

Strokovni prispevek/Professional article

VPLIV SPECIALIZACIJE IZ DRUŽINSKE MEDICINE NA ZAZNAVANJE IN REŠEVANJE ETIČNIH DILEM

INFLUENCE OF SPECIALISTIC TRAINING IN FAMILY MEDICINE ON DETECTION AND MANAGEMENT OF ETHICAL DILEMMAS

Zalika Klemenc-Ketiš,¹ Janja Ojsteršek,² Janko Kersnik³

¹ Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med., spec. spl. med., Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

² Janja Ojsteršek, dr. med., specializantka družinske medicine, Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

³ Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., spec. spl. med., Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15, 2000 Maribor in Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Izvleček

- Izhodišča** *Etične dileme so pomemben del vsakdanjega dela zdravnika družinske medicine. Ena od možnosti kakovostnejšega dela je tudi učinkovito podiplomsko izobraževanje na področju etike. Z raziskavo smo želeli opredeliti vpliv specializacije iz družinske medicine na zaznavanje in težavnost reševanja etičnih dilem. Predvidevali smo, da bodo etične dileme med specialisti družinske medicine zaznane pogosteje, težavnost reševanja pa se jim bo zdela lažja.*
- Metode** *V presečno raziskavo smo vključili naključni vzorec 259 zdravnikov družinske medicine (30 % celotne populacije). Anketiranci so izpolnili vprašalnik, sestavljen iz 14 vprašanj o pogostosti in težavnosti reševanja etičnih dilem v družinski medicini. Odgovore so razporedili na 5-točkovni lestvici z maksimalnim možnim seštevkem točk 100.*
- Rezultati** *Odgovorilo je 142 zdravnikov družinske medicine (55-odstotni odziv). Specialisti in specializanti družinske medicine etične dileme zaznavajo pogosteje kot zdravniki brez specializacije ($37,0 \pm 12,6$ proti $30,7 \pm 10,8$; $P = 0,05$). Prav tako jih specializanti družinske medicine zaznavajo pogosteje kot zdravniki brez specializacije ($39,5 \pm 12,5$ proti $30,7 \pm 10,8$, $P = 0,04$). Specialisti in specializanti družinske medicine so v primerjavi z zdravniki brez specializacije reševanje etičnih dilem opredelili kot težavnejše ($57,3 \pm 11,6$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,001$). Podobne razlike obstajajo tudi med specialisti družinske medicine in zdravniki brez specializacije ($56,7 \pm 11,7$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,003$) in med specializanti družinske medicine ter zdravniki brez specializacije ($62,0 \pm 10,0$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,001$).*
- Zaključki** *Zdravniki družinske medicine potrebujejo kakovostno podiplomsko izobraževanje na področju zaznavanja in obvladovanja etičnih dilem. Vprašalnik o etičnih dilemah je zanesljivo orodje za ugotavljanje učinkovitosti izobraževalnega procesa.*
- Ključne besede:** *bioetika; družinska medicina; izobraževanje; obravnava bolnikov; presečna raziskava*

Avtorica za dopisovanje / Corresponding author:

Zalika Klemenc-Ketiš, Kersnikova cesta 1, 3320 Velenje, tel: 03/8963120, e-mail: zalika.klemenc-ketis@uni-mb.si

