo njegove lastnosti. Vsak sistem je celota s sebi lastnimi značilnostmi, hkrati pa del še večje, bolj zapletene celote. Enot ali celot v absolutnem smislu sploh ni.



Sistemi so zaprti ali odprti. Zaprti sistem ne sprejema in ne oddaja snovi, v odprtega pa snov vstopa in izstopa ob sočasni spremembi sestavin. Fizika in fizikalna kemija se skoraj izključno ukvarjata z dogajanjem v zaprtih sistemih, ki vodijo v kemična ravnotežja.

Organizmi so živi sistemi in ne stroji. Bolje jih lahko razumemo kot dinamična dogajanja, ne pa kot zbirko struktur, zaradi česar je sistemska teorija zanje posebej primerna. Čeprav je poznavanje celičnih in molekularnih bioloških struktur še naprej pomembno, nam sistemska biologija pomaga bolje razumeti življenje. Za medicino so zanimivi le odprti oziroma živi sistemi, ki se vzdržujejo v stanju usklajenosti z vnašanjem snovi, bogatih s prosto energijo, in so sposobni zadrževati naraščanje entropije, ki je ni mogoče zadržati v zaprtih sistemih. Živi organizmi so odprti sistemi, ki se vzdržujejo s stalnim izmenjavanjem snovi oziroma energije z okoljem in z nenehno izgradnjo in razgradnjo svojih sestavin. Če sistem kljub pretoku snovi ostaja enak, imenujemo to stanje usklajenost. Le s stalnim dotokom energije lahko vzdržujejo visokomolekularne sestavine, ki so zelo daleč od ravnotežja zaprtih sistemov. Presnova je vzdrževanje stanja usklajenosti, medtem ko so vzdražljivost in avtonomne aktivnosti procesi, ki so nadgradnja stalnega pretoka v sistemu. Vsi odprti sistemi ne glede na začetne pogoje in vrsto poti dosegajo enako končno stanje. To lastnost imenujemo enakokončnost (angl. equifinality) in je vrsta entelehije (po Aristotelu sposobnost razvijati se v skladu s prvotno določenim vzorcem), ki vodi vse procese in jih usmerja h končnemu cilju, ki ga je treba doseči.

Dve nasprotujoči si lastnosti

Vsak sistem je podsistem in celota, individualni in integralni del hkrati. Ima torej dve nasprotujoči si lastnosti: povezujoča teži k celoti, posamična pa k samostojnosti. Obe lastnosti se med seboj dopolnjujeta v dinamični usklajenosti. Le tako se lahko vsak sistem izkazuje in potrjuje, je pripravljen na spremembe, ima trdnost, lastna organizacijska načela in zmožnost samoobnovitve. Prilagajanje spremembam v okolju je pomembna značilnost živih organizmov in socialnih sistemov. Na primer pri ljudeh govorimo o telesni, duševni, družbeni, tehnološki ali ekonomski prilagodljivosti. Izguba prilagodljivosti pomeni izgubo usklajenosti.

Sistemsko razumemo svet v njegovi medsebojni odvisnosti in povezanosti, v kateri vsak del v stalnem dinamičnem dogajanju odraža celoto (2). Nobena lastnost kate-rega koli sistema zato ni osnovna, ampak je določena z lastnostmi vseh drugih sistemov. Noben sistem ni važnejši od drugih, zato tudi ni enot, ki bi bile v razmerju do drugih osnovne. Je le medsebojno usklajena in dinamična odvisnost, dinamični red. Misliti sistemsko pomeni misliti v dogajanjih.

Teorija sistemov in zdravje

Tudi človek je dinamičen sistem med seboj odvisnih duševnih in telesnih struktur, vključen v dopolnjujoče se sisteme duhovnih, socialnih in ekoloških razsežnosti. Tudi on je vpet v usklajenost dveh nasprotujočih si teženj, od katere je odvisno njegovo počutje oz. zdravje. Stalno prilagajanje zahtevam okolja omogoča razvoj posameznika in vrste. Zato nihče ni neodvisen od okolja.

Sistemsko gledamo na zdravje kot na dejavnost v stalnem spreminjanju, kot na ustvarjalni odgovor organizma na zahteve okolja (2). Najmočnejši občutek zdravja nastopi takrat, ko je vse med seboj dobro izravnano in povezano, če smo v telesnem in duševnem sozvočju s svetom okrog nas. Izguba prilagodljivosti pomeni izgubo zdravja. Tega povezujemo z osebnimi, družbenimi in ekološkimi okoliščinami. Kar je nezdravo za posameznika, je nezdravo tudi za družbo in naravo. Velja tudi obratno: ni absolutnega, od okolja neodvisnega zdravja. Prilagajanja vključujejo prehodne faze pomanjkljivega zdravja, zato je nemogoče potegniti jasno ločnico med zdravjem in boleznijo. Zdravje je osebna izkušnja, katere kakovost intuitivno poznamo, ne moremo pa je izčrpno opredeliti, kakor ne moremo opredeliti življenja. Je stanje dobrega počutja, sozvočja, ki nastopi, če organizem deluje na določen način. Ko kdo izpade iz sozvočja, se pojavi bolezen.

Duševnost, razum in inteligenca so nujne posledice sistemskih struktur in se pojavijo, še preden srečamo možgane in višji živčni sistem. Duševnost je bistvena lastnost živih sistemov, tj. tega, čemur rečemo »biti živ«. Duševnost in snov nista ločeni, ampak sodita k istemu dogajanju. Ljudje se spoznavamo kot misleča in doživljajoča bitja. Človeška duševnost je sposobna ustvariti svoj notranji svet, ki je sicer odsev zunanje resničnosti, vendar ima svojo eksistenco in je sposoben posameznika ali družbo pripraviti do tega, da vpliva na zunanjo resničnost, na zunanji svet. V ta notranji svet sodijo na primer samozavest, zavestne izkušnje, oprijemljivo mišljenje, simbolični govor, sanje, umetnost, kulturno ustvarjanje, smisel za vrednote, zanimanje za davno preteklost, zaskrbljenost nad daljnjo prihodnostjo itd. Ljudje smo sposobni ne le učinkovito oblikovati okolje, pač pa tudi simbolično prikazovati zunanji svet, pojmovno misliti ter svoje simbole, pojme in ideje posredovati drugim. To delamo tudi brez besed, z abstraktnimi sporočili, kot so slikarstvo, glasba in druga področja umetnosti. V našem mišljenju imamo poleg sedanosti vselej tudi preteklost in prihodnost, kar nam omogoča avtonomijo, ki daleč prekaša sposobnosti naše vrste.

Za razumevanje človeške narave ne raziskujemo samo telesne in duševne dimenzije, temveč tudi družbene in kulturne pojave. Teorija sistemov pripisuje duševno aktivnost ne le posameznikom, pač pa tudi družbenim in ekološkim sistemom. Duševnost ni povezana le s telesom, ampak je prisotna še v komunikacijah in sporočilih zunaj telesa. Poznamo višje oblike duševnosti, v kateri posamezna pomeni le podsistem. To spoznanje ima globoke posledice na naš odnos do okolja, če duševnost pripisujemo le ljudem, ne pa tudi obsežnim sistemom, v katerih ti pojavi obstajajo npr. v okolju, če se nagibamo k njegovemu izkoriščanju. Naše obnašanje do njega pa bi bilo čisto drugačno, če bi se zavedali tudi duha, ki je v njem.

V slojevitem redu narave so naše posamične duševnosti vključene v obsežnejšo družbeno in ekološko zavest. Skupine ljudi, družbe in kulture posedujejo tudi kolektivni duh, kolektivno zavest in podzavest. Vsaka zavest je vključena v našo pla-

netarno zavest, ki je spet del kozmične zavesti. Bog je duh veselja, simbol njegovega duha. Ni niti moški niti ženska, nima oblike, pač pa pomeni dinamiko samoorganizacije vsega veselja. Teorija sistemov pogojuje tudi svetovni nazor, ki je organski, celosten in ekološki. Pomaga nam celostno razumeti telesne in duševne pojave pri človeku, v zdravju in boleznih. Zato teorija sistemov v medicini pogojuje celostno diagnosticiranje in zdravljenje. Diagnoza je ugotovitev posamičnega dinamičnega stanja bolnika v odnosu do okolja, zdravljenje pa je vzpostavljanje stanja usklajenosti posameznika in družine z družbo in okoljem. Naloga splošne medicine, ki razvija celostno zdravljenje, je poiskati za posameznega bolnika najbolj primerno obliko ukrepanja. V ta prizadevanja zdravnik splošne medicine poleg telesnega vključuje tudi bolnikov čustveni in družinski svet.

Po teoriji sistemov izkazuje vsak posameznik dve nasprotujoči si lastnosti: ohranjanje oziroma poudarjanje samega sebe ter vključevanje v družbo, ki ji pripada. Obe lastnosti se tudi dopolnjujeta. Nihče ne uspe kot posameznik, če ne upošteva zakonitosti okolja, v katerem živi, in vsak je prek različnih vlog vključen v družbeno tkivo, npr. kot pripadnik naroda, zdravnik, vernik, mož, oče itd. S tem izkazuje svojo posamičnost, a hkrati tudi pripadnost različnim družbenim skupnostim. Odnos med »individualnostjo« in »družbenostjo« vselej rojeva napetosti, človek pa se seveda najbolje počuti takrat, kadar sta obe usmeritvi v ravnotežju ali sta usklajeni.

Stanje usklajenosti kot definicija zdravja

Človek ves čas teži k vzdrževanju usklajenosti, ki ni statično, pač pa dinamično. Kljub stalnim prilagajanjem na spremembe ter ves čas prisotnemu pretoku snovi in informacij v obe smeri vzdržuje in ohranja svoje telesne ter duševne značilnosti, socialno vlogo in razvoj. Za obstanek sicer potrebuje zunanjo energijo, medtem ko svojo strukturo vzdržuje in razvija ne oziraje se na vrsto vnesene energije. To se na preprost način kaže v presnovi, na bolj zapleten in teže prepoznaven način pa v vzdrževanju uravnoveženega odnosa s samim seboj in okoljem. Ker prilagajanje ni vselej enako uspešno, praviloma pri vseh ljudeh prihaja do vsaj občasnega porušanja usklajenosti, katere posledica je stres, bodisi telesni, duševni ali socialni. Ta traja toliko časa, dokler se usklajenost spet ne uravna, pa čeprav morda na drugačni ravni kot poprej. Od vrste in jakosti dražljaja (spremembe, obremenitve), ki je načel usklajenost, od trenutnega stanja posameznika in njegovega odgovora na dražljaj je odvisno, ali bo stres koristen (evstres) ali škodljiv (distres). Ista bakterija pri nekom lahko povzroči povečanje odpornosti, pri drugem pa smrtno bolezen. Enake spremembe povzročajo pri različnih ljudeh različne, dobre ali slabe oziroma ustvarjalne ali škodljive odzive.

Usklajenost človeka s samim seboj in okoljem pravzaprav nikoli povsem ne miruje, temveč se vzdržuje prek neprestanih sprememb oziroma nihanj. O zadovoljivi usklajenosti govorimo, kadar njena nihanja posamezniku ne povzročajo težav, ker je njegova prilagodljivost tolikšna, da v igri z okoljem lahko ohranja svojo podobo, ne da bi pri tem sprožal neustvarjalna konfliktna stanja. Takrat na njemu lasten način okolju tudi vrača del prejete energije, s čimer tvorno soustvarja družbeno tkivo. Okolje ga zato priznava, saj od njega ves čas tudi prejema. Vpliv posameznika na družbo ni omejen in zgodovina nas uči, da je lahko tudi izredno močan, tako v dobrem kot v slabem pomenu.

Življenjski vzorci in neponovljivost posameznika

Naključna kombinacija dedne zasnove vsakemu organizmu zagotavlja samo zanj značilne lastnosti. Ocenjujejo, da kromosomi dopuščajo 10^{86} kombinacij, kar pomeni, da razen enojajčnih dvojčkov na svetu ni dveh ljudi z enako dedno zasnovo. Ob tolikšnem bogastvu različic je vsak bolnik neponovljiv in je vse tako individualno, da se lahko čudimo dejstvu, ker boleznih sploh zmoremo zadovoljivo opredeliti in

diagnosticirati. Opisi bolezni so abstrakcije, s katerimi vsak zdravnik pri diagnosticiranju primerja individualno pojavnost bolezni. Schaefer ob tem ironično pripominja, da mednarodna klasifikacija bolezni shaja z nekajmestnim številom. V medicini je poleg biološke značilnosti še posebej pomembna posameznikova osebnost, ki je edinstven, neponovljiv vzorec. Ljudje se razlikujemo in spoznavamo po glasu, kretnjah, gibanju. Manj dinamični ritmi so prstni odtisi, obrazi, postave, rokopisi. Vsi so odsev osnovnega notranjega ritma, ki je določen z gensko kombinacijo. Posamičnost pa se še bolj kaže v dojetanju, razmišljanju, izražanju, čustvovanju oziroma posredovanju občutenega okolici. Svoje ritme ima tudi vsa narava okoli nas. Čeprav ima vsak človek, vsak prstni odtis, vsako drevo, vsaka pokrajina tudi splošne lastnosti katerega koli drugega človeka, prstnega odtisa, drevesa in pokrajine, so v te splošne lastnosti hkrati vključene tudi povsem individualne lastnosti. Prav po njih prepoznamo posamezne osebnosti, prav zaradi njih so neponovljivi in edinstveni. Vse, kar v živem svetu vidimo, so življenjski vzorci, ki so splošni in edinstveno neponovljivi hkrati v vsem, kar so, kakršni so videti in kakor se spreminjajo.

Hkratna splošnost in edinstvenost sta značilni tudi za katero koli bolezen pri katerem koli bitju. Noben bolezenski potek katere koli bolezni ni enak, vsak je neponovljivo individualen. Kljub temu je bolezen mogoče prepoznavati tudi po splošnih lastnostih. Individualne slike zdravstvenih problemov so paralelogrami v grafičnem modelu SWEN za celostno obravnavo zdravstvenega problema. Podobna težava (ali enaka diagnoza) pri različnih bolnikih povzroča sicer podobne, vendar individualne zdravnikove ocene oziroma diagnoze. Noben pogovor med dvema človekoma ne poteka na enak način kot med drugima dvema, četudi se pogovarjata o isti zadevi. Vsak bolnik se bo z različnimi zdravniki drugače pogovarjal o svojih težavah. Vsak zdravnik pa bo iste bolnikove težave presojal sicer podobno, vendar ne povsem enako kot kateri koli drug zdravnik, ne da bi pri tem nujno morali govoriti o boljšem ali slabšem presojanju. Prav zaradi te individualnosti doživljanja in presojanja ni dogodka, ki bi ga lahko različni ljudje povsem enako opisali. Vsaka ocena in presoja je vsaj nekoliko različna in meji na napako, vsaka odločitev pa vsebuje kanček negotovosti. Zato so tudi življenjski problemi za nas nerešljivi, če bi jih skušali reševati na način, ki bi bil za vse enak. Na splošno zmoremo ugotavljati le načela, s katerimi oblikujemo naše splošno obnašanje, ki pa ga je treba nenehno prilagajati trenutni, edinstveni situaciji. Ljudje razmišljamo na različne načine in vsako mišljenje pomeni tudi drugačen pogled na naravo stvari ali problema. Miselni vzorci pogojujejo način obnašanja, njihova sprememba pa pomeni tudi spremembo obnašanja. Resnična vsebina bioloških in kulturnih sprememb je zato sprememba mišljenja, posledica tega pa je spremenjeno obnašanje. Neponovljiva individualnost vsakega bolezenskega poteka je zato tudi odsev individualnega bolnikovega miselnega vzorca. Če zna zdravnik nanj vplivati tako, da bolnik drugače sprejema svoje stanje, lahko s tem močno zmanjša resnost zdravstvenega problema. Osebnostna struktura vsakemu človeku določa način njegovega zbolevanja.

