

Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi seminar suhtlemisest meditsiinis

Sirli Saar – Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts

3.–4. märtsil 2012 toimus Värskas Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi (EAÜS) iga-aastane talveseminar, mille teemaks oli patsiendi ja tema omastega suhtlemine keerulistes olukordades ning rasketel teemadel. Seminari teemavaliku tingis asjaolu, et meditsiinipraktikas tekkivate konfliktide põhjuseks on enamikul juhtudel just suhtlusprobleemid ning teatud olukordades (nt teatamine haige surmast, halva prognoosiga haigusest, mittetulemuslikust ravist) peavad meedikud hoolikalt valima suhtlusstiili ja sõnumite edastamise viisi. Tulevasi arste olid õpetama tulnud psühholoog Marju Koor, intensiivraviarst dr Katrin Elmet ja onkoloog dr Jana Jaal.

Kõigepealt võeti vaatluse alla suhtlemiskompetentsus ja selle arendamine, samuti inimeste võimalikud kriisireaktsioonid ning nendega toime tulek. Nendes ja teistes eduka suhtlemise valdkondades valgustas osalejaid psühholoog Marju Koor. Olulisim suhtlemist soodustav tegur on oskuslik ja toetav kuulamine. Hea kuulaja reageerib ideedele, mitte inimesele, annab rääkijale aega ning ruumi mõtlemiseks ja suhtleb osapoolte võrdsusest lähtuvalt. Aktiivne kuulamine aitab luua usaldusväärse suhte patsiendi ja/või tema omastega ning ennetada võimalikke konflikte. Sõnumeid tasuks edastada n-ö positiivses võtmes, sest see soosib inimese enesemotivatsiooni haigusega toime tulla. Olulisim tuleks öelda esimesena ja seda vajaduse korral vestluse lõpus korrata. Suhtlemisoskusi on kindlasti võimalik trennida ja sellealane enesetäiendus toob igale arstile ainult kasu.

Dr Elmet rääkis halva uudise edastamisest intensiivraviarsti kogemuse alusel. Intensiivravis toimub suhtlus

eeskätt just lähedastega, sest patsiendi ise on sageli otsustusvõimetu. Sõnumitooja tegevuse kvaliteet määrab juhtumiga seotud inimeste edasises elus palju, sealhulgas leinaprotsessis. Halva uudise edastamine on dr Elmeti arvates nii raske põhjusel, et meedikud ise kardavad nii enda kui ka vastaspoole vallanduvaid emotsionaalseid reaktsioone, tunnet näida ebakompetentsena, kimbatust soovitude andmisel ning võimalikke süüdistusi. Tema sõnul on intensiivravi meeskonnatöö ja on ülimalt oluline, et kõik arstid informeeriks ühtemoodi.

Vestluse läbiviimise meetodika koosneb mitmest etapist. Ettevalmistuse käigus luuakse suhtluseks sobivad tingimused ja viiakse end juhtumiga kurssi. Sissejuhatuses tuleks lisaks enda tutvustamisele kindlaks teha, kes on sinu suhtluspartner, kui palju ta olukorrast juba teab ning kuidas seda mõistab. Järgmisena tuleks kindlaks teha omaste sättumus: kas nad valmis ka reaalselt kuulma ja teavet omandama ning kui suures mahus nad teavet saada soovivad. Infoedastusele järgnevaid emotsionaalseid reaktsioone tuleks soosida ja traagilistes olukordades on täiesti normaalne meedikutel näidata välja oma tundeid. Arsti empaatia aitab olukorraga paremini toime tulla nii patsiendil, tema omastel kui ka arstil endal. Vestluse viimane osa peaks käsitlema plaani, mis edasi saab. Tavapäraste vigadena toob dr Elmet välja plaani puudumise ja kiirustamise. Sagedane viga on ka, et ei veenduta, mis ulatuses infot üldse saada tahetakse. Inimese info omandamise ja sellega toimetuleku võime on erinev ning mitteteadmise soovi tuleb samuti respektierida. Tuleb anda aega mõtlemiseks, info

töötlemiseks ja küsimuste esitamiseks. Halva uudise edastamise juures tuleb olla konkreetne ja mitte karta öelda sõna „surm“.

Kolmanda teemana tutvustas dr Jaal konkreetsete haigusjuhtumite alusel meditsiinilise suhtluse iseärasusi onkoloogias. Väga oluline on anda patsiendile lootust oma elu välja vaatesse ning tugevdada usku ravi meetodi tõhususse. Vähihaige jaoks tähendab diagnoosi saamine olulisi elumuutusi. Oluline on anda infot nii prognoosi kui ka haiguse tõenäolise kulu kohta. Täielik arusaamine haiguse olemusest ja ravivõimalustest ning nendega kaasnevatest riskidest aitab kaasa patsiendi koostöövalmidusele ja ravi järgimisele. Kui infovahetus jääb puudulikuks, suureneb oluliselt tõenäosus, et patsient pöördub kõrvale teaduslikust meditsiinist ning loobub ravivõimalustest. Samuti suureneb rahulolematuse ja konfliktide tekkimise tõenäosus. Oluline on silmas pidada, et ajukasvajad võivad ise tingida käitumuslikke muutusi, mida patsient ei suuda tahtlikult kontrollida ja mis võivad omakorda suhtlust komplitseerida. Dr Jaal tunnistas samuti, et öelda patsiendile „rohkem ei saa me teie jaoks midagi teha“ on palju raskem, kui informeerida teda kasvaja diagnoosist.

Ürituse tulemusena sai igaüks aru, et meditsiiniline suhtlemine oma mitmete tahkudega peaks kuuluma eraldi õppeainena arstiteaduskonna õppekavva. Et pakkuda patsientidele igakülgset kvaliteetset arstiabi, peavad arstil lisaks meditsiinilisele kompetentsusele olema ka päris head teadmised ja oskused suhtlemispsühholoogias.

sirli.saar@gmail.com