Abstract

- Background** *Ethical dilemmas are an important part of daily routine in family practice. One of the options for better quality in family practice is also an effective postgraduate education in the field of bioethics. We wanted to determine the influence of the specialization process on the susceptibility of family physicians to ethical dilemmas and their solving difficulty. We hypothesized that specialists in family medicine would detect the ethical dilemmas more often and that they would report of less problems in their managing.*
- Methods** *The cross-sectional study included a random sample of 259 Slovenian family medicine physicians (30 % of the whole population of family physicians). Participants were given a self-administered questionnaire on perceived ethical dilemmas in family practice with responses on a 5-point scale and a maximum score of 100.*
- Results** *In the final analysis 142 Slovenian family medicine physicians (55 % response rate) were included. Specialists in family medicine and residents of family medicine reported ethical dilemmas more often than their colleagues without specialization (37.0 ± 12.6 vs. 30.7 ± 10.8 ; $P = 0.05$). Similarly, the residents of family medicine reported ethical dilemmas more often than their colleagues without specialization (39.5 ± 12.5 vs. 30.7 ± 10.8 , $P = 0.04$). Specialists in family medicine and residents of family medicine considered solving ethical dilemmas to be more difficult than their colleagues without specialization (57.3 ± 11.6 vs. 47.1 ± 11.8 , $P = 0.001$). The same differences exist also between the specialists in family medicine and their colleagues without specialization (56.7 ± 11.7 vs. 47.1 ± 11.8 , $P = 0.003$) and between the residents of family medicine and their colleagues without specialization (62.0 ± 10.0 vs. 47.1 ± 11.8 , $P = 0.001$).*
- Conclusions** *Physicians that are working in family practices need effective postgraduate education in the field of detection and management of ethical dilemmas. The questionnaire for perceived ethical dilemmas proved to be a reliable instrument for evaluation of education's effectiveness.*
- Key words:** *bioethics; family practice; education; patient care management; cross-sectional survey*

Uvod

Pri obravnavi bolnikov mora zdravnik spoštovati štiri osnovna etična načela, to so pravičnost, dobronamernost, neškodljivost in avtonomnost.¹ Etična dilema nastane, kadar je na voljo več možnosti za obravnavo določenega problema, a vsaj katera od možnih rešitev ne vodi k pozitivnemu izidu.² Poseben vir etičnih dilem je edinstven odnos med zdravnikom družinske medicine in njegovim bolnikom, ki temelji na dolgotrajnem poklicnem pa tudi osebnem odnosu; poleg zdravljenja trenutnega bolezenskega stanja je namenjen tudi izvajanju preventive, upoštevanju socialno-ekonomskih okoliščin in družinske dinamike.³⁻⁵

Kljub pomembnosti problematike, ki velikokrat vpliva tudi na zdravje zdravnika,^{6,7} je področje etičnih dilem v družinski medicini v Sloveniji, pa tudi v svetu, slabo raziskano. Do sedaj so ugotovili, da so najpogostejše etične dileme, s katerimi se srečujejo zdravniki družinske medicine pri svojem vsakdanjem delu, povezane s pomanjkanjem časa in finančnih sredstev pri obravnavi bolnika,^{8,9} odnosom v timu, paternalizmom,¹⁰ kontracepcijo, obveščeni pristankom¹¹ in dvomljivimi ali nepopolnimi sposobnostmi zdravnikovega odločanja.¹² Najteže rešljive etične dileme v družinski medicini so povezane z obravnavo bolnikov z roba

družbe, s sumom na zlorabo bolnika in omejenimi finančnimi sredstvi, namenjenimi za zdravstveno varstvo.¹³ Na etične odločitve vplivajo starost in spol zdravnika, opravljena specializacija iz družinske medicine, regija, kjer zdravnik dela, in njegovo versko prepričanje.^{13,14}

Prav proces specializacije iz družinske medicine je pomemben način, s katerim lahko vplivamo na zaznavanje, soočanje in reševanje etičnih dilem v ambulantni družinski medicini.^{3,15,16} Za uspešne so se izkazali tudi podiplomski tečaji iz etike.¹² V Sloveniji je v program specializacije iz družinske medicine vključeno tudi izobraževanje o etiki, ki poteka v obliki modula. Obravnava naslednje teme: zaupnost, odgovornost, sporočanje resnice, sporočanje slabe novice, odnosi v timu, zloraba, odnos s sekundarno ravnijo zdravstva, dileme umiranja in smrti ter zdravniške napake.¹⁷

Z raziskavo smo želeli opredeliti vpliv specializacije iz družinske medicine na pogostost etičnih dilem in težavnost njihovega reševanja. Predvidevali smo, da bodo specializanti in specialisti družinske medicine v primerjavi s tistimi brez specializacije o etičnih dilemah zaradi boljšega prepoznavanja o njih poročali pogosteje, težavnost reševanja pa se jim bo zaradi vpliva izobraževanja zdela lažja.