Sozvočje ritmov

Če se duhovni ritmi dveh oseb ujemajo, je njun odnos uspešen in prijeten, kar lahko opazimo v odnosu med materjo in otrokom ali dvema zaljubljenecema. Ujemanje ali neujemanje ritmov je pomembno tudi v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Svoj ritem lahko uskladimo tudi z ritmi narave okrog nas, kar je najboljši pogoj za sozvočje z njo oziroma za najvišje duhovne in telesne dosežke. Enid Balint poroča o t. i. »preblisku« – trenutku zelo intenzivnega in tesnega stika med zdravnikom in bolnikom, ki vpliva na vse poznejše dogajanje med njima. Zdravnik naj bi se trudil, da bi ga doživel s čim več bolniki. Da bi to dosegel, bi se moral znali vživeti v »bolnikovo valovno dolžino«. Preblisk oziroma tehnika prebliska omogoča ves čas nekakšno medsebojno naravnost bolnika in zdravnika, ki močno vpliva na način, kako bolnik zdravniku predstavi svoje težave, in na njegovo zaupljivost.

Potrebe po veččinah in znanju se pri zdravniku, ki naj bi pri svojem delu uporabljal teorijo sistemov, v določeni meri razlikujejo od zahtev zdravnika, ki uporablja izključno biomedicinski model. Zdravniki naj bi bili sposobni živeti se v bolnika, ga razumeti in spoštovati. Zaradi tega so tudi strategije, s katerimi naj bi dosegli te cilje, drugačne: vajeništvo, delo v ambulanti ob zdravniku, učenje sporazumevanja. Preverjanje znanja poteka praviloma tako, da mentor pove mnenje o učencu, ali je ta kot oseba sprejel določena znanja, spretnosti in stališča.

Modeli, nastali na osnovi teorije sistemov

Celostni (holistični) model

Celostni model se je pojavil najprej kot odgovor na težave biomedicinskega modela. Temelji na dejstvu, da je biomedicinski model preveč odtujil posameznika, zaradi česar je bil bolnik preveč zapostavljen, pa tudi neodgovoren za svoje zdravje. Celostni model govori o tem, da je bolnik/pacient (pogosteje ga imenujejo »klient« ali »partner«) sam odgovoren za svoje zdravje, in da je zdravljenje zasnovano na odnosu med zdravstveno skupino in klientom. Končni cilj zdravljenja po tem modelu je čim višja raven dobrobiti, kar pomeni dinamično ravnovesje, v katerem so telo, duša in um v ravnovesju. Holistični model (ali tudi integralna medicina) je zasnovan na naslednjih štirih predpostavkah:

- vsa stanja so v osnovi psihosomatična,
- vsaka oseba je interakcija telesa, duha in uma,
- bolezen nastane zaradi slabe prilagoditve na okolico, kar poruši ravnovesje,
- bolezen je kreativna možnost.

Stres je po celostnem modelu pomemben vidik življenja in ni samo negativna izkušnja. Lahko je prehodni stres, to je nenehno prilagajanje, s kakršnim zdravi organizmi shajajo z okoljem, ali kronični stres. Slednji je škodljiv in pomemben pri nastanku bolezni. Bolezen je lahko tudi izhod iz stiske, reakcija na stres, sporočilo. Vsi stresa ne znamo obvladovati na zdrav način. Sledi bolezen, telesna ali duševna, deviantno obnašanje, delinkvenca, zloraba drog, nesreče, samomori – skratka vse, kar imenujemo »socialna bolezen«. Ozdravitev bolezni ne pomeni vselej tudi povratka zdravja.

Zato celostni model posebej poudarja promocijo zdravja in skrb za lastno zdravje.

Celostni model se je na teoretični ravni uspešno soočil z marsikatero napako biomedicinskega modela. Na žalost pa je terapevtska uporaba tega modela pogosto z vseh vetrov znešena kombinacija alternativnih terapij, ki zajema kiropraktiko, homeopatijo, akupresuro, jogo, ter psihičnega zdravljenja in naravne prehrane. Teorija nima jasne strategije ocenjevanja učinkov, zaradi česar občasno zaide v mazaštvo. Celostni model v svojih doktrinarnih izhodiščih razglašajo skoraj vse oblike alternativnega zdravljenja, ki pogosto celostno obravnavo zamenjujejo za neznans-tvenost v svojih načinih zdravljenja bolezni.

Etnomedicinski model

Etnomedicinski model posveča posebno pozornost razlikam med boleznijo ter zdravjem in posebej natančno poudarja bolnikovo doživljanje bolezni. Vprašanje, kako postati in ostati zdrav, je kulturno pogojeno (3). Kultura je sistem vrednot in verovanj, ki opredeljujejo obnašanje. Etnomedicinsko ozaveščeni zdravniki so posebej pozorni na bolnikova prepričanja, predvidevanja in pričakovanja o lastnem telesu. Uporaba etnomedicinskega modela je posebej pomembna za obravnavanje zdravstvenih težav, kjer imajo pomembno vlogo bolnikova prepričanja, miti in tradicije. Prehrana, stres, družina, pomoč okolice in način iskanja pomoči so zelo pomembni dejavniki. Zdravnik naj bi zato imel sposobnost, da v odnosu z bolnikom upošteva bolnikovo kulturo. Potrebuje nekakšno kulturno prožnost, ki pa ni samo predmet vzgoje oziroma zdravnikovega značaja, marveč tudi vsebina pravilne intu-

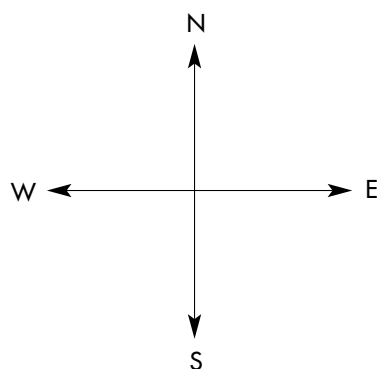
icije in izkušnje. Če zdravnik bolniku vsiljuje svojo kulturo, ne more pričakovati, da se mu bo ta zaupljivo odprl. Spoštovanje bolnikove kulture zajema seveda tudi spoštovanje bolnikovega načina življenja, če s tem načinom ne povzroča škode svojemu zdravju. Zavest o življenjskih vzorcih zdravniku pomaga, da vsakovrstne stiske svojih bolnikov razume kot del stvarstva, ki ga obdaja, povečuje njegovo strpnost do njih ter pogloblja njegov razumevajoči in spoštljivi odnos do vsakega posameznika.

V vsakdanji praksi pa etnomedicinske obravnave žal ne moremo vedno uporabljati, saj bi potrebovali preveč časa, če bi se pri vsakem bolnikovem problemu poskušali soočiti z vsemi globokimi razlogi za bolnikovo obnašanje in njegovo gledanje na bolezen. Ker pa poudarja pomen pogajanja, je svojo uporabo našla predvsem v odnosu med bolnikom in zdravnikom.

Biopsihosocialni model

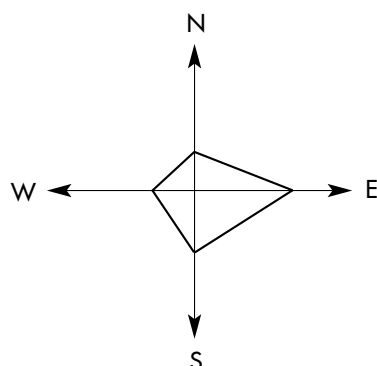
Biopsihosocialni model je še najbolj razvil potenciale, ki jih je ponudila teorija sistemov. Čeprav gradi na teoriji sistemov, mu je uspelo v dobri meri vključiti tudi prednosti biomedicinskega modela. Po tej teoriji je človeško zdravje definirano na različnih oseh, od katerih je biomedicinska samo ena. Bolnika in njegovo bolezen poskuša upoštevati v kontekstu z okoljem, v katerem živi, bolezen pa obravnava v kontekstu posameznika, družine in okolja (4).

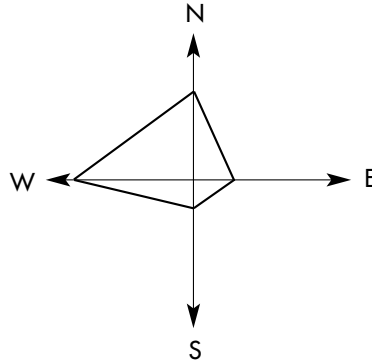
Na osnovi biopsihosocialnega gledanja na zdravje in bolezen se je razvilo nekaj tudi praktično uporabnih modelov, s katerim lahko vrednotimo posameznikovo zdravje. Eden takih je grafični model SWEN (5):



Model pojasnjuje posameznikovo zdravje s štirimi bistvenimi elementi: somatskim (S), emocionalnim (E), delovno sposobnostjo (W) in prizadetostjo najbližjih (N). Vsaka od problemskih dimenzij ima pet stopenj, od 1. (problem ni zaznaven) do 5. (problema ni mogoče obvladati). Velikost polja, ki nastane na takšen način, in njegova oblika opredeljujeta tako resnost problema kot tudi bistvena področja, na katerih se je treba posebej potruditi.

Primer 1. **Zlom radiusa na tipičnem mestu pri zdravem 20-letniku**



Primer 2. **Panični napad****Sklep**

Zdravnik je osebnost, ki se pri svojem delu angažira tudi osebno. Njegova osebnost vpliva na način, kako zdravi. Vsakemu je torej prepuščeno, katera vloga zdravnika mu najbolj ustreza. Teorija sistemov je kot nova paradigma v medicini pojasnila in na novo postavila nekatere značilnosti, ki jih mora imeti dober zdravnik. Če je bilo za zdravnika, ki se kot znanstvenik ukvarja z analiziranjem biokemičnih in biomehanskih dogajanj v človeku, dovolj, da je dober znanstvenik, pa z uporabo na novo odkritih modelov pojasnimo, zakaj so za dobrega zdravnika potrebne tudi čisto osebne lastnosti: spoštovanje, razumevanje in strpnost. Zlasti pomembne so za tiste zdravnike, ki se odločijo delati v osnovni zdravstveni dejavnosti, saj brez njih tega dela ne morejo uspešno opravljati.

Literatura:

1. Bertalanffy L von. The theory of open systems in physics and biology. *Science* 1950; 111: 23–9.
2. Schaefer H. Die Individualitaet der Krankheit. *Allg Med Int*, 1983; 12: 12–9.
3. Stern PN. Cultural factors influencing compliance: Toward transcultural family practice. V: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. *Family medicine*. New York: Mc Graw-Hill, 1987: 430–7.
4. Shapiro J. Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. *Soc Sci Med* 1983; 17: 913–31.
5. Voljč B. Model celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu v splošni medicini. Dizertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1989.

ODLOČANJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Janko Kersnik

Uvod

Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki vse ponujajo približno enake izide. Odločanje (sprejemanje odločitev) je izbiranje med več možnimi rešitvami zaznanega vprašanja, je proces, v katerem oseba z razmišljanjem prihaja v stanje, ko bi rada nekaj naredila (1). Poteka lahko intuitivno, analitično (izkustvo) ali rutinsko (veščine in pravila). Odločanje v družinski medicini je procesno in povezano z velikim številom informacij in sodelavcev (2, 3), biti mora pravočasno (tj. praviloma hitro), strokovno in etično neoporečno. Pravočasnost odločanja je v medicini izjemno pomembna zaradi možnega neugodnega poteka bolezni, če ne bi ukrepali. **Strokovno** odločanje temelji na znanju medicine in številnih drugih strokovnih področjih, ki ga posameznik pridobi v več kot sedemnajstih letih dodiplomskega izobraževanja, in ga stalno izpopolnjuje z izkustvenim učenjem (4). Pri **etičnem** odločanju je treba upoštevati vrednote in cilje vseh udeležencev v zdravstveni oskrbi, zato je zdravnik družinske medicine soočen s številnimi etičnimi dilemami. Ko uresničuje bolnikove interese, mora upoštevati interese družbe. Poleg znanja, izkustva in osebne zavzetosti je za odločanje potreben tudi čas. Zdravnik družinske medicine ima z bolniki številne, vendar kratkotrajne stike. Problem, ki ga mora reševati, spozna neposredno ob bolniku, odločitev pa mora sprejeti še v njegovi navzočnosti. Navadno nima niti časa niti možnosti za posvet z drugimi strokovnjaki ali za uporabo drugih pomagal pri odločanju (npr. internet). Namen poglavja je osvetliti posebnosti odločanja v družinski medicini, način postavljanja diagnoze in njegove najpogostejše načine.

Posebnosti odločanja v družinski medicini

Delovne posebnosti v družinski medicini so predstavljene v drugih poglavjih učbenika, pod tem naslovom pa naštevamo vzroke za težave pri odločanju. Kljub obsežnemu znanju, ki jim ga daje študij medicine, študentom pri delu v družinski medicini povzročajo težave naslednji vzroki (5):

- Zdravnik družinske medicine obravnava zdravstvene težave, pri katerih so znaki in občutja pogosto na **začetni stopnji** poteka bolezni in **slabše izraženi**. Študent npr. ne more takoj sprevideti srčnega popuščanja; najprej vidi le bolnika, ki se slabo počuti, pri katerem po skrbnem pogovoru in pregledu vendarle odkrije nekaj nakazanih znakov te bolezni. Na podlagi razpoložljivih podatkov se mora odločiti o diagnozi, drugih možnih diagnozah in še marsičem.
- Zdravstvene težave bolnikov v družinski medicini **izhajajo iz številnih organskih sistemov** in **se prepletajo** z duševnimi in socialnimi motnjami. Če je na kardiološkem oddelku npr. bolečina v prsih po pričakovanju posledica bolezni srca, tega v družinski medicini ne moremo trditi z enako gotovostjo, ker bolniki niso selekcionirani. Tesnoba kot najpogostejši vzrok za različna občutenja v prsnem košu je občutje, na katerega drugi specialisti naletijo le poredko.
- Bolniki razmišljajo drugače kot študenti in od posveta pogosto pričakujejo predvsem **zagotovilo**, da z njimi ni nič resnega. Zadovolji jih že večja ali manjša verjetnost pravega vzroka težav. Bolnika z bolečinami v trebuhu zanima npr. predvsem to, da nima vnetja slepiča. Druge možnosti so zanj manj pomembne, ker je voljan (vsaj nekaj časa) prenašati bolečine brez ugotavljanja porekla bolezni.
- **Pogostost** in **verjetnost** pojavljanja zdravstvenih težav v družinski medicini se

- močno razlikuje od onih v specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti. Mnogo pogostnih zdravstvenih težav obravnava skoraj izključno zdravnik družinske medicine (udarci, rane na koži, okužbe zgornjih dihal, vnetja sečil ipd.).
- Znanje in izkušnje študentov so sicer obsežne, vendar pogosto spravljene v predalčke medicinskih strok ali organskih sistemov, ki za diagnosticiranje zahtevajo obilo medicinske tehnologije (npr. uporabo ultrazvoka za izključitev resne bolezni v trebuhu).
 - Za celotno in zlasti za družinsko medicino je značilno **sočasno pojavljanje** duševnih motenj v povezavi s telesnimi znaki in občutji (glavobol, vrtoglavica, omotica, pomanjkanje zraka, mravljinčenje, tiščanje ali zbadanje v prsih, bolečine v trebuhu, odpovedovanje rok in nog, nemoč, hitra utrudljivost, razbijanje srca, potenje, drgetanje ipd.), ki jim študent zmotno poskuša poiskati telesni vzrok, namesto da bi duševno motnjo umestil med najverjetnejše vzroke bolnikovih težav.
 - Študent se **pod vtisom predstavljenih znakov, občutij in lastnih izkušenj** pogosto prehitro oprime ene izmed možnih ocen – diagnoz in jo poskuša na vsak način potrditi. Ob tem spregleda druge možnosti. Bolečina v prsih je npr. tako alarmantno občutje, da bo po vsej sili poskušal potrditi diagnozo infarkta srčne mišice, hkrati pa zanemaril podatke, ki bi utegnili kazati na skeletno-mišično ali duševno povzročeno bolečino.
 - Ko se mu med posvetom posveti možna diagnoza, študent **prehitro prekine** bolnikovo izpoved in mu tako prepreči opis preostalih občutij in znakov. Zlasti za duševne motnje je značilno, da jih bolnik predstavi pozneje, med posvetom, ali pa sploh ne, če mu preprečimo prosto pripovedovanje s prehitrim prehodom na vprašanja da-ne in z neupoštevanjem iztočnic ter neprimernim vedenjem med posvetom.
 - Za študente je značilno tudi zatekanje k malo verjetnim, izjemnim in modnim diagnozam (npr. slabo počutje bo poskušal najprej razložiti z diagnozo borelioze).

Posebno se je treba zavedati, da moramo svoje ugotovitve posredovati bolniku, ko se dokopljemo do odločitve. Z njim potem pretresemo verjetnost in pomen diagnoze ter se skupaj odločimo za nadaljnje ukrepe (4). Brez bolnikovega sodelovanja pri diagnostičnih postopkih in zdravljenju se učinkovitost naših ukrepov močno zmanjša in tudi uspeh je zelo vprašljiv. Več o vključevanju bolnikov lahko najdete v ustreznem poglavju učbenika. Tukaj ga posebej ne navajamo, čeprav prepleta celoten proces odločanja.

Diagnoza

Ker se v medicini celotno odločanje praviloma vrti okoli diagnoze, si moramo izpolniti znanje o njej. Vedeti moramo, kako v družinski medicini pridemo do nje, odgovoriti na vprašanja, kaj sploh je, kakšne poznamo, kako pridemo do nje in zakaj sploh potrebujemo diagnozo.

Diagnoza pomeni skupek občutij in znakov, ki dogovorno opredeljujejo določeno bolezen. Npr. vročina, bolečine v žrelu, bolečina pri požiranju, povečana in obložena mandeljna, pordelo žrelo, levkocitoza in pozitiven streptokokni test so znaki in občutja, ki jim lahko pripišemo diagnozo angina lacunaris (po domače ji rečemo samo angina). Lahko bi rekli, da ime bolezni, diagnozo ali skupek znakov in občutij lahko enakovredno uporabljamo in medsebojno zamenjujemo. Bolezen angina pomeni diagnozo angina lacunaris. In obratno: pod diagnozo angina lacunaris razumemo skupek tipičnih znakov in občutij. Vendar obstaja med temi pojmi razlika: **občutja in znaki** so popis stanja, ki ga dobimo iz anamneze in pregleda; na podlagi zdravniške presoje jih zajamemo v skupke (sindrome), ki ustrezajo kliničnim entitam (bolezni) in jim pripišemo diagnozo. V problemsko vodeni medicinski doku-

mentaciji ustreza anamneza osebnim (subjektivnim) bolnikovim podatkom, pregled in poizvedovanje objektivnim podatkom o bolniku, diagnoza pa oceni stanja. **Diagnoza** je torej zdravnikova ocena, katero bolezen najverjetneje ima posamezni bolnik v določenih okoliščinah, z določenimi znaki in občutji. Posebnosti vsakega bolnika in bolezenskih okoliščin bi lahko vodile v neskončno število ocen – diagnoz. Da bi se temu izognili, pri vsakdanjem delu uporabljamo dogovorjene diagnoze bolezni, za katere pri bolniku najdemo dovolj skupin podatkov, da je njihova verjetnost ustrezno velika. To hkrati pojasnjuje, zakaj diagnoza ne more zamenjati opisa znakov in občutij. Diagnoza je zaradi poenostavitve medsebojnega sporazumevanja namreč kompromis med težnjo po čim manjšem številu diagnoz in osebno obarvanostjo bolnikove zdravstvene težave.

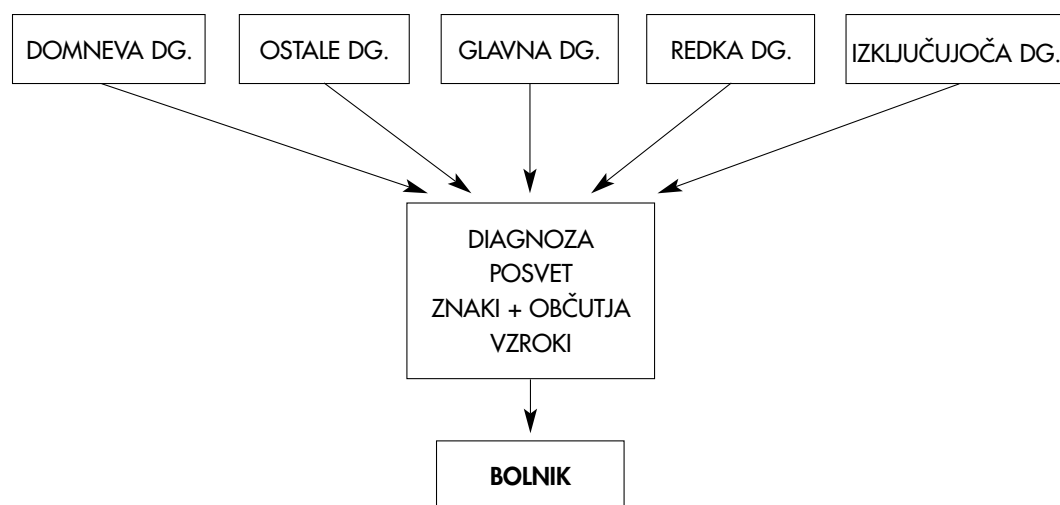
Bolnikovo subjektivno poročilo in objektivne najdbe (vključno z usmerjeno poizvedbo) pomenijo zdravniku osnovo za tehtanje in oceno stanja z oblikovanjem diagnoze. Slednja je torej nekakšno avtorsko delo, ki sloni na predstavljenem bolnikovem gradivu, zato bo več zdravnikov ob enakih podatkih lahko prišlo do različnih diagnoz. Dogovor o sistematizaciji skupkov znakov in občutij in enotna medicinska šola prispevata k poenotenju in omejenemu številu diagnoz.

Oblike diagnoz

Najvišji cilj vsakega diagnostika je priti do etiološke diagnoze (slika 1). To bi pomenilo temeljito poznati bolezen, vzroke zanjo, njeno klinično sliko, naravni potek, zaplete in posledice. Žal se do etiološke diagnoze dokopljemo le redko. V času njenega iskanja se pojavljajo številne druge oblike diagnoz, ki zadovoljujejo naslednji cilj – pravočasnost. Diagnoza na obdukcijskem zapisniku bo prispevala k razpoznavanju bolezni pri prihodnjih bolnikih, medtem ko je za umrlega, žal, prepozna.

Slika 1.

Številne oblike diagnoz lahko bolnika močno begajo.



Diagnozo opišemo z naslednjimi pridevniki:

- etiološka,
- po preblisku (intuitivna),
- delovna,
- verjetna,
- izključitvena (ni možna),
- opisna,
- diferencialna,
- napotna,

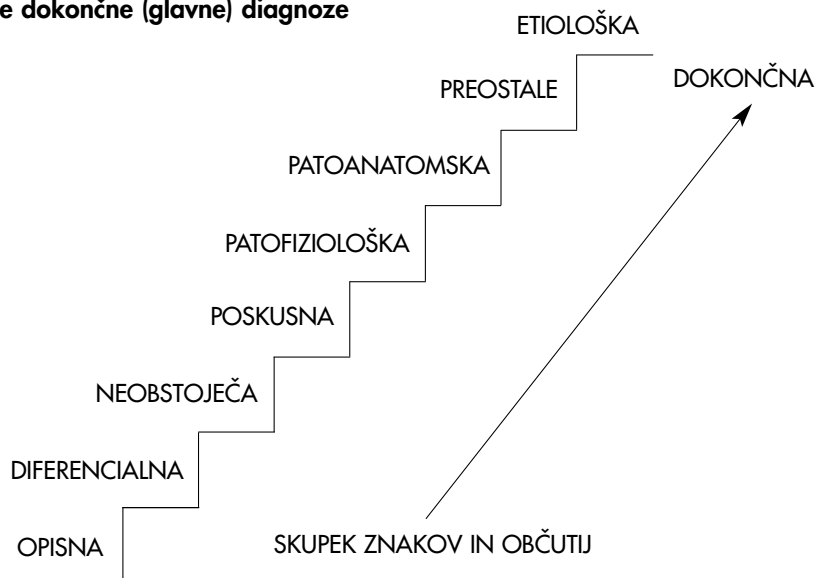
- sprejemna,
- odpustna,
- neobstoječa (negativna),
- domnevna,
- končna,
- preostala (per exclusionem),
- na osnovi uspeha zdravljenja (ex juvantibus),
- na osnovi neuspeha zdravljenja (ex nocentibus).

Cilj posveta in oblikovanja diagnoze je postaviti glavno (dokončno) diagnozo (npr. trebušne kolike), na kateri bodo temeljili nadaljnji diagnostični in terapevtični postopki. Pri tem nastajajo še preostale diagnoze (npr. hernia ventralis postoperativa), oblikujejo se verjetne oziroma domnevne diagnoze (npr. holecistolitiza). Nas in bolnika predvsem zanima izključitev nevarne diagnoze (npr. akutnega vnetja slepiča) in odvrnitev nevarnega poteka (npr. raka na rektumu).

Čeprav bi načelno lahko shajali tudi brez diagnoze, le-ta ostaja osrednji del vsakega posveta. Anamneza, pregled, preiskave, napotitve, poskus zdravljenja (npr. methoinski test) naj bi nas pripeljali k diagnozi, ki naj bi bila čim bližje dejanskemu stanju. Prek nje se namreč odvijajo zdravljenje, zdravstvena vzgoja, napoved bolezni in spremljanje bolnika. V tej izjemni želji se moramo pogosto zadovoljiti z bolj ali manj popolno diagnozo (slika 2).

Slika 2.

Nastajanje dokončne (glavne) diagnoze



Ob vsaki postavitvi moramo pretehtati, kaj govori za določeno diagnozo in kaj proti njej, ter kako pojasniti znake in občutja, ki jih ni zajela. To velja za vsak posvet. Tudi pri vodenju kronične bolezni ali stanja mora biti zdravnik stalno na preži zaradi možne predstavitve novih znakov in občutij ali novih vidikov že znanih zdravstvenih težav, ki lahko pojasnjujejo napredovanje že ugotovljenega stanja, razvoj zapletov ali pojav nove bolezni.

Postavljanje diagnoz v družinski medicini ima tudi nevšečno stran. Predpisi v zvezi z zdravstveno statistiko, ki so se jim v zadnjem času pridružili predpisi zdravstvenega zavarovanja, namreč zahtevajo diagnozo ob vsakem evidentiranem posvetu, kar pri 2000 bolnikih letno nanese 8000 stikov (diagnoz). Povprečno štirim obiskom letno ni težko poiskati vedno nove diagnoze iz obsežnega seznam klasifikacije bolezni MKB 10. Kar pogosto se dogaja, da oseba nima »diagnoze«, ker je zdrava (npr. ženska potrebuje napotnico zaradi preventivnega pregleda pri ginekologu, želi tri-

mesečno količino kontracepcijskih tablet, izmeriti krvni tlak ipd.). Katero diagnozo zapisati pri bolniku, ki ima zvišan krvni tlak, sladkorno bolezen, je predebel, ima povečano vrednost sečne kisline, obrabo kolkov, kronične bolečine v križu, povečano prostato, tvegano pije alkohol, je brezposeln in ločen, med posvetom pa načne vse naštete težave?

Kako se izogniti poplavi diagnoz, ki jih moramo zapisovati, ostaja odprto vprašanje stroke in predvsem zdravstvene politike. Večji del zahodnega sveta za klasifikacijo ne uporablja MKB 10, temveč šifre, prilagojene za potrebe osnovnega zdravstva. Zdravnik šifrira vzrok za posvet, ne pa končne diagnoze, ki jo je v družinski medicini v povprečno sedmih minutah pogosto nemogoče postaviti.

Izoblikovanje diagnoze

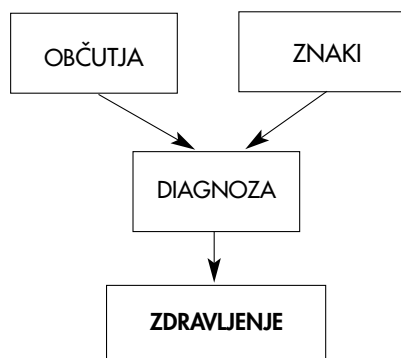
Diagnosticiranje je nekaj tako razširjenega, da se nam zdi, da je to medicincu praktično vrojena avtomatična danost. Diagnoze so postavljali že vrachi, ljudski ranocelniki, tradicionalni, pa tudi novodobni zdravilci. Pomenijo tisti magični izrek, ki bolniku in okolici sporoča, da je detektivsko razvozlan vzrok težave, čemur bodo sledili ustrezni ukrepi. Iz pripovedovanj vsi poznamo diagnoze na preblisk. Pripovedi ne upoštevajo poprejšnjega spoznavnega postopka in inkubacije, ki pripeljeta do bleščeče diagnoze. Z razvojem medicine in obilico podatkov je postal postopek oblikovanja diagnoze le še zahtevnejši in bolj strukturiran (6).

Pot do diagnoze je povezana z naravo dela ter bolnikovim in zdravnikovim pričakovanjem o posvetu. Ljudje si sami postavljajo diagnoze, pri čemer jim s poimenovanjem njihovih zdravstvenih težav pomagajo tudi znanci.

Različni zdravilci prav tako ne varčujejo z dodeljevanjem obilice diagnoz. Naši bolniki so z njihovo ravniyo povsem zadovoljni in jih sprejemajo kot dokončne. Seveda gre praviloma za opisne diagnoze, npr. glavobol, težave s slinavko, bolna ščitnica ipd. Za bolnika je diagnoza samo smerokaz za odpravo njegovih težav (slika 3), globlji vidiki diagnostike in diagnoze pa mu niso pomembni. Važen je končni izid. Ko stopijo iz zdravilčevih prostorov, pozabijo na bistvo alternativne medicine in želijo svojo diagnozo boleznii preveriti po klasični poti. Želijo si preslikati vse meridiane svojega telesa in določiti vse določljive parametre v svoji krvi. V naglici pozabijo na alternativno obravnavo, uporabo alternativnih diagnostičnih pomagala in občudovanje intuitivnih diagnoz. Diagnoza, ki nastane kot odmev spekulacije, lahko pošteno preplaši bolnike. In ko jim gre za kožo, hočejo le najboljše.

Slika 3.

Bolnik pričakuje, da bo na podlagi svojih občutij in znakov deležen ustreznega zdravljenja.



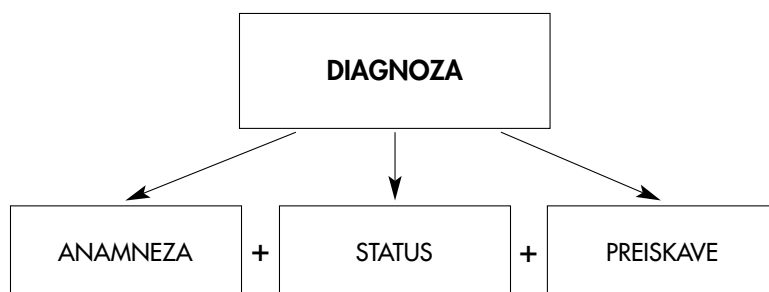
Deterministična obravnava

Diagnoza pomeni v bolnikovi oskrbi odločilno ugotovitev, katere informacije o bolniku postanejo izhodišče za vse nadaljnje ukrepe. Čas medicinskega izobraževanja je namenjen prav opisovanju stanj, ki naj bi jih bodoči zdravnik razpoznaval pri svojih bolnikih. O znakih in občutjih se učimo ob znanih primerih – diagnozah. Za zdravlje-

nje kakega stanja je torej potrebna pravilna (etiološka) diagnoza. Implicitno je jasno, kaj bi morali vprašati, kaj najti pri pregledu in katere preiskave naročiti pri določeni diagnozi. Praktično delo študentov je zato usmerjeno predvsem v obratno pot: oblikovanje diagnoze na osnovi znanih podatkov o znakih, občutjih in drugih ugotovitvah (slika 4).