Metode

Zasnova raziskave

Izvedli smo presečno raziskavo na naključno izbranem vzorcu slovenskih zdravnikov družinske medicine, ki delajo v osnovnem zdravstvu. Raziskava je bila del mednarodne raziskave, ki je potekala v več evropskih državah.¹⁸ Raziskavo je odobrila državna komisija za medicinsko etiko.

Vzorec

Iz registra zdravnikov družinske medicine smo izbrali naključni vzorec 259 slovenskih zdravnikov družinske medicine, kar predstavlja 30 % celotne populacije zdravnikov, ki delajo v ambulantah družinske medicine. V času raziskave je štela 854 zdravnikov družinske medicine.

Zbiranje podatkov

Uporabili smo angleško različico vprašalnika, ki ga je razvil Altisent Trota s sodelavci,¹⁸ in ga v skladu s priporočenimi smernicami¹⁹ prevedli v slovenščino. Vprašalnik je sestavljen iz 14 vprašanj o najpogostejših etičnih dilemah, s katerimi se soočajo zdravniki na osnovni ravni. Na vsako vprašanje je možnih 5 odgovorov. Pri pogostosti pojavljanja etičnih dilem se odgovori vrstijo od 1 - »le izjemoma« do 5 - »zelo pogosto«, pri težavnosti reševanja etičnih dilem pa od 1 - »zelo lahko rešljivi« do 5 - »zelo težko rešljivi«.

Po pošti (marec 2008) smo izbranemu vzorcu zdravnikov družinske medicine poslali vprašalnik in obrazec, namenjen zbiranju naslednjih podatkov o sodelujočih zdravnikih: spol, starost, delovna doba in specializacija (specialist splošne/družinske medicine, specializant družinske medicine, zdravnik v osnovnem zdravstvu brez specializacije). Vsak zdravnik je prejel tudi kuverto za odgovor, opremljeno z znamko. Po mesecu dni smo vsem sodelujočim poslali opomnik s prošnjo, da izpolnjene vprašalnike vrnejo na naš naslov, če tega še niso storili.

Statistična analiza

Uporabili smo programski paket SPSS verzija 13.0 (SPSS Inc., Chigaco, IL, USA). Najprej smo uporabili metode deskriptivne statistike. Za oba dela vprašalnika (pogostost in težavnost) smo ločeno izračunali koeficient zanesljivosti (Cronbach alfa). Seštevek vseh odgovorov smo za namene statistične analize matematično priredili tako, da smo dobili razpon minimalnega in maksimalnega števila točk med 0 in 100 za vsoto vseh 14 vprašanj. Uporabili smo naslednji obrazec: $[(\sum \text{vprašanj } 1-14) \times 100 / (5 \times 14)] \times 1,25 - 25$. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med različnimi spremenljivkami smo uporabili t-test neodvisnih vzorcev in Anova test one-way. Zvezne spremenljivke smo razdelili v dve skupini na osnovi vrednosti mediane. Mejo za statistično pomembne razlike smo opredelili kot $P < 0,05$.

Rezultati

Vseh 142 vrnjenih vprašalnikov (55-odstotni odziv) smo vključili v končno analizo. Tako smo z raziskavo zajeli 16,6 % celotne populacije slovenskih zdravnikov družinske medicine. Med anketiranimi zdravniki je bilo 109 specialistov družinske medicine (od tega 46 (32,4 %) moških), 15 specializantov družinske medicine (od tega 5 (3,5 %) moških) in 18 zdravnikov brez specializacije, ki delajo na osnovni ravni zdravstva (od tega 7 (4,9 %) moških).

Povprečna starost anketiranih zdravnikov je bila $47,5 \pm 7,4$ leta, povprečna delovna doba pa $20,3 \pm 8,5$ leta. Povprečna starost specialistov družinske medicine je bila $47,7 \pm 6,5$ leta, specializantov družinske medicine $39,8 \pm 8,0$ let in zdravnikov brez specializacije $55,0 \pm 4,8$ leta. Povprečna delovna doba specialistov družinske medicine je bila $20,3 \pm 7,9$ leta, specializantov $12,2 \pm 8,4$ leta in zdravnikov brez specializacije $26,9 \pm 5,9$ leta. Zanesljivost obeh delov vprašalnika je bila dobra (Cronbachov koeficient α za del o pogostosti je bil 0,76, za del o težavnosti pa 0,77).