Slika 4.

Deterministična metoda predvideva, da anamnezi, statusu in preiskavam sledi izoblikovanje pravilne diagnoze, ki nadalje omogoča ustrezno nadaljnje ukrepanje.



Vsaka diagnoza je postavljena z določeno stopnjo verjetnosti. Če imamo na razpolago več podatkov, ki potrjujejo določeno diagnozo, in manj takih, ki ji nasprotujejo, obstaja tem večja verjetnost, da postavljena diagnoza drži. Šolsko gledano je pri determinističnem (verjetnostnem) načinu treba narediti celotno anamnezo, pregled in preiskave. Kljub temu vsega v praksi ne izvajajo. V vsaki zdravstveni ustanovi (oziroma na oddelku) uporabljajo določen skupek vprašanj, na katera morajo odgovoriti z usmerjeno anamnezo, statusom in preiskavami, da bi izključili ogrožajoča stanja in se čim bolj približali dejanskemu stanju. Tak protokol je najbolj očiten v navodilu, katere laboratorijske preiskave je treba opraviti med sprejemom na bolnišnični oddelek. Specialist določene stroke praviloma poskuša usmerjeno izluščiti bistvene podatke za oblikovanje diagnoze s svojega področja. Zato tudi študent pri praktičnem delu privzame določen slog sporazumevanja z bolnikom.

Oblikovanje diagnoze v družinski medicini

Družinska medicina obravnava zdravstvene težave, ki segajo na vsa področja medicine, pogosto s slabo izraženimi znaki in občutji ter z majhnimi možnostmi uporabe visoke tehnologije. Okoli 80 % takih bolnikov dokončno oskrbi zdravnik družinske medicine, preostale pa napoti k ustreznemu strokovnjaku druge stroke na pregled ali sprejem v bolnišnico. Glede na to kljub znanju in izkušnjam, pridobljenim med izobraževanjem na subspecialističnih oddelkih, ne morejo ponuditi celovite slike. Zakonitosti družinske medicine in slog dela v osnovni zdravstveni dejavnosti, kjer zdravnik prvi obravnava bolnikove zdravstvene težave, se študent lahko nauči le pri pouku in še bolj med neposrednim praktičnim delom v družinski medicini. Zdravnik družinske medicine **celostno obravnava** bolnika v njegovem družinskem, delovnem, družbenem in naravnem okolju, pri čemer upošteva njegove edinstvene lastnosti in posebnosti.

Temelj dela zdravnika družinske medicine je posvet, med katerim mora izpolniti kar nekaj nalog:

- Ugotoviti mora **razlog** za bolnikov obisk.
- Usmerjeno mora **pojasniti znake** in **občutja** v zvezi s predstavljeno zdravstveno težavo.
 - Odkrivati mora prikrite bolezni in stanja (psihosocialne motnje, priložnostno presejevanje).

- Voditi mora evidenco kroničnih bolezni.
- Bolnike mora prosvetljevati in vplivati na njihove navade pri iskanju zdravniške pomoči.
- **Izoblikovati** mora diagnozo.
- Ustrezno mora **ukrepati**:
 - Zmanjšati mora bolnikovo zaskrbljenost zaradi znakov in občutij. Zadošča lahko že izključitev diagnoze, ki se je bolnik boji, ali pa usmerjena preiskava, ki potrdi domnevno diagnozo.
 - Čas mora izrabiti v diagnostične in zdravilne namene. Z načrtnim opazovanjem lahko odkrije nove znake in občutja, ki pripomorejo k izoblikovanju diagnoze. Ker mnogo bolezni naravno poteka v smeri izboljšanja (npr. virusna okužba zgornjih dihal), lahko dogovorjena uporaba časa (čakanje) nadomesti drugo zdravljenje. Uvedba placeba namesto časa je upravičena le izjemoma (npr. simptomatična zdravila ali celo antibiotik pri virusni okužbi).
 - Uvesti mora nujne in nadaljnje ukrepe zdravljenja.
 - Pri stanjih, za katera ugotovi, da presegajo njegovo usposobljenost in opremljenost, si bo pomagal z razširjeno delovno skupino v osnovnem zdravstvu in z napotitvijo na ustrezne preiskave (laboratorijske, slikovne, endoskopske), preglede h konzultantom in v bolnišnico zaradi opazovanja, nadaljnjih preiskav, zdravljenja in posegov.

Ko zdravnik spozna različne vrste diagnoz in pozna razlike v naravi dela zdravnika družinske medicine, se vpraša, kako priti do diagnoze v družinski medicini. Posebnosti in prednosti pri oblikovanju diagnoze v družinski medicini so naslednje:

- **Stalnost** je posebnost dela v družinski medicini in skrajša pot do diagnoze ter olajša sporazumevanje. Razlikujemo naslednje oblike stalnosti (7):
 - *Stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom.* Na dolgotrajnem osebnem poznanstvu med zdravnikom in bolnikom se krepi njuna povezanost, ki olajšuje sporazumevanje, zdravniku pa omogoča boljši vpogled v bolnikovo družinsko, delovno, socialno in preteklo anamnezo.
 - *Stalnost uporabe iste zdravstvene službe za prvi stik z njo.* Zdravstvene ustanove so za bolnika tuj prostor, v katerem se ne more počutiti tako sproščenega kot v domačem ali vajenem okolju. Vendar stalnost osebja, prostorov in zgradbe, kjer išče prvo oskrbo, bolniku olajšajo sporazumevanje.
 - *Stalnost informacij o bolniku in postopkih oskrbe.* Zbrana medicinska dokumentacija o bolniku v zdravstvenem kartonu omogoča stalnemu ali trenutno nadomestnemu oziroma zdravniku, ki zamenja prejšnjega, dostop so večine podatkov o bolniku, njegovi družini, preteklih boleznih, uporabi zdravstvene službe, pregledih, preiskavah, delovnem okolju in socialnih razmerah.
- **Širina obravnave** zdravstvenih težav ponuja veliko večjo izbiro možnih razlag.
 - Zdravnik družinske medicine praviloma uporablja t. i. trojno reševanje bolnikovih zdravstvenih težav – *psihosocialnomedicinski model* (bolnika upošteva kot samostojno duševno in telesno bitje v njegovem posebnem družinskem, delovnem, družbenem in naravnem okolju).
- Čas ima v družinski medicini trojno vlogo (8):
 - *Pravočasnost.* Ker je zdravnik družinske medicine prva medicinsko izobrazena kontaktna oseba, mora razpoznati predstavljene in prikriti znake ter občutja, na podlagi katerih oblikuje diagnozo, ki ga vodi k ustreznemu ukrepanju. Sposoben mora biti ločiti nujnost diagnostike in ukrepanj pri posameznih primerih in uporabiti vse vire, ki so mu na razpolago.
 - *Odprto čakanje* omogoča uporabo časa v diagnostične namene, ko zdravnik izključi nevarno stanje, čeprav še ne pozna etiološke diagnoze. Bolnik večino znakov in občutij opiše zdravniku družinske medicine ob prvem stiku v zgodnjih, slabo razvitih oblikah, ki otežujejo dokončno oceno. Na podla-

gi delovnih diagnoz zdravnik ob bolnikovem sodelovanju lahko spremlja razvoj znakov in občutij in pravočasno ustrezno ukrepa. Odprto čakanje nadomešča številne preiskave, preglede in napotitve, kadar trenutno bolnikovo zdravstveno stanje ni ogrožajoče.

– *Čas kot zdravilni ukrep.* Znaki in občutja se pri določeni bolezni spreminjajo. Zlasti v družinski medicini, ima velik delež bolezni svoj naravni potek, ki teži k izboljšanju po določenem času. Njihovo specifično zdravljenje bistveno ne prispeva k hitrejši ozdravitvi (npr. virusne okužbe, driske, različne bolečine). V soglasju z bolnikom je čakanje na izboljšanje edini in zadostni ukrep, pri vseh boleznih in stanjih pa pomemben sodelujoči dejavnik zdravljenja.

• **Delovna skupina** zdravnika družinske medicine je dinamična enota, ki se oblikuje glede na vsebino zdravstvenih težav.

– Mnogo zdravstvenih težav lahko reši samostojno in s sodelovanjem ambulantne sestre. Svojo diagnostiko in zdravljenje po potrebi razširi še na druge začasne člane delovne skupine: laboratorijske delavce, patronažne sestre in strokovnjake drugih strok.

Napotitev

– V *nujnem stanju*, razen izjemoma (npr. popolna normalizacija stanja po takojšnji oskrbi anafilaktičnega šoka), bo poleg nujnih ukrepov bolnika napotil za nujni sprejem na ustrezni oddelek, kjer bo imel le-ta ob ustrezni medicinski tehnologiji večje možnosti ugodnega izida (npr. pri srčnem infarktu).

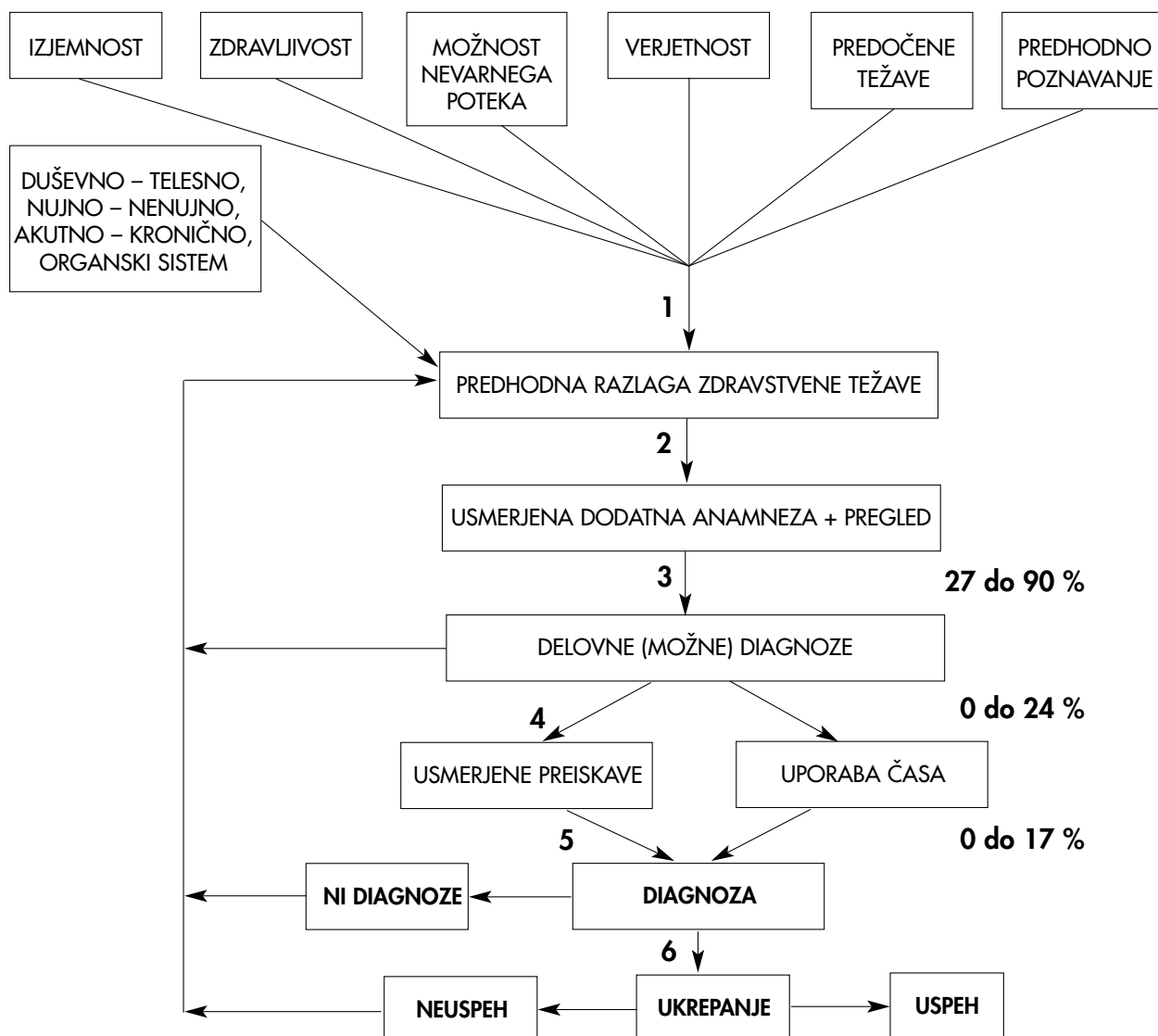
– Pri *predvidenem nevarnem poteku* je smotrna napotitev za sprejem, ker omogoča uporabo časa pod stalnim strokovnim nadzorom in hitrejšo ukrepanje med pričakovanim možnim poslabšanjem (npr. pri sumu na vnetje slepiča).

– Pri *zahtevnejših posegih*. Družinska medicina praviloma ne opravlja nalog, za katere so potrebne zahtevnejše medicinske tehnologije (vključno z usmerjenimi znanji), ki jo imajo na razpolago druge stroke (npr. dokončna oskrba zlomov).

– Pri *nejasnih stanjih*, ki jih ni bilo mogoče razvozlati in tako pomiriti bolnika, je potrebno mnenje strokovnjaka druge stroke (npr. vročina nejasnega izvora, patološki laboratorijski izvidi brez jasne klinične slike).

Zapleteno pot odločanja v medicini ponazarja slika 5. Pri odločanju se najprej opiramo na svoje razumevanje bolnikovega stanja. Pri tem upoštevamo: naravo opisanih težav, verjetnost, da gre za zanj možno določeno bolezen, in predvidevanje nevarnega poteka glede na predhodno poznavanje bolnika in njegovih dotedanjih težav. Zavedati se moramo posledic, če ne bi ničesar ukrenili, in izrabiti vse možnosti zdravljenja ter izjemne dogodke primerjati s podobnimi zdravstvenimi težavami. Če bolnik v zimskih mesecih poroča npr. o vročini v zadnjih dveh dneh, smrkanju, kašlju in bolečinah v žrelu, bi bila naša predhodna razlaga: akutna okužba dihal. Predstavljajmo si, kako bi na naše razmišljanje vplivalo odkritje bolnika z infekcijsko mononukleozo dan pred njegovim obiskom. Na podlagi take predhodne razlage zdravstvene težave izpeljemo usmerjeno dodatno anamnezo in pregled bolnika. V času epidemije okužb dihal bo verjetno okrog 90 % naših diagnoz zasnovanih zgolj na tako zbranih podatkih. Pri manj jasnih zdravstvenih težavah pa se bomo odločili za oblikovanje delovnih diagnoz in jih poskusili potrditi (ali ovreči) z dodatnimi preiskavami ali opazovanjem (uporaba časa) ali obema metodama. Mnoge bolezni spontano minejo (npr. okužbe dihal), nekatere pa se lahko poslabšajo (npr. hipertiroza), zato lahko z opazovanjem zasledujemo bodisi izboljšanje ali poslabšanje stanja. Če pri lakunarni angini, zdravljeni s penicilinom, pri sicer zdravem bolniku v pričakovanem času ni izboljšanja, nas ta ugotovitev napoti nazaj k predhodni razlagi zdravstvene težave. Neuspešno zdravljenje pomeni »zdravilski poskus«, ki pomaga na poti do diagnoze in ustreznega zdravljenja (5).

Slika 5. Zapletena pot odločanja v medicini



Predhodna razlaga zdravstvene težave

Na podlagi predočene zdravstvene težave, predhodnega poznavanja bolnika in njegovih življenjskih okoliščin, posamične verjetnosti, za katero bolezen gre, možnosti nevarnega poteka, zdravljivosti bolnikovih težav in izjemnosti možne diagnoze si zdravnik ustvari prvo oceno zdravstvene težave (slika 5). Ta predhodna razlaga zdravstvene težave, zasnovane na anamnezi, nas vodi pri dodatni anamnezi in usmerjenem pregledu.

Svoje težave bolnik sporoči na začetku posveta, ko mu po pozdravu z eno izmed besednih ali nebesednih sporočil dovolimo, da jih opiše. Bolnika ne prekinjamo, zastoj sporočanja spodbudimo z odprtimi vprašanji, nebesednimi veščinami spodbujanja in se izogibamo vprašanju da-ne. Zdravniki in študenti se med posvetom zelo hitro odločijo za eno izmed možnih diagnoz in si tako pogosto zaprejo pot k njihovi širši izbiri. Zaradi tega je pomembno, da se vzdržimo prehitrega sklepanja.

Zato je pouk družinske medicine namenjen tudi temu, da študent čim dlje ne prekine bolnikovega pripovedovanja in da se čim dlje vzdrži prehitrega sklepanja o možnih diagnozah (9). Zlasti o težavah, ki so povezane z duševnimi motnjami, so bolniki navadno pripravljene spregovoriti šele pozneje ali celo prav proti koncu posveta. Kljub temu jih sprejmemo in jih moramo prizadevno raziskati.

Zdravnikova potrpežljivost pri opazovanju besednih in nebesednih sporočil, ustrezne veščine sporazumevanja ter njuna stalnost odnosa in medosebna povezanost omogočajo odkrivanje namigov, ki kažejo na psihosocialne težave, pogosto prikrite s telesnimi znaki in občutji. Prav slednje je v našem kulturnem okolju pogosta vstopnica za posvet pri zdravniku zaradi duševnih in razpoloženjskih motenj, zato je pomembno, da se zdravnik ne osredotoči samo na telesne znake in občutja; psihosocialno diagnozo naj vključi med možne, in to ne le kot izključitveno (10).

Predhodno (osebno) poznavanje bolnika (vključno s slogom iskanja zdravniške pomoči, sporazumevanja, povezanosti idr.) in zapisa v zdravstvenem kartonu skrajša jemanje družinske, socialne, delovne in pretekle anamneze. Prednost stalnosti lahko zdravnik in bolnik spoznata že po enem letu. Bolniku praviloma bolj ustreza stalni zdravnik, ker mu ni treba vedno znova razlagati včasih neprijetnih podrobnosti o svojem življenju.

Verjetnost

Čeprav tudi induktivna metoda oblikovanja diagnoze upošteva verjetnost njene pogostnosti, se praviloma naslanja le na njeno splošno možno pojavnost. V družinski medicini pa je pomembnejša verjetnost pri določenem bolniku (glede na spol, starost in druge lastnosti) ter ob določenem trajanju znakov in občutij. **Verjetnost** je bodisi neskončen niz frekvenc dogodkov ali subjektivno merilo gotovosti, da se bo zgodil določen dogodek (11). Ocenjujemo jo na podlagi razmerja med številom določenih dogodkov v opazovani skupini. Ugotovimo jo lahko na tri načine:

- Z zasledovanjem pogostnosti pojava v preteklosti predvidevamo enako ponavljanje v prihodnosti (npr. vročina, kašelj in bolečine v žrelu so znak akutne okužbe dihal).
- Naše predvidevanje temelji na teoriji, kot velja za pričakovanje gensko določenih znakov, ki jih predvidevamo na osnovi Mendlovih zakonov o dedovanju (npr. elevacija spojnice ST je znak akutnega miokardnega infarkta).
- Subjektivno zaupanje v eno izmed možnosti (npr. bolečine v prsih so znak miokardnega infarkta).

Pri oblikovanju diagnoze moramo upoštevati široko izbiro psihosocialno-bioloških možnosti. Priporočljivo jo je izbrati med petimi najverjetnejšimi, kar omogoči usmerjeno naročanje preiskav in pregledov za potrjevanje oziroma izključevanje drugih možnosti. Če bi izbrali le eno možnost, bi v primeru napačne izbire morali pri vsaki naslednji hipotezi vedno znova ponoviti celoten miselni postopek, kar je naporejše in zamudnejše.

Poleg petih najverjetnejših je v seznam možnih diagnoz smiselno sprejeti do dve diagnozi z nevarnim potekom ali tiste redke, ki jih je mogoče zdraviti.

Možnost nevarnega poteka

Možnost nevarnega poteka upravičuje vključitev v izbor možnih diagnoz; čeprav je verjetnost zelo majhna, vendar lahko pomembno ogroža bolnika. Pri nosečnici z bolečinami v trebuhu je verjetnost akutnega vnetja slepiča izredno majhna, vendar jo je zaradi nevarnega poteka treba upoštevati.

Zdravljivost

Če za kakšno sicer redko bolezen obstaja možnost zdravljenja, jo moramo uvrstiti med možne diagnoze. Adenokarcinom na rektumu se lahko kaže tudi s krvavitvijo, čeprav je le zelo majhen delež rektalnih krvavitev povezan s karcinomom. Pogostejši vzrok so hemoroidi, fisure in različna vnetja. Vendar pravočasno zdravljenje karcinoma rektuma lahko pomembno prispeva k boljši napovedi izida bolezni.

Izjemnost

Med izjemne diagnoze sodijo redke bolezni, ki smo se jih morali kot »eksotične« učiti med študijem, ali smo imeli sami ali kdo drug z njimi slabe izkušnje (npr. hude alergične reakcije) oziroma so tisti čas zelo modne (npr. borelioza). Pri izbiri možnih diagnoz se moramo praviloma izogibati pretiranemu upoštevanju izjemnih možnosti, kar je včasih zelo težko. Zlasti v primeru modnih diagnoz je močan bolnikov pritisk na upoštevanje tudi takih možnosti.

Usmerjena dodatna anamneza in pregled

Anamneza

Anamneza je ključna za oblikovanje diagnoze, saj v okoli 56 % zadošča za njeno postavitev (5). Delež pri diagnozi je odvisen od organskega sistema in »tipičnosti« znakov in občutij. Študenti se morajo zato usposobiti, da bodo na podlagi anamneze znali razložiti anamnestične podatke in nato posvet voditi usmerjeno k možnim diagnozam. Zato imajo poseben pomen ločljivi (specifični) znaki in občutja, s katerimi se približamo najverjetnejši razlagi, medtem ko si s splošnimi in pogostnimi znaki in občutji ne moremo dosti pomagati.

Pregled

Tako kot v skopem času ni mogoče vzeti celotne anamneze, poteka tudi pregled usmerjeno glede na seznam možnih diagnoz, ki jih preverjamo. Telesni pregled prispeva dodatnih 17 % k oblikovanju diagnoze.

Možne diagnoze (delovne hipoteze)

V družinski medicini oblikujemo možne diagnoze na podlagi podatkov, zbranih v kratko odmerjenem času med posvetom. Pogosto je primer popolnoma jasn in enopomenski (npr. ponovno predpisovanje recepta, akutna okužba dihal, rana na koži, kurje oko), pogosteje pa bolj zapleten, ker pridejo bolniki na posvet s povprečno tremi različnimi zdravstvenimi težavami, od katerih nekatere sporočijo neposredno, druge pa mora odkriti zdravnik sam (npr. tesnobo, depresijo, hipotirozo).

Usmerjene preiskave

Pri dokončni diagnozi se zdravnik lahko odloči med dvema možnostma: uporabi dodatne usmerjene preiskave ali pa se odloči za čakanje in opazovanje razvoja znakov in občutij. Preiskave prispevajo dodatnih 18 % k oblikovanju diagnoze (5). Preiskava ali test sta koristna le, če vplivata na obravnavo bolezni. Če je postopek enak za dve različni stanji, je komajda še smiselno pretirano vztrajno poskušati ločevati med njima. Napovedna vrednost je namreč odvisna od pogostnosti (frekvence) dogodka v določeni populaciji, s čimer vpliva na postavljanje diagnoze.

Dokončna diagnoza

Ko zbere vse podatke, naj bi bil zdravnik sposoben oblikovati dokončno diagnozo, ki ji sledi tudi ustrezno ukrepanje. Če končne diagnoze kljub temu ni mogoče postaviti, se je smotrneje vrniti nazaj k predhodni razlagi zdravstvene težave. Znova je treba od začetka pretehtati možnosti in ne vztrajati pri izbrani možni diagnozi ter poskušati s ponavljanjem in širjenjem preiskav dokazati pravilnost domneve. Pogosto se moramo zadovoljiti z opisno diagnozo ali ukrepati celo, preden se dokopljemo do nje (npr. pri zastoju življenjskih dejavnosti).

Ukrepanje

Pri jasni diagnozi je tudi ukrepanje praviloma jasno. Včasih nam ne uspe postaviti dokončne diagnoze in se moramo tudi brez nje odločiti za ukrepanje. To je pogosto

pri nujnih stanjih, kjer ukrepanje prehitava oblikovanje dokončne diagnoze in temelji izključno na predhodni razlagi zdravstvene težave. Ukrepamo (začnemo zdravljenje brez diagnoze) tudi v primeru, ko želimo izvesti zdravilni poizkus in na podlagi uspeha (ex juvantibus) ali neuspeha (ex nocebius) postaviti diagnozo (per exclusionem). Uspeh potrди pravilnost naše domneve, medtem ko nas neuspeh znova vrne k predhodni razlagi zdravstvene težave.

Načini odločanja

Odločanje lahko poteka samodejno (rutinsko), analitično ali intuitivno (2, 3).

Rutinsko odločanje

Avtomatizirano (rutinsko) se odločamo, kadar poznamo nabor možnih odločitev ter poznamo enostavna in preizkušena pravila za izbiro odločitve (1).

Pri zavijanju levo samodejno vklopimo levi smernik s premikom ročice navzdol. Pri pisanju recepta poleg imena zdravila napišemo obliko, odmerek, število zavojčkov in se podpišemo.

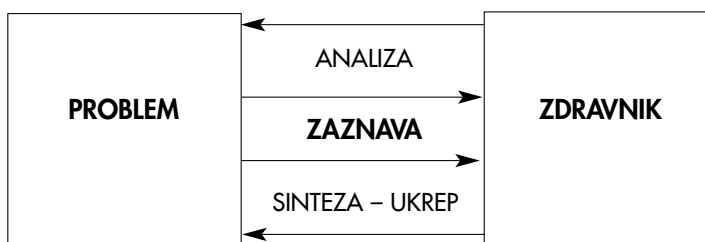
Težnja po avtomatiziranem odločanju je zahteva zdravstvene politike, javnosti in stroke po oblikovanju takih smernic, ki bi natančno predpisovala izvajanje določene postopka oskrbe. Čeprav tudi v medicini številni ukrepi potekajo avtomatizirano, tako da odločanja niti ne zaznamo, je večino postopkov nemogoče predpisati do potankosti (2, 3). Smernice so predvsem v pomoč za lažjo izbiro odločitve (4). Avtomatizirano odločanje zahteva le majhen napor, zato je zaželena oblika dela.

Analitično–sintetično odločanje

V poštev pride pri zapletenejših vprašanjih, ki zahtevajo več pravil ali v novi situaciji in pri nepreizkušeni pravilih. Analitično–sintetični način je najpopolnejše odločanje, ki zagotavlja visoko stopnjo zanesljivosti (6, 12), ker ne poteka premočrtno, temveč v več povratnih zankah (slika 6).

Slika 6.

Analitično–sintetično odločanje poteka z več povratnimi zankami: zdravnik zazna problem, ugotovi nabor možnih rešitev in z dodatno analizo preveri njihovo verjetnost, kar mu pomaga pri dokončni odločitvi o ustreznem ukrepu. Svoje odločitve lahko naknadno popravlja s spremljanjem izidov svojih ukrepov.



Analitično–sintetično odločanje okrepi podmena o odločanju na podlagi znanstvenih izsledkov (6, 12).

V križišču enakovrednih cest je potrebna temeljita proučitev stanja vozil v njem, preden ga voznik lahko varno prevozi. Bolnik na antikoagulantni zaščiti želi izdreti zob. Zdravnik mu ukine zdravila in z meritvami ugotovi stanje koagulabilnosti krvi. Šele ko le-ta doseže dogovorjeno normalno raven, sme zobozdravnik izdreti zob. Nato bolnik znova začne z jemanjem antikoagulantne zaščite.

Analitično–sintetični način zahteva večji napor in povzroča večjo utrujenost kot samodejno odločanje. Pomembna ovira za analitično–sintetično odločanje je tudi pomanj-

kanje časa, zato si vsakdo prizadeva, da čim več odločitev opravi avtomatizirano. Če to zaradi zapletenosti problema ni mogoče, se zateče k intuitivnemu odločanju.

Intuitivno odločanje

Intuitivno odločanje temelji na podzavesti, izkušnjah in vrednotah, vendar ga zaradi zapletenosti ni mogoče natančneje analizirati. Videti je, kot da smo eno izmed rešitev izbrali kar na slepo, čeprav to ne drži popolnoma.

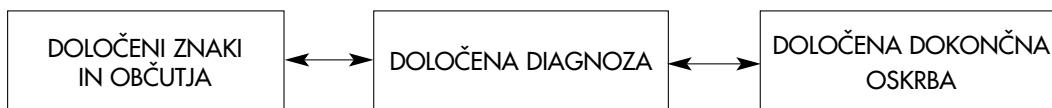
Odločanje v medicini pogosto poteka kot kombinacija vseh treh načinov (1). Bolj ko so odločitve zahtevne, večji je delež intuitivnih rešitev, zato je tako pomembno vedeti, kaj vse vpliva nanje.

Pomen diagnoze

Diagnoza je kot šivankino uho, skozi katero znaki in občutja dobijo ustrezno oskrbo. Nekako smo se navadili, da naj bi vse zdravstvene težave dobile svojo diagnozo (čeprav naši bolniki vedno ne pričakujejo nujno osnovne diagnoze, ampak predvsem potrditev neobstoječe diagnoze). Njeno oblikovanje se je s poti k ustrezni oskrbi preusmerilo v enega izmed ciljev zdravstvene oskrbe. Diagnoza je postala nekakšno izhodišče za ocenjevanje kakovosti nadaljnjih postopkov oskrbe (4, 13). Na primer: dobro znano je ocenjevanje kakovosti sistemov zdravstvenega varstva na podlagi diagnoz vzrokov smrti. Za primerljive diagnoze se močno zanimajo tudi zdravniki, raziskovalci javnega zdravstva, statistiki, zdravstvenimi politiki, plačniki zdravstvene oskrbe in ocenjevalci kakovosti. Zanimanje temelji na podmeni o premočrtni povezanosti med občutji, znaki, diagnozo in oskrbo (slika 7).

Slika 7.

Nenapisano deterministično pravilo povezanosti diagnoze z znaki, občutji in oskrbo



Čeprav bi načelno lahko shajali tudi brez diagnoze, vidimo, da pomeni koristno vmesno postajo na poti h kakovostni dokončni oskrbi zdravstvene težave. Na osnovi ustrezne diagnoze lahko načrtujemo nadaljnje preglede, preiskave, napotitve, zdravljenje, pomiritev bolnika, čakanje in spremljanje. Z neobstoječo diagnozo (npr. da nima vnetega slepiča) pomirimo zaskrbljenega bolnika.

Diagnoza je mednarodno priznan in primerljiv kazalec kakovosti. Zato je dolžnost vsakega zdravnika, da se z oceno bolnikovega stanja čim bolj približa stvarnosti (etiološki diagnozi). Primerjava uspešnosti določenega ukrepa namreč sloni prav na neizpodbitnosti diagnoze. Če bi dvomili o diagnozi, bi se nam zrušil ves sistem primerjav – od umrljivosti, zbolewnosti in uporabe zdravstvene službe.