Zaznavanje etičnih dilem

Zdravniki družinske medicine v Sloveniji etične dileme zaznavajo sorazmerno pogosto ($36,2 \pm 12,5$ od možnih 100 točk). Specialisti in specializanti družinske medicine jih zaznavajo pogosteje kot zdravniki brez specializacije ($37,0 \pm 12,6$ proti $30,7 \pm 10,8$; $P = 0,05$). Prav tako jih specializanti družinske medicine zaznavajo pogosteje kot zdravniki brez specializacije ($39,5 \pm 12,5$ proti $30,7 \pm 10,8$, $P = 0,04$). Najbolj pogosto zaznane etične dileme v ambulantah družinske medicine so povezane z omejenimi finančnimi sredstvi, s poskusom bolnika, da izkorišča zdravstvene storitve, in s težavami pri odnosu s sekundarno ravnijo zdravstva. Najmanj pogosto zaznane etične dileme pa so povezane s sumom zlorabe bolnika, s spori v timu, z obravnavo mladostnikov in s sporočanjem resnice (Tab. 1). Analiza posameznih vprašanj glede na status specializacije je pokazala, da imajo specialisti družinske medicine v primerjavi s specializanti večkrat težave v zvezi z omejenimi finančnimi sredstvi ($3,5 \pm 1,1$ proti $2,9 \pm 1,1$, $P = 0,029$), specializanti pa imajo večkrat težave s sporočanjem slabe novice ($2,3 \pm 0,9$ proti $1,9 \pm 0,7$, $P = 0,039$). Specialisti družinske medicine imajo v primerjavi z zdravniki brez specializacije večkrat težave z odnosom s sekundarno ravnijo ($3,6 \pm 1,1$ proti $3,1 \pm 1,3$, $P = 0,048$) in s spornimi situacijami v zvezi s farmacevtsko industrijo ($2,4 \pm 1,2$ proti $1,7 \pm 1,1$, $P = 0,017$). Specializanti družinske medicine imajo v primerjavi z zdravniki brez specializacije večkrat težave z omejenimi finančnimi sredstvi ($2,9 \pm 1,1$ proti $3,7 \pm 1,2$, $P = 0,047$), z zanemarjenimi in zapuščenimi bolniki ($2,9 \pm 1,1$ proti $2,0 \pm 1,1$, $P = 0,032$), s spori v timu ($2,1 \pm 1,1$ proti $1,3 \pm 0,5$, $P = 0,01$) in z obravnavo imigrantov ($2,6 \pm 1,4$ proti $1,6 \pm 0,8$, $P = 0,016$).

Težavnost reševanja etičnih dilem

Zdravniki družinske medicine v Sloveniji so težavnost reševanja etičnih dilem opredelili kot povprečno

Tab. 1. Pogostost etičnih dilem glede na specializacijo zdravnikov.

Table 1. Prevalence of ethical dilemmas according to the specialization status of physicians.