Sklep

Diagnoza kot osrednji del odločanja je pri našem delu nekaj tako vsakdanjega, da se o njenem oblikovanju sploh ne sprašujemo. Oblikovanje diagnoz namreč sodi med zapletene miselne postopke, ki so veliko manj raziskani kot posamezna medicinska področja. Če želimo tudi ta vidik zdravnikovega dela približati znanstvenim temeljem, je treba začeti odstirati kopreno neznanega. Tudi oblikovanje diagnoz ima nekatere zakonitosti, ki so deloma odkrite, večino pa bo treba še raziskati. Med znanimi dejstvi sta pomembna prispevek anamneze k dokončni diagnozi in vpliv sloga sporazumevanja na odkrivanje psihosocialnih težav. Študent medicine se mora pri pouku družinske medicine spoznati z njenimi možnostmi in posebnostmi oblikovanja diagnoz.

Literatura:

1. Tavčar M. Etika in moralno delovanje managementa. V: Možina S, ur. Management. Radovljica: Didakta, 1994: 130–73.
2. Leape LL. Error in medicine. JAMA, 1994; 272: 1851–7.
3. Lokar J. Človeški viri: Škodljivosti in napake v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1995.
4. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
5. Fraser RC. Setting the scene. V: Fraser RC. Clinical method. A general practice approach. 2nd ed. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1992: 1–24.
6. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992; 268: 2420–5.
7. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ, 1991; 303: 1181–4.
8. Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. BMJ, 1989; 298: 1008–1010.
9. Kersnik J. Besedne in nebesedne veščine pri sporazumevanju. V: Švab I, ur. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 1995; 79–90.
10. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. Med Razgl, 1999; 38: 265–80.
11. Campbell MJ, Machin D. Probability and decision making. V: Campbell MJ, Machin D. Medical statistics: a commonsense approach. 2nd ed. New York: John Wiley & sons, 1993: 32–43.
12. Friedland DJ, editor. Evidence-based medicine. A framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998:263.
13. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ, 310: 27–9.

Priporočena literatura:

1. Leape LL. Error in medicine. JAMA, 1994; 272: 1851–7.
2. Fraser RC. Setting the scene. V: Fraser RC. Clinical method. A general practice approach. 2nd ed. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1992: 1–24.
3. Campbell MJ, Machin D. Probability and decision making. V: Campbell MJ, Machin D. Medical statistics: a commonsense approach. 2nd ed. New York: John Wiley & sons, 1993: 32–43.
4. Friedland DJ, ur. Evidence-based medicine. A framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998: 263.

ODPRTO ČAKANJE IN ODVRNLJIVO NEVARNI POTEK

Božidar Voljč, Igor Švab

Uvod

Pojma *odprto čakanje* in *odvrnljivo nevarni potek* je opredelil in v splošno medicino vpeljal Robert N. Braun v svojem pionirskem učbeniku splošne medicine iz leta 1970 (1). Oba sta značilna prav za splošno medicino (dasiravno tudi v drugih medicinskih strokah nista neznana), saj izhajata iz diagnostične stiske zdravnika splošne medicine. Čeprav ju veliko zdravnikov splošne medicine ne pozna pod tem imenom ali pa se z njima niso posebej ukvarjali, ju vendarle tako ali drugače vsi uporabljajo pri svojem delu.

Odprto čakanje

Odprto čakanje je pogosta metoda dela v družinski medicini, pa tudi v medicini nasploh. Navadno ima zdravnik družinske medicine za bolnika manj časa kot drugi zdravniki, ker se srečuje z obilico vsakodnevnih zdravstvenih problemov svojih varovancev. Zato je prisiljen razviti hitro individualno diagnostiko. Ker vidi največ začetnih obolenj z neznačilnimi znaki, pogosto ne more takoj vedeti, za kaj gre. Če po rutinski preiskavi in anamnezi niti v svojem znanju niti po intuiciji ne najde ničesar diagnostično oprijemljivega, potem v splošni medicini blažje zdravstvene motnje z zelo verjetno ugodno prognozo ni treba dopolnjevati niti poglobljati diagnostike. Nasilno diagnosticiranje bi samo motilo. Pravilen ukrep je odprto čakanje, kar pomeni, da bolnik dobi izčrpna navodila za splošne ukrepe (ležanje, čaji, potenje, mirovanje), oziroma o dejavnostih ali o simptomatičnih zdravilih, ki ne morejo vplivati na bolezensko sliko. Podučiti je treba tudi morebiti prisotne svojce. Zdravnik bolnika poduči, zaradi kakšnih dodatnih težav ali motenj naj ga takoj obišče ali pokliče. Navadno mu še naroči, naj se čez dan ali dva spet oglasi. V veliko primerih je problem s tem tudi končan, zdravnik pa si prihrani nepotrebne in pogosto napačne ugotovitve. Kadar se bolezen razvija naprej in so njeni znaki čez dan ali dva veliko bolj izraženi, pomeni, da jo je tudi lažje prepoznati.

Nejasnih primerov ne pojasnimo, če skušamo bolezenske znake na silo stlačiti skupaj v bolezenske slike. Za bolnika je bolje, če enakovredno upoštevamo vse bolezenske znake in vse možnosti, ki iz njih izhajajo, kar pomeni, da gre za odprto čakanje. Zdravnik družinske medicine poskuša na primer pri nejasni vročini po svojem znanju in izkušnjah izločiti določene bolezenske vzroke oziroma bolezni, predvsem one z nevarnim potekom. Ko ugotovi, da ni dokazov za določeno bolezen, se odloči za čakanje in obenem preverja, kaj se dogaja z bolnikom. Velja pravilo, o katerem se ne govori veliko: *Če usmerjene preiskave ne potrdijo nobenega diagnostičnega suma, je treba pustiti diagnozo odprto; če pa predvidevamo nevarno nadaljevanje bolezni, moramo diagnostiko bodisi razširiti, ali pa bolnika poslati k specialistu.*

O odprtem čakanju lahko govorimo tudi pri hipohondričnih bolnikih, ki zdravnika nenehno zasipavajo z različnimi pritožbami. Taki navadno sodijo v skupino najbolj pregledovanih in najbolj poznanih bolnikov. Kljub temu pa oprijemljive diagnoze ni oziroma so njihove pritožbe praviloma znak njihovega neskladja s samim seboj, pogosto pa tudi z okolico. Zdravnik je tudi tu prisiljen bolniku predvsem vedno znova in znova svetovati, čeprav je prej že ničkolikokrat poslušal kopico na enak način obarvanih težav.

Načeloma je odprto čakanje nekaj podobnega, kot če specialisti v bolnišnici ne postavijo diagnoze, bolnika pa vseeno odpustijo. Oboje je združljivo le z vestnim in

strokovnim izpolnjevanjem zdravniških nalog ter aktivnim sodelovanjem bolnika in svojcev. Odprto čakanje zato ne pomeni strokovne nedejavnosti, marveč je pristajanje na nujnost, da je treba prognostične možnosti vedno znova presoјati. Medtem ko zdravnik s čakanjem pušča diagnozo odprto, je ves čas pripravljen ukrepati, če bi se na obzorju prognostičnih možnosti pokazal odvrljivo nevarni potek.

Odvrljivo nevarni potek

Odvrljivo nevarni potek se skriva v vsakem stanju, ki bi utegnilo postati nevarno, če ga zdravnik ne bi prepoznal in posegel vmes z ustreznimi zdravili oziroma zdravstvenimi ukrepi ter ga odpravil. Naloga družinskega zdravnika je, da v množici vsakdanjih, navadnih zdravstvenih pritožb prepozna nevarne bolezni in nevarne poteke ter jih bodisi sam ali v sodelovanju s specialisti in specialističnimi ustanovami v mejah možnosti odvrne. Kontrolni pregledi so zato nujni in jih je prav v splošni medicini dejansko največ (v primerjavi s prvimi pregledi).

V družinski medicini so pogost predmet obravnave neznačilni simptomi in znaki. Zato je ena od največjih nevarnosti, da odvrljivo nevarnega poteka ne prepoznamo pravočasno. Enaka nevarnost grozi tudi pri bolnišničnem delu, zato skušajo tam priti do diagnoze za vsako ceno, ne glede na število preiskav in bolnikove muke zaradi njih. V družinski medicini pa to ni možno. Zdravnik splošne medicine zato za vsakim neznačilnim znakom vidi odvrljivo nevarni potek. Pri vročinskem sindromu pomisli na primer na razna nevarna vnetja (v glavi, prsnem košu, trebuhu itd.) ter skuša po svojih zmožnostih potrditi ali zavreči take sume. Kljub temu se mu vselej lahko pripeti, da spregleda odvrljivo nevarni potek, ki ga je prej že velikokrat pravočasno spoznal, na primer značilno vnetje slepiča. Znano je, da tudi ponovljeni preventivni pregledi zdravih ne morejo odkriti malignih bolezni, ki še nimajo prepoznavnih bolezenskih znakov. Opisi bolezenskih slik namreč niso resnične slike bolezni, zato zlasti pri odvrljivo nevarnih potekih niso povsem trdne oporne točke. Četudi je bolezen jasna in ustreza splošnemu bolezenskemu opisu, zdravnik pa je ne samo strokovno usmerjen, ampak že skoraj odločen, bo kljub temu skušal izključiti odvrljivo nevarne poteke drugih bolezni s podobnimi bolezenskimi slikami.

Kakor vse druge bolezni se tudi odvrljivo nevarni poteki marsikdaj začenjajo z neznačilnimi znaki, celo s takimi, ko tudi bolnik meni, da ne potrebuje zdravnika. Zdravnik, ki nanje posumi, jih vseeno presoja in opredeljuje s pomislekom na njihovo morebitno končno stanje. Zato vselej skuša njihovo možnost potrditi ali izključiti. Bolnika sprašuje tako, da z odgovori lahko potrdi ali izključi svoj sum na odvrljivo nevarni potek. Nekatera vprašanja celo dvakrat ponovi, med anamnezo in samim pregledom. Spekter vprašanj usmerja tudi po trenutnem epidemiološkem stanju. Če pride bolnik s kašljem, ga sprašuje drugače, kadar sočasno razsaja epidemija gripe, in spet drugače kot tedaj, ko te ni. Bolj ko je stanje dramatično, manj mislimo na duševno plat zdravstvenega problema, in obratno. Vendar se je treba zavedati, da tudi star, znan bolnik s hipohondričnimi težavami lahko po večletnem obiskovanju konča z rakom. Zato obstaja nevarnost, da ne bi spoznali, kdaj je odvrljivo nevarni potek skrit za starimi težavami, ki jih že poznamo, in odvrčajo našo pozornost od novonastalih.

Pri iskanju odvrljivo nevarnih potekov ni mogoče dovolj poudariti pomena temeljitega prvega pregleda, ki je pomemben, ker zdravnik vzpostavlja svoje strokovno in osebno razmerje do bolnika in njegovega problema. Večina odvrljivo nevarnih potekov se skriva prav v prvih srečanjih. Razmerje med zdravnikom in bolnikom je med njimi tako ranljivo, da že organizacijske spremembe zdravnikovega dela (drugačna organizacija pregledov ali drugačno predpisovanje zdravil, kot je sicer navada) povečajo nevarnost spregledanja odvrljivo nevarnih potekov. Veliko časa si moramo vzeti tudi za bolnike, ki pridejo na posvet s kopico izvidov, čeprav sicer niso naši in jih ne poznamo od prej – če se seveda sploh odločimo za njihov sprejem.

Odvrnljivo nevarni poteki sodijo na področje specialne prognostike. To je področje, kjer se zdravnik mora zavedati tudi določene stopnje diagnostične negotovosti in mora poznati tveganje svojega ukrepanja. Zato imajo odvrnljivo nevarni poteki svojo vlogo tudi pri napatitvah k specialistom. V nejasnem primeru, ki mu zdravnik splošne medicine ne more napovedati ugodnega razpleta, bolnika velikokrat pošlje k specialistu zato, da bi ta bodisi odkril ali zanikal odvrnljivo nevarni potek.

Čeprav večina zdravstvenih motenj v družinski medicini resda ni zapletena, bo zdravnik svojo vlogo uspešno opravljal in na diagnostičnem situ zadržal večino odvrnljivo nevarnih potekov, če na primer ne bo prenehal pošiljati k specialistom nejasnih abdominalnih težav, ali pa vzroke nejasnih krvavih izpljunkov starejših bolnikov itd.

Zakon o razporeditvi bolnikov

Braun je v že omenjenem učbeniku opisal tudi zakon o razporeditvi navadnih bolnikov, po katerem je razpored zdravstvenih problemov na področjih s podobnimi populacijskimi značilnostmi vselej enak. Vanj sodita tako rang kot vrsta posameznih problemov, kar pomeni, da je struktura običajnih zdravstvenih nadlog drugačna v velemestu kot na podeželju. Ne glede na to, kje se takšna značilno obarvana zboleznost pojavlja, pa v njeni strukturi povsod prevladujejo enostavni zdravstveni problemi. Večinoma jih lahko takoj diagnostično opredelimo, ker je bodisi izrazita že anamneza ali rezultati preiskav. Enostavni zdravstveni problemi, ki jih je največ, zapolnjujejo bistveno delovno področje zdravnika splošne medicine in pomenijo njegovo največjo obremenitev. Kljub temu so v tej zboleznosti skriti tudi vsi maloštevilni hudi in najhujši bolniki, sedanjí in bodoči; z njihovimi boleznimi se spopadajo tudi specialisti v bolnišnicah ali ambulantah. V manjšini so tudi odvrnljivo nevarni poteki, zato Braun glede na zakonitost o razporeditvi primerov sodi, da jih je okoli 5 % in da so večinoma bolj dramatični. Kljub temu ti zdravstveni problemi niso vselej tako jasni, zato bi veljalo opozoriti še na nekatere druge okoliščine, kjer moramo upoštevati možnost, da gre za odvrnljivo nevarni potek.

Iskanje odvrnljivo nevarnih potekov zahteva zelo odgovoren diagnostični postopek. Čeprav so resnično pomembni, saj se izstopajoče težave in znaki v anamnezi vselej znova pojavljajo, se pri presoji odvrnljivo nevarnih potekov le ne spomnimo vsega. Na srečo pa zdravnika velikokrat opomnita tudi strokovna izkušnja in njegov poklicni čut, ki ni vselej na povsem zavestni ravni. Zaradi ustreznih osebnostnih značilnosti in ustreznega strokovnega znanja se na srečo le redko zgodi, da zdravnik družinske medicine ne bi prepoznal grozečega ali izraženega odvrnljivo nevarnega poteka.

Toda vseh odvrnljivo nevarnih potekov ne spoznamo. To velja za vse zdravnike, ne samo za zdravnike družinske medicine. Vse medicinske fakultete skušajo svoje študente vzgojiti tako, da bi kot zdravniki svoje delo opravljali z vso potrebno pozornostjo. Zato jih v času študija seznanjajo predvsem s hudimi bolniki. Bodoči zdravnik družinske medicine se zato kot študent uči na primerih, ki jih bo pozneje pošiljal v bolnišnico. Uči se torej nečesa, česar ne bo delal. Kako naj v resnici razmišlja in ravna pri ustaljenem delu, pa izve premalo. Nič čudnega torej, če Braun resignirano ugotavlja, da so vsi zdravniki družinske medicine o mnogih vsakdanjih zdravstvenih dejavnostih pravzaprav samouki, ki svoje izkušnje, žal, odnesejo s seboj v grob.

Neizbežnost tveganja

Vse odvrnljivo nevarne poteke lahko porazdelimo na prepoznavne in tiste, pri katerih je tveganje, da prepoznavna ni točna, precejšnje. Takšno tveganje lahko zmanjšamo, povsem odpraviti pa ga ne moremo. Tudi če bi imeli kar najboljše ceste, najboljše avtomobile in najboljše voznike, bi vsako leto na cestah še vedno umrlo to-

liko in toliko ljudi. S tem tveganjem smo se sprijaznili vsi, ko gremo na cesto. Tudi v medicini so postavljene meje tveganja, ki so lahko širše ali ožje, a vselej so. S preudarnim ravnanjem jih skušajmo kar se da zožiti, moramo pa se tudi zavedati, da medicine brez tveganja ni in je ne bo.

Literatura:

1. Braun RN. Lehrbuch der aerztlichen Allgemeinpraxis. München Berlin Wien: Urban Schwarzenberg, 1970.

ETIČNI PROBLEMI

Božidar Voljč, Igor Švač

Etika se ukvarja s tem, kako naj bi se ljudje obnašali. Etične odločitve pogosto sprejemamo, vendar se jih pogosto ne zavedamo, saj nam ne povzročajo konflikta. Tako npr. intuitivno vemo, da ni prav brez razloga prizadeti človeka, da je umor slab in resnica dobra. Če se odločamo med lažjo in resnico, praviloma izberemo resnico. Včasih pa se dogodi, da pridemo v položaj, ko ne vemo prav, kaj storiti; takrat smo soočeni z etično dilemo.

Zdravniški poklic ni namenjen zgolj lajšanju in zdravljenju zdravstvenih tegob, ampak posebej tudi pomoč človeku v stiskah in trpljenju. Zdravnikovo ravnanje zato opredeljujejo načela in pravila, ki so zbrana v različnih etičnih kodeksih, poklicnih prisegah ali deklaracijah. Osnovne etične vrednote našteva tabela 1.

Tabela 1.

Temeljne etične vrednote v medicinskem poklicu

Dobronamernost
Neškodljivost
Bolnikova avtonomnost
Pravičnost
Resnicoljubnost
Zaupnost

Etični vidiki zdravnikovega dela postajajo vse pomembnejši (1). Etični problem se pojavi predvsem takrat, kadar različne okoliščine povzročijo nasprotje z zdravnikovo dolžnostjo, da pomaga bolniku. Zdravnik ga začuti kot neugodno napetost, ki vpliva tudi na njegovo odločanje.

Graner pravi, da zdravnikove etične odločitve izvirajo iz dveh načinov mišljenja. Če sledimo samo pravilom stroke, izhajajo naše etične odločitve iz vprašanja »kako«. Če pa pri našem delu upoštevamo višja moralna pravila, ki v medicini tudi veljajo, je izhodišče našega ravnanja vprašanje »zakaj«. Z njim tudi razlagamo pomen naših odločitev. V tem drugem primeru razumemo bolnika celostno – in tako tudi ukrepamo (2).

Študentje medicine se s teoretičnimi in praktičnimi etičnimi problemi bodočega poklica seznanjajo predvsem ob bolnišničnih bolnikih, v podiplomskem študiju pa je veliko prostora upravičeno namenjenega etičnim dilemam v raziskovanju (3). Navadno jih na etične zadrege opozarjajo ob stanjih, ki zahtevajo usodne, hitre odločitve. Takih bolnikov pa je posebej v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki se ukvarja z vsakodnevnimi zdravstvenimi problemi, razmeroma malo. Zato je smiselno vprašanje, kako prihajamo v nasprotje z načeli zdravniškega poklica pri vsakdanjem delu.

Dobronamernost

Kot etični princip nalaga zdravniku, da ukrepa v korist svojega varovanca in da mu mora biti blaginja le-tega najvišji zakon. Glede na naravo zdravniškega dela dobronamernost največkrat ni sporna, kljub temu da postavlja pred zdravnika visoke zahteve (npr. da bo vedno na tekočem s strokovnimi spoznanji in se bo stalno strokovno izobraževal). Vendar prihaja do etičnih dilem tudi na tem področju. V njen okvir sodi tudi spoštovanje verskih prepričanj in praktičnih zapovedi, ki so pogosto v nasprotju z zdravnikovimi. Pogosto prihaja do težav, ker se sistema zdravnikovih in bolnikovih vrednot razlikujeta. Najtrdovratnejše zamere in tožbe so povezane prav

s kršitvami verskih zapovedi, ki so jih med zdravljenjem jemali premalo resno. Marsikateri vernik bi raje umrl, kot pa prekršil versko zapoved.

Tudi bolniki, ki od zdravnika zahtevajo, naj jim z lažno diagnozo zagotovi »bolniško«, najsibo že za nazaj ali za naprej, postavljajo zdravnika pred etično dilemo, ki zadeva dobronamernost njegovega delovanja. Zdravniku se pogosto dogaja, da podleže izsiljevanju bolnikov, ki izrabljajo njegovo etično negotovost zato, da bi si pridobili materialno korist. Zavajanje tretje strani v korist bolnika je sploh zelo razširjeno, pri čemer sta običajni žrtvi zdravstveno zavarovanje ali zavarovalnica (bolniški stalež, nadomestila, odškodnine itd.). Zdravniki so s tem v zvezi pogosto izpostavljeni velikim pritiskom bolnikov.

Primeri

Pripadnik Jehovovih prič, udeležen v prometni nesreči, je utrpel rupturo vranice. Odklanja transfuzijo. Na zadnjem sedežu je hudo poškodovan njegov sin, ki tudi potrebuje transfuzijo, oče pa jo prepo-veduje.

33-letni klepar potrebuje bolniško za ponedeljek, ker je s prijatelji popival in ni bil sposoben za delo. Če bolniške ne bo dobil, bo izgubil službo, saj je izrabil že ves dopust.

Neškodljivost

Poseben problem pomeni zahteva, naj bi zdravnik vedno ravnal tako, da bolnik zaradi njegovih ukrepov ne bi imel težav. Strogo gledano je neškodljivost najpogostejše kršeni princip, saj praktično vsako zdravnikovo ukrepanje povzroča stranske učinke ali pa vsaj tveganje neugodnih pojavov (npr. operativni poseg povzroča stvarno nevarnost škode za zdravstveno stanje).

Neškodljivost je zlasti problematičen princip pri javnozdravstvenih ukrepih s področja preventive, ko moramo tehtati npr. med tveganjem, ki ga prinaša stalno zdravljenje z zdravili, in tveganjem, ki ga prinaša nezdravljen ogrožajoči dejavnik (4–7). Podobno velja pri cepljenju, kjer princip neškodljivosti za bolnika podredimo principu dobronamernosti do družbe.

Primeri

Mati odklanja cepljenje svojega otroka, ker je prebrala, da bi utegnilo škodovati njegovemu zdravju.

54-letni hipertoničnik ne želi jemati zdravil proti povišanemu tlaku, ker ima zaradi njih vrtoglavico in motnje pri erekciji.

Bolnikova avtonomnost

Pogost problem, ki je povezan s tem principom, je zdravnikov paternalizem, ki pomeni, da sam odloča v bolnikovem imenu, brez njegove privolitve. V teh primerih bolnik nima svobode odločanja, kar je z moralnega stališča napačno. Paternalistični odnos do bolnika pomeni, da ga ne obravnavamo s spoštovanjem, ki mu pritiče. Sami prevzamemo odločanje o tem, kaj je za bolnika najboljše (ne samo z zdravstvenega vidika!), in ga ne pritegnemo v soodločanje. Čeprav je paternalizem praviloma napačen, je včasih vendarle prav, če prevzamemo odločanje sami, zlasti kadar vidimo, da bolnik ni sposoben odločati.

Po drugi strani pa veliko etičnih zagat povzročijo zdravniku tudi bolniki, ki se ne strinjajo z njegovo diagnozo ali nasvetom, se po njem ne ravnaajo ali celo zavračajo zdravljenje (8). Sploh je vprašanje bolnikovega zaupanja tako rekoč vsakdanja tema, ki se kaže v tisočih različicah človeškega vedenja in medsebojnih odnosov. Bolnika, ki ne zaupa zdravniku, praviloma ni mogoče dobro zdraviti. S tega stališča mu je bolje svetovati, naj si brez naše zamere poišče drugega zdravnika, ki mu bo bolj zaupal. Tako lahko preprečimo marsikatero težavo, ki nastane zaradi medsebojnega nezaupanja (npr. zdravnik ne jemlje resno bolnikovih pritožb, bolnik pa ne upo-

števa zdravnikovih navodil). Če pozneje takega bolnika še kdaj srečamo, se vedimo do njega povsem naravno in ga seveda povprašajmo tudi po njegovem zdravju.

Primeri

44-letni bolnici je bil pravočasno ugotovljen karcinom dojke v stadiju, ki obeta odlično prognozo, če se bo prepustila ustaljenemu postopku zdravljenja na bolnišničnem oddelku. Bolnica pa se operacije boji, ker ji je pred leti dobra prijateljica umrla med operativnim posegom. Želi homeopatsko zdravljenje, ki mu neomajno zaupa.

*Bolniku, ki se že dolga leta zdravi zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni, bi koristilo cepljenje proti bacilu *Haemophilus influenzae*, ker obstaja velika verjetnost, da bo zbolel za pljučnico, vendar cepljenje odklanja.*

75-leten močno sklerotičen starček prihaja k zdravniku, ker želi podaljšati voziško dovoljenje.

Duševno zaostal bolnik prihaja v ambulanto zaradi vnetja dihal. Zdravnik ob pregledu odkrije, da ima tudi drugo zdravstveno težavo, zaradi katere bi bilo zdravljenje nujno potrebno, vendar bolnik zdravljenje odklanja.

V avtobusu zdravnik po naključju opazi žensko s spremembo na licu, ki je zelo verjetno maligni melanom (9).

Pravičnost

Princip pravičnosti pomeni, da vse bolnike enako obravnavamo, ne glede na njihove lastnosti ali sposobnosti plačevanja. Slika etičnih problemov je torej v ordinaciji zdravnika družinske medicine kar pestra. Pogosto so problemi povezani s stroški zdravljenja, ko je zdravnik razpet med bolnikovimi potrebami in njegovimi plačilnimi zmožnostmi. Takrat se pogosto sooči s skušnjava, da bi na kak način poskušal popraviti krivičnost, ki jo je bolniku zagrešila država. Tako v taki stiski lahko podleže skušnjavi, da v bolnikovo korist zavede zdravstveno zavarovanje z drugačno diagnozo ali podatki.

Zahteva po pravičnosti zadeva tudi zdravstveno politiko. Ker zdravstveno zavarovanje nikoli nima dovolj denarja, da bi plačalo vse zdravstvene storitve, je vedno prisiljeno iskati prioritete in zavestno odrekati zdravstveno oskrbo eni skupini bolnikov na račun druge.

Problem pravičnosti pa seže še na eno, bolj intimno področje. Gre za dejstvo, da zdravniki praviloma z večjim veseljem zdravimo bolnike, ki se naših držijo navodil, kot one, ki se jih ne. Tako npr. drugače zdravimo arterijsko hipertenzijo pri človeku, ki je na naš nasvet opustil kajenje, shujšal in prilagodil svojo prehrano, kot pa tistemu, ki se na naša priporočila požvižga ter še naprej kadi in ni izgubil niti grama svoje krepko prevelike telesne teže.

Primeri

Bolnik odklanja nujno potrebno bolnišnično zdravljenje zaradi akutno poslabšane kronične bolezni, ker nima denarja, da bi plačal participacijo.

Upokojenec prosi le za eno zdravilo, ker nima denarja, da bi plačal prispevek za več receptov.

Bolnik, poškodovan v prometni nesreči, je vinjen, kriči, preklinja, žali, grozi zdravnikom in osebju. Na čelu ima raztrganino, ki jo je treba zašiti, bolnik pa pravi, da bo šel kar domov.

Nepokretni kronični bolnik, ki ga domači že leta dolgo negujejo, je dobil pljučnico, zaradi katere je potrebno bolnišnično zdravljenje ali vsaj redni obiski na domu. Bolnikova družina je zaradi njegove bolezni izčrpana in žena vam je v pogovoru povedala, da si včasih želi, da bi mož kar umrl.

Resnicoljubnost

Prikrivanje resnice, kamor sodi tudi zavajanje bolnikov, je v medicini zelo pogosto (10). Bolnike lahko zavajamo aktivno ali pasivno. Aktivno jih zavajamo, kadar jim lažemo ali se dvoumno in nejasno izražamo. Pasivno pa jih zavajamo z molkom, z dopuščanjem, da jih zavajajo drugi, ali če ne popravimo laži in zavajanja, kadar ju zasledimo. O pasivnem zavajanju navadno ne razmišljamo kot o nečem, kar bi lahko obremenilo našo vest. S tem v zvezi je zanimivo tudi, da pasivno evtanazijo, tj. opustitev zdravljenja v brezupnih primerih, dopuščamo, aktivno evtanazijo pa skoraj praviloma obsojamo.

Dolgo je veljalo, da je bolniku treba zamolčati resnico, če ugodni učinek zdravljenja ni zanesljiv, zlasti če je prognoza bolezni neugodna. Veliko zdravnikov bolniku zato ne pove resnice, kadar mislijo, da bo prizadet. Po njihovem mnenju sodi to v okvir poštenega odnosa do bolnika. Tako rakavim bolnikom skupaj z njihovo družino pogosto lažejo, ker predvidevajo, da bi jim z resnico uničili njihovo čustveno ravnovesje. Nekateri pravijo, da je v takih primerih bolje uporabljati »prirejeno« resnico, ki se kaže z neutemeljenim optimizmom, zavajanjem ali uporabo izrazov, ki v nobenem primeru ne prizadenejo. Menijo, da je zavajanje bolnika opravičljivo, zlasti če bi resnica vplivala na njihov odnos z bolnikom, in ta odnos bolj cenijo kot resnico. Sicer beseda »zavajanje« po njihovem ni dobra in predlagajo izraze, kot so »pozornost do bolnika«, »nejasno izražanje«, »moralna podpora«, »ukrep, prilagojen bolnikovim potrebam«, itd.

Tak način ustvarja pri bolniku dvom v našo strokovnost, v družini pa nastane zarota molka, ki preprečuje, da bi se bolnik v končni fazi svojega življenja sprijaznil s svojo usodo.

Zdravniki se z izgovorom, da bi bil pogovor o smrti za bolnika pretežak, takemu pogovoru pogosto izognejo. V resnici je pretežak tudi zanje. Če smo se odločili bolniku sporočiti usodno novico, moramo biti povsem prepričani v njeno verodostojnost, posebej, če bi tako sporočilo imelo lahko neugodne posledice tudi za sorodnike.

Res je tudi, da nekateri bolniki zdravnike vnaprej prosijo, naj jim ničesar ne povedo, če bi se primerilo, da bi se jih lotila maligna bolezen.

Bolnike navadno zavajajo tudi pred posegi (»čutili boste zbodljivaj« pred injekcijo ali »ne bo bolelo« pred punkcijo kostnega mozga itd.). Pred težjimi posegi jih ne opozorijo na vse nevarnosti predvidenega posega ali na vse možne izhode, čeravno vemo, da si bolniki izrecno želijo razlage. Kadar je poseg potreben, zdravniki pa menijo, da bi se bolnik ob popolni pojasnitvi njegove narave lahko premislil, razlago običajno zelo prilagodijo.

Zdravniki zavajajo tudi v lastno korist. Če bolnik umre zaradi ponesrečenega posega, svojce običajno odpravijo z besedami »več se ni dalo napraviti«, saj so že tako prizadeti in jih ni treba še dodatno prizadevati. Le malokdo je pripravljen povedati resnico in prevzeti posledice. Zanimivo je, da v takih primerih ne zahteva resnice od zdravnikov noben zakon in noben etični predpis. Navadno ugotovijo resnico svojci sami. Sicer pa vsak zdravnik meni, da je njegov odnos do resnice in bolnikov primerno pošten, čeravno prizna, da resnico v medicini pogosto prikrivajo.