	Število (in %) zdravnikov / No. (and %) of physicians					
	ZSDM*		SDM†		ZBS‡	
Etična dilema Ethical dilemma	1+2§	4+5¶	1+2§	4+5¶	1+2§	4+5¶
1. Bolnikova začasna nezmožnost za delo Patient's temporary inability to work	76 (69,7)	14 (12,9)	7 (46,6)	4 (26,6)	12 (66,7)	1 (5,6)
2. Odnos s sekundarno ravniyo Relationship with specialized health care	18 (16,5)	62 (56,9)	3 (20,0)	7 (46,6)	7 (28,9)	7 (38,9)
3. Omejena finančna sredstva Use of limited resources	21 (19,3)	57 (52,3)	7 (46,7)	5 (33,4)	4 (22,2)	10 (55,6)
4. Bolniki, ki poskušajo zlorabiti zdravstvene storitve Patients trying to abuse the health care services	12 (11,0)	58 (53,2)	3 (20,0)	6 (40,0)	5 (27,8)	9 (50,0)
5. Zaupnost Confidentiality	79 (72,5)	10 (9,2)	12 (80,0)	2 (13,3)	16 (88,9)	1 (5,6)
6. Zanemarjeni in zapuščeni bolniki Abandoned and unattended patients	72 (65,2)	14 (12,9)	8 (53,3)	4 (26,6)	15 (83,3)	2 (11,2)
7. Sporočanje slabe novice Check expression	94 (86,2)	15 (13,8)	10 (66,6)	5 (36,3)	14 (77,7)	4 (22,3)
8. Spori v timu Disputes within the clinic team	88 (80,8)	10 (9,2)	11 (73,3)	3 (20,0)	18 (100,0)	0 (0)
9. Bolniki, ki zahtevajo predpis zdravila Patients requesting prescription	49 (45,4)	23 (21,3)	6 (42,9)	5 (35,5)	9 (50,0)	4 (22,3)
10. Težave s strokovnim izobraževanjem Difficulties in updating physicians' education	61 (55,9)	22 (20,2)	6 (40,0)	2 (13,3)	13 (72,2)	2 (11,2)
11. Sporne situacije s farmacevtsko industrijo Controversial situation regarding pharmaceutical industry	64 (58,7)	21 (19,3)	8 (53,3)	4 (26,6)	15 (83,3)	1 (5,6)
12. Sum na zlorabo Suspicion of abuse	106 (97,3)	0 (0)	14 (93,3)	0 (0)	15 (88,2)	1 (5,9)
13. Obravnava mladostnikov Care adolescent	82 (77,3)	8 (7,5)	14 (93,3)	0 (0)	12 (70,5)	2 (11,8)
14. Obravnava imigrantov Immigrant care	80 (74,8)	13 (12,2)	9 (60,0)	3 (20,0)	16 (94,1)	1 (5,9)

*ZSDM: specialist splošne/družinske medicine / Specialist in general practice/family medicine - †SDM: specializant družinske medicine / Resident of family medicine - ‡ZBS: zdravnik brez specializacije / General practitioner without specialist training - §: Le izjemoma + ne prav pogosto / Unusual + not very frequent - ¶: Zelo pogosto + dokaj pogosto / Quite frequent + very frequent

Tab. 2. Težavnost reševanja etičnih dilem glede na specializacijo zdravnikov.

Table 2. Solving difficulty of ethical dilemmas according to the specialization status of physicians.

	Število (in %) zdravnikov / No. (and %) of physicians					
	ZSDM*		SDM†		ZBS‡	
Etična dilema Ethical dilemma	1+2§	4+5¶	1+2§	4+5¶	1+2§	4+5¶
1. Bolnikova začasna nezmožnost za delo Patient's temporary inability to work	17 (16,2)	25 (23,8)	0 (0)	8 (53,3)	5 (29,4)	2 (11,8)
2. Odnos s sekundarno ravniyo Relationship with specialized health care	9 (8,4)	52 (48,6)	0 (0)	9 (60,0)	2 (11,8)	7 (41,2)
3. Omejena finančna sredstva Use of limited resources	7 (6,5)	73 (68,3)	0 (0)	10 (66,6)	2 (11,8)	7 (40,1)
4. Bolniki, ki poskušajo zlorabiti zdravstvene storitve Patients trying to abuse the health care services	3 (2,8)	64 (60,4)	1 (6,7)	5 (33,3)	4 (23,5)	6 (35,3)
5. Zaupnost Confidentiality	60 (53,6)	11 (10,3)	9 (60,0)	3 (20,0)	10 (58,9)	1 (5,9)
6. Zanemarjeni in zapuščeni bolniki Abandoned and unattended patients	3 (2,8)	95 (89,6)	0 (0)	15 (100,0)	2 (11,8)	11 (66,7)
7. Sporočanje slabe novice Breaking bad news	30 (28,0)	28 (26,4)	4 (26,7)	5 (33,4)	8 (47,1)	1 (5,9)
8. Spori v timu Disputes within the clinic team	28 (35,8)	36 (34,0)	3 (21,4)	4 (28,6)	12 (70,6)	0 (0)
9. Bolniki, ki neupravičeno zahtevajo predpis zdravila Patients requesting prescription	40 (37,7)	13 (12,3)	5 (35,7)	2 (14,2)	7 (43,8)	2 (12,6)
10. Težave s strokovnim izobraževanjem Difficulties in updating physicians' education	39 (36,5)	28 (26,2)	2 (13,4)	7 (46,6)	6 (35,3)	5 (29,4)
11. Sporne situacije s farmacevtsko industrijo Controversial situation regarding pharmaceutical industry	64 (60,4)	15 (14,1)	7 (46,7)	2 (13,3)	14 (73,3)	0 (0)
12. Sum na zlorabo Suspicion of abuse	6 (5,8)	84 (80,7)	0 (0)	13 (92,9)	1 (5,6)	14 (77,7)
13. Obravnava mladostnikov Care for adolescents	18 (17,3)	38 (36,5)	0 (0)	10 (66,7)	6 (33,3)	5 (27,8)
14. Obravnava imigrantov Immigrant care	22 (21,0)	27 (25,7)	2 (13,3)	6 (40,0)	10 (55,5)	3 (16,7)

*ZSDM: specialist splošne/družinske medicine/Specialist in general practice/family medicine - †SDM: specializant družinske medicine/Resident of family medicine - ‡ZBS: zdravnik brez specializacije/General practitioner without specialist training - §Zelo lahko rešljive + lahko rešljive/Very easy to solve + easy to solve - ¶Dokaj težko rešljive + zelo težko rešljive/ Quite hard to solve + very hard to solve

($3,2 \pm 0,9$, od možnih 5 točk in $56,1 \pm 12,1$ od možnih 100 točk). Specialisti in specializanti družinske medicine so v primerjavi z zdravniki brez specializacije reševanje etičnih dilem opredelili kot težavnejše ($57,3 \pm 11,6$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,001$). Podobne razlike obstajajo tudi med specialisti družinske medicine in zdravniki brez specializacije ($56,7 \pm 11,7$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,003$) in med specializanti družinske medicine ter zdravniki brez specializacije ($62,0 \pm 10,0$ proti $47,1 \pm 11,8$, $P = 0,001$). Najteže rešljive se zdravnikom v družinski medicini zdijo etične dileme v zvezi z zanemarjenimi in zapuščenimi bolniki, s sumom na fizično, spolno ali drugo zlorabo bolnika in v zvezi z omejenimi finančnimi sredstvi. Najlažje rešljive pa se jim zdijo sporne situacije v zvezi s farmacevtsko industrijo, s spori v timu in z zaupnostjo (Tab. 2). Specialisti družinske medicine v primerjavi s specializanti družinske medicine lažje rešujejo situacije v zvezi z bolniškim dopustom ($3,1 \pm 0,8$ proti $3,5 \pm 0,5$, $P = 0,048$) in v zvezi z obravnavo mladostnikov ($3,3 \pm 1,0$ proti $2,2 \pm 0,7$, $P = 0,037$). Specialisti družinske medicine v primerjavi z zdravniki brez specializacije težje rešujejo situacije v zvezi z bolniki, ki skušajo zlorabiti zdravstvene storitve ($3,8 \pm 0,8$ proti $3,2 \pm 1,0$, $P = 0,013$), v zvezi z zanemarjenimi in zapuščenimi bolniki ($4,4 \pm 0,8$ proti $3,9 \pm 1,2$, $P = 0,024$), v zvezi s spori v timu ($3,0 \pm 1,2$ proti $1,9 \pm 0,8$, $P = 0,001$), v zvezi s spornimi situacijami s farmacevtsko industrijo ($2,3 \pm 1,1$ proti $1,6 \pm 0,8$, $P = 0,022$) in v zvezi z obravnavo imigrantov ($3,0 \pm 0,9$ proti $2,4 \pm 1,2$, $P = 0,016$). Specializanti družinske medicine v primerjavi z zdravniki brez specializacije težje rešujejo težave v zvezi z bolniškim dopustom ($3,5 \pm 0,5$ proti $2,8 \pm 0,9$, $P = 0,011$), s sporočanjem slabe novice ($3,1 \pm 0,9$ proti $2,5 \pm 0,7$, $P = 0,045$), s spori v timu ($3,1 \pm 0,7$ proti $1,9 \pm 0,8$, $P < 0,001$), s spornimi situacijami s farmacevtsko industrijo ($2,5 \pm 1,0$ proti $1,6 \pm 0,8$, $P = 0,014$) in z obravnavo imigrantov ($3,4 \pm 0,9$ proti $2,4 \pm 1,2$, $P = 0,014$), lažje pa težave v zvezi z obravnavo mladostnikov ($2,2 \pm 0,7$ proti $2,9 \pm 1,2$, $P = 0,013$).

Razpravljanje

Zdravniki družinske medicine v Sloveniji pri svojem vsakdanjem delu zaznavajo etične dileme sorazmerno pogosto, težavnost njihovega reševanja pa je dojemata kot srednje težka, kar se večinoma ujema z dosedanjimi ugotovitvami.^{8, 9, 11, 12, 20} Specialisti in specializanti družinske medicine v primerjavi z zdravniki brez specializacije zaznavajo etične dileme pogosteje, prav tako pa jih težje rešujejo. Slednje je v nasprotju z našo začetno hipotezo, pa tudi z izsledki drugih raziskav, ki so pokazale, da je specializacija družinske medicine pomemben dejavnik pri izboljšanju reševanja etičnih dilem.^{3, 16} Možni vzroki so lahko trije. Prvi vzrok je lahko v tem, da zdravniki brez specializacije nimajo dodatnih znanj o možnih etičnih dilemah in njihovem pomenu ter o manjši stopnji zaznavanja etičnih dilem in njihovem lažjem reševanju poročajo zgolj na podlagi izkušenj, ki so si jih nabrali z leti, kar potrjujejo tudi druge raziskave.^{13, 20} O pojavu težav poročajo predvsem pri tistih etičnih dilemah, ki se v praksi redko pojavljajo (npr. zanemarjeni in zapuščeni bolniki, sum na zlorabo, obravnavo imigrantov). Za te pa je malo možnosti,

da bi z izkušnjami pridobili dovolj znanja za pravilno ukrepanje. To potrjujejo tudi izsledki naše raziskave, saj so te vrste etičnih dilem zdravniki brez specializacije opredelili kot težje rešljive. Drugi vzrok bi lahko iskali v dejstvu, da je bila (glede na povprečno starost zdravnikov specialistov družinske medicine) večina deležna prejšnjega programa specializacije iz splošne medicine, ko omenjenih tem ni bilo v programu. Tretji vzrok pa bi lahko bilo tudi pomanjkljivo in nezadostno stalno podiplomsko izpopolnjevanje na tem področju.

Specializanti družinske medicine najpogosteje zaznavajo tiste etične dileme, ki so povezane s finančnimi omejitvami njihovega dela. Te tudi težje rešujejo. To je verjetno posledica značilnosti države v tranziciji, saj je izročilo o vsesplošni dostopnosti zdravstvenih storitev še vedno živo.²¹ Zanimivo je, da najtežjih etičnih dilem, kot so sporočanje slabe novice in sum na zlorabo bolnika, ne zaznavajo pogosto, kar je v nasprotju z ugotovitvami drugih raziskav.^{11, 12} Po drugi strani pa specializanti te dileme precej pogosto zaznavajo, proti pričakovanjem pa zanje niso težko rešljive.

Proces specializacije iz družinske medicine lahko pomembno vpliva na zaznavanje in reševanje etičnih dilem. Zdravniki tako postanejo zanje bolj dovzetni in jih kot takšne lažje ter pogosteje zaznavajo, posledično pa jih težje rešujejo. Sporočanje slabe novice je dober primer učinkovitega podiplomskega izobraževanja o sporazumevanju, ki v Sloveniji poteka že nekaj časa, saj dilem v zvezi s sporočanjem slabe novice in z zaupnostjo med specialisti družinske medicine ne zaznavajo pogosto, pa tudi zanje niso težko rešljive. Pomembno je tudi, da se pomanjkanje izkušenj pri zdravnikih nadomesti z učinkovitimi dodiplomskimi in podiplomskimi izobraževalnimi postopki na področju soočanja z etičnimi dilemami in reševanja teh dilem.

Čeprav je raziskava pokazala pomembne razlike v zaznavanju in reševanju etičnih dilem med specialisti in specializanti družinske medicine ter zdravniki brez specializacije, vpliva starosti zdravnikov na razlike ne moremo izključiti. Tako zgolj na osnovi izsledkov te raziskave ni možno z gotovostjo trditi, da je specializacija iz družinske medicine edini vzrok za razlike. Kljub temu pa smo z raziskavo opozorili na pomembnost etičnih dilem in opozorili na tiste, katerim bi lahko med procesom specializacije dali več pozornosti. To so etične dileme v zvezi z odnosi v timu in s sekundarno ravnijo zdravstvenega varstva, s finančnimi omejitvami glede izvajanja zdravstvenega varstva in z obravnavo zlorabljenih, zapuščenih oziroma zanemarjenih bolnikov ter obrobni skupin (imigranti). Poleg učinkovitejšega dela bi zdravnike družinske medicine tako lahko obvarovali tudi pred sindromom izgorelosti, saj so prav težave v zvezi z reševanjem etičnih dilem pogost, vendar podcenjen vir stresa.²⁰

Vsak izobraževalni proces potrebuje učinkovito in zanesljivo orodje za ocenjevanje uspešnosti. Vprašalnik o etičnih dilemah, ki smo ga uporabili, se je izkazal za zanesljivo orodje. Poleg uporabe za merjenje pogostosti zaznavanja etičnih dilem v družinski medicini in težavnosti njihovega reševanja bi se lahko uporabljal tudi kot ocenjevalni pripomoček za ugotavljanje učinkovitosti izobraževalnega procesa na področju etike.

Največja prednost te raziskave je naključno izbran vzorec, zaradi česar lahko, kljub nekoliko manjšemu odzivu, ki pa je glede na vrsto raziskave pričakovan in običajen, izsledke raziskave posplošimo na vso populacijo zdravnikov družinske medicine. Prav slabša odzivnost pa bi povzročila nastanek pristranosti izbire. To bi lahko povzročile tudi razlike v deležu vseh treh profilov zdravnikov, ki delajo v ambulantah družinske medicine glede na dejansko stanje. Razmerje med vsemi tremi profili zdravnikov, ki delajo v ambulantah družinske medicine v Sloveniji, je naslednje: 64,5 % predstavljajo specialisti družinske medicine, 5,3 % specializanti družinske medicine in 30,1 % zdravniki brez specializacije.²² V našem vzorcu pa je bil s 76,8 % večji delež specialistov družinske medicine in z 10,6 % specializantov družinske medicine v primerjavi z le 12,7 % zdravnikov brez specializacije. Naključno vzorčenje pa je vzrok za še eno pomanjkljivost raziskave, ki se kaže predvsem v dejstvu, da ni znano, koliko anketiranih specializantov družinske medicine je bilo že deležnih podiplomskega izobraževanja o etičnih dilemah. Prav tako je delež specializantov in zdravnikov brez specializacije v vzorcu sorazmerno majhen, kar bi lahko vplivalo na natančnost rezultatov.

Sklepi

Naša raziskava je pokazala, da so etične dileme v družinski medicini pogosto zaznane v situacijah, ki zahtevajo takojšnjo odločitev. Čeprav imajo v nekaterih državah zdravniki na voljo svetovanje strokovnjakov za področje etike, pa se to za delo v družinski medicini ni izkazalo za učinkovito.²³ Očitno zdravniki družinske medicine potrebujejo dovolj lastnega znanja za učinkovito in takojšnjo prepoznavo ter rešitev etične dileme, kar pa bodo najbolj pridobili s sistematičnim podiplomskim izobraževanjem na tem področju. Za nadaljnje raziskovanje vpliva specializacije iz družinske medicine bi bilo potrebno izvesti primerjalno raziskavo med dvema vzorcema specializantov; tistih na začetku specializacije in pa tistih, ki so tik pred zaključkom oz. so specializacijo ravnokar zaključili.

Zahvala

Zahvaljujemo se glavnemu koordinatorju mednarodne raziskave o etičnih dilemah na osnovni ravni zdravstva