Resnica v medicini ni prvinska moralna vrednost in sama sebi namen, če hkrati ne predvidimo in upoštevamo, kakšen je lahko njen vpliv na posameznika. Obzir do bolnika je prvinska vrednost. Resnica je res izraz spoštovanja do posameznika; a v posameznih primerih je treba resnici dati manjšo vrednost v primerjavi s preostalo pozornostjo.

Primeri

53-letni kadilec ima ugotovljen karcinom na pljučih, zaradi katerega kašlja. Svojci prosijo, da mu ne poveste, kakšno bolezen ima, ker so prepričani, da bi ga to povsem strlo in ubilo njegovo voljo do življenja.

Bolnico, znano po nevrotično pretirani zaskrbljenosti za svoje zdravje, pošiljamo na preiskave zaradi utemeljenega suma na malignom na želodcu, vendar ji o tem še nič ne povemo.

Najstnik prihaja v ambulanto zaradi blage parestezije, zaradi katere posumimo na multiplo sklerozo. Ker verjamemo, da gre za blago obliko bolezni, se odločimo, da svojih sumov ne bomo povedali, še zlasti, ker težave v kratkem izginejo.

Zaupnost

Pomemben temelj odnosa med zdravnikom in bolnikom je zaupnost, ki jo vključuje poklicna skrivnost. Sem sodijo podatki o bolnikovih boleznih, o družini in odnosih v njih in podobno. Zaveza poklicne molčečnosti velja tudi za druge zdravstvene delavce in zdravnik naj kot vodja strokovne skupine svoje sodelavce opozarja nanjo. Prevečkrat se namreč primeri, da se o bolnikovih boleznih in sploh zaupnih podatkih v neprimernih okoliščinah neprimerno razpravlja. Molčečnosti lahko zdravnik odveže le sam bolnik. To velja tudi v primerih, ko je nekatere podatke treba prikriti tudi pred bolnikovimi družinskimi člani. Zdravniku, ki mora zaradi sveže odkrite epilepsije ali razvijajoče se duševne nesposobnosti svojega bolnika sprožiti postopek za odvzem vozniškega dovoljenja, je seveda težko. Prav tako je zdravniku težko prikrivati bolnikovo kaznivo dejanje. Tedaj se je treba spomniti, da ima vsaka družba dobro organiziran in razpreden sistem za odkrivanje in kaznovanje kaznivih dejanj, a zdravnik zagotovo ni in ne sme biti del tega sistema. Tudi sodišče ga z uradno pismeno zahtevo ne more vselej odvezati od molčečnosti.

Pogosto smo tudi zakonsko zavezani, da nekatere informacije iz ambulante posredujemo naprej v taki obliki, da je možno bolnika identificirati. Zaupnosti podatkov je bila v zadnjem času posvečena posebna pozornost (11).

Primeri

16-letno dekle zanosi, odloči se za splav in noče, da bi o tem kaj izvedeli njeni starši, ki so zaskrbljeni zaradi hčerinega bruhanja, bledice itd.

34-letna žena potoži, da je njen mož alkoholik, vendar ne dovoli zdravniku, da bi mu povedal, odkod to ve. Obenem želi vedeti, o čem se pogovarja z zdravnikom, ko pride v ambulanto.

Mlad mož z več kot teden dni staro gonorejo ne želi, da bi to izvedela njegova žena, ki pa jo je tudi treba zdraviti.

Iz podjetja kliče delovodja in želi vedeti, kaj je z njihovo delavko, ki je že teden dni na bolniški.

Videokamera v ordinaciji

Tudi v družinski medicini uvajajo v zdravljenje novosti, ki so jih pred tem temeljito preizkusili v klinični uporabi (učinkovine, tehnike), zato po tej plati družinska medicina ni tako občutljiva kot klinično delo. Tehnični razvoj kljub temu prinaša v stroko nove etične probleme. V družinsko medicino sta jih prinesla računalnik in videokamera. Z njo lahko snemamo vse dogajanje v ordinaciji in zdravnik ga lahko kasneje sam ali v vzgojne namene (študentom, stažistom) ponovno predvaja. Videokamera je zlasti s študijem počasno predvajanih posnetkov prinesla vrsto spoznanj o zdravnikovem delu, predvsem s področja nebesednega načina pogovora. Trdijo, da pomeni videokamera v ordinaciji za študij zdravnikovega dela isto kot mikroskop v študiju tkiva. Pojavljajo se seveda tudi nasprotna mnenja. Kamera naj bi bila vohun v ordinaciji, pomenila naj bi izgubo zasebnosti in zaupnosti, bolnik naj bi se, vedoč, da je sneman, vedel drugače. Če ne ve, da ga snemajo, gre seveda za hudo izrabljanje njegovega stanja.

Vsekakor je treba ugotoviti, da zaradi uporabe videokamere v ordinaciji še ni bilo nobenega sodnega spora. Pač pa je bilo v zvezi z videokamero v ordinaciji leta 1982 v angleškem parlamentu postavljeno poslansko vprašanje, ali namerava mi-

nistrstvo za zdravje prepovedati njeno uporabo in tako zaščititi običajno zaupnost, ki vlada v ordinacijah. Taka prepoved naj bi tudi preprečila zvočno in slikovno predvajanje posveta in pregleda, razen v primerih, ko bi se bolnik s tem izrecno strinjal. Minister za zdravstvo je odvrnil, da gre za metodo, katere uporaba je vse bolj razširjena in ki je zelo pomembna za poučevanje nekaterih poglavij v medicini. Njeno uporabo nadzirajo etična pravila in bolnikovo soglasje. Vsakršno predvajanje posnetkov je seveda povezano z bolnikovo privolitvijo. V praksi se je pokazalo, da je najbolje, če ima zdravnik pismeno bolnikovo soglasje, ki naj bo opremljeno tudi z vsemi razlagami. Izkušnje kažejo, da le kakih 10 % bolnikov ne želi snemanja.

Kratek povzetek določil etičnega postopka za uporabo kamere v ordinaciji (12):

- Pred vsakim snemanjem se je o njem treba pogovoriti z bolnikom.
- Zdravnik pogovora ne sme voditi tako, da bi bolnika izsiljeval s pričakovanjem njegove privolitve. Pogovor mora voditi tako, da bolnik lahko snemanje odkloni na najlažji možni način. Pridobivanje soglasja naj ne ustvarja napetosti, strahu in nesoglasij med zdravnikom, bolnikom in osebjem ter naj kar se da malo vpliva na normalno zdravniško delo.
- Pred vsakim snemanjem je treba pridobiti tudi bolnikovo soglasje, da bomo lahko posnetek pokazali tudi drugim zdravstvenim delavcem. Za to je potrebno posebno bolnikovo dovoljenje, ki ga zgolj dovoljenje za snemanje samo po sebi ne vključuje.
- Bolnika je treba posebej opozoriti, da ima pravico zahtevati, naj posnetek takoj zberemo, četudi je dal dovoljenje za snemanje.

Kolegialnost kot etična vrednota

V odnos med zdravnikom in bolnikom se vpleta tudi odnos do kolegov. Ni redkost, da bolnik kritizira drugega zdravnika. Dogaja se, da kar zdravnik sam bolniku slabo govori o svojih kolegih. Ne pridružimo se bolnikom, kadar kritizirajo druge zdravnike. Najbolje je molčati ali pogovor takoj speljati drugam. Če nas bolnik vpraša, zakaj mu je oni zdravnik rekel drugače kot mi, odgovorimo, da najbrž zato, ker se mu je takrat zdelo tisto, kar je rekel, najbolj pametno in zanj primerno. Vsako bolezen je mogoče zdraviti tako ali drugače. In preden bi sami pred bolnikom kritizirali kolega, ki mu je dal tak in tak nasvet, pomislimo, da je imel nemara res tehtne razloge, da se je izrazil, kakor se je. Prenekateri bolnik kljub našim slabim komentarjem ostane zvest svojemu zdravniku. V odnosu do kolegov se tako kaže naša strokovna, človeška in moralna zrelost.

Kadar nas kolegi vprašajo za podatke o bolniku, ki ga zdravimo, jih prosimo, naj opredelijo, kaj pričakujejo, in presodimo, kakšne informacije bomo posredovali ter kako. Strokovni posvet s kolegi o bolniku je nekaj povsem vsakdanjega in nikakor ni znak pomanjkljivega znanja. Ta navada je zaradi osamljenosti prav med zdravniki družinske medicine še najmanj razširjena. Treba se je navaditi sodelovati in spraševati tudi kolege, ki so zdravniki družinske medicine. Če bolnikovo stanje oziroma narava njegove bolezni dopuščata, je na posvetu lahko prisoten tudi on sam. Seveda o prisotnosti za vsak posamezni primer odloči njegov zdravnik.

Kadar se dva zdravnika znajdetata v vlogi zdravnika in bolnika, so okoliščine prav na poseben način obarvane; enako tudi, kadar je bolnik sorodnik, znanec ali prijatelj. Nekateri zdravniki v takih primerih odklanjajo pomoč, češ da bi bila preosebna, medtem ko drugi menijo, da se zdravniki šele takrat posebej potrudijo. Če se za kaj takega odločimo, je treba vedeti, da so zdravniki kot bolniki prav tako nebogljeni kot laiki. Tudi z njimi moramo razpravljati le o njihovem zdravstvenem problemu, ne pa o njihovem zdravniškem delu. Seveda jim ne bomo razlagali anatomije, pač pa zelo natančno načrt zdravljenja. To storimo prav tako, kot če bi bil bolnik laična oseba. Predvsem je treba prav vse, kar delamo, delati čisto običajno, brez vsakih

bližnjic ali površnosti. Enako velja, če se nam kot bolnik zaupa zdravnik, ki ga zelo cenimo ali je bil celo naš učitelj.

Pogostnost etičnih problemov

Na prvi pogled so opisani problemi videti res tako vsakdanji, da se jih, če nismo dovolj pozorni, ali o njih ne razmišljamo, niti ne zavedamo. Ker zdravnika vsak stik z bolnikom tudi moralno zavezuje, je problemov vseeno več, kot bi sodili na prvi pogled. In če gremo mimo njih, kot da jih ni, slabšamo odnos med zdravnikom in bolnikom, kar končno pomeni tudi slabši uspeh zdravljenja.

Etični problemi so v ambulanti družinske medicine izredno pogosti, če smo nanje le pozorni. Tako so v raziskavi, narejeni v ambulanti družinske medicine, v vzorcu 562 obiskov v ambulanti našli etični problem kar pri 33,6 % primerov (13).

Sklepi omenjene raziskave so bili:

- Etični problemi se pri delu v ambulanti pokažejo približno pri tretjini vseh obiskov.
- Z enim bolnikom je lahko povezanih tudi več etičnih problemov.
- Rang posameznih etičnih problemov je pri različnih starostnih skupinah različen.
- Pri odkrivanju etičnih problemov mora biti zdravnik miselno bolj usmerjen v bolnikov zdravstveni problem, manj pa v diagnozo oziroma bolezen. Potrebna je torej sprememba navadne, v bolezen usmerjene medicinske miselnosti.
- Če se pojavi etični problem, postane del zdravstvenega problema, ki ga obravnavata zdravnik in bolnik.
- Zdravnikove odločitve v zvezi z etičnimi problemi v ambulanti niso tako dramatične in usodne kot v bolnišnici, vendar zato nič lažje.

Sklep

Bolnikovega stanja ne smemo presojati z lastnimi stališči ali z vidika našega zdravljenja. Dolga leta na posteljo priklenjen nepomični bolnik se je že zdavnaj privadil svojemu stanju, ki je zanj normalno, in zna drugače kot mi uživati v vsaki prijetni malenkosti. Njegova kakovost življenja lahko celo prekaša našo, čeravno v zvezi z njim govorimo kot o siromaku ali življenja nevrednem življenju, in ga potem tako tudi obravnavamo.

S porajanjem novih spoznanj v medicini se odpirajo nova področja medicinske etike. Tako so dileme, povezane s koncem življenja, z medicinskimi napakami, zagotavljanjem prioritet, medicinskim izobraževanjem in biotehnologijo sami novi izzivi za medicinsko etiko (14). Bolniki so bolj izobraženi, več vedo o zdravju in boleznih ter aktivneje spremljajo zdravljenje oziroma želijo biti aktivni. Hočejo biti dobro poučeni in želijo soodločati pri kakršnem koli posegu ali zdravljenju.

Zdravniku, ki ni pripravljen na številne vsakodnevne etične zagate in ne zna ustrezno ukrepati, je zdravniško delo v manjše veselje. Spoznavanje in razumevanje etičnih problemov pri ambulantnem delu je zato pomembno za dobro prakso in boljše odločitve. Pogojuje hitrejše osebno zdravnikovo dozorevanje in izboljšuje njegov vpliv na bolnika.

Dober zdravnik prekaša druge bolj po stališčih in spretnostih kot po znanju. Lastnosti dobrega človeka so tudi lastnosti dobrega zdravnika. Res je, da se je mogoče veliko naučiti. Tudi igranja na kateri koli instrument se načeloma lahko nauči vsakdo. Pa je kljub temu med vsemi, ki ga znajo igrati, velika razlika, kako in zakaj ga igrajo.

Primer

Stephen W. Hawking, profesor matematike na Univerzi v Cambridgeu, eden največjih živečih mislincev, ki je v marsičem dopolnil Einsteinovo sliko časa in prostora (15), je povsem nepokreten bolnik s

progredientno amiotrofično lateralno sklerozo (ALS). Vendar sam takole opisuje svoje stanje: »Razen velike smole, da imam ALS oziroma bolezen motoričnega nevrona, sem v vseh drugih ozirih srečen človek. S pomočjo žene in otrok lahko razmeroma normalno živim in sem tudi poklicno uspešen. Dobro je, da sem si za svoje področje delovanja izbral teoretično fiziko, ki je predvsem stvar razuma. Moja telesna prizadetost tako ne pomeni resne ovire. Leta 1985 sem prebolel pljučnico in s traheostomijo, ki so mi jo napravili, sem izgubil govor. Nisem se mogel več sporazumevati. Prijatelj pa me je naučil uporabljati poseben sporazumevalni program, s katerim lahko pišem knjige in članke. Govorim s pomočjo sintetizatorja, pritrjenega skupaj z malim računalnikom na moj invalidski voziček. Z njim se zdaj lahko pogovarjam bolje kot prej, preden sem izgubil glas.«

Literatura:

1. Hewson, B. Why the human rights act matters to doctors. *Br Med J* 2000; 321: 780–1.
2. Graner JL. Thoughts and ethics. *Lancet* 1989; ii: 150.
3. Trontelj J. Etika biomedicinske raziskave na ljudeh: nasveti načrtovalcem raziskav in navodilo predlagateljem vlog za etično oceno. *Isis* 1998; 7: 27–30.
4. Voljč B. Preventiva in etika. *Zdrav Var* 1999;38: 331–3.
5. Herman J. The ethics of prevention: old twists and new. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 547–9.
6. Skrabanek P. Preventive medicine and morality. *Lancet* 1986; 143–4.
7. Švab I. Etični vidik preventive. V: Preventiva v družinski medicini. Slovensko zdravniško društvo 1996: 53–8.
8. Bremberg S, Nilstun T. Patient's autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 124–8.
9. Zwitter M, Nilstun T, Knudsen LE, Zakotnik B, Klocker J, Bremberg S, Frenz G, Klocker-Kaiser U, Pedersen J. Professional and public attitudes towards unsolicited medical intervention. *Br Med J* 1999; 318: 251–3.
10. Novack DH in sod. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *J Am Med Ass* 1989; 261: 2980–5.
11. Markota M. Zaštita osebnih podatka u zdravstvenom informacijskom sustavu. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 1999.
12. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford New York Toronto Melbourne: Oxford University Press, 1987.
13. Connelly JE, DalleMura S. Ethical problems in the medical office. *J Am Med Ass* 1988; 260: 812–5.
14. Singer PA. Recent advances. Medical ethics. *Br Med J* 2000; 321:382–5.
15. Hawking SW. A brief history of time. Toronto New York London Sydney Auckland: Bantam Books, 1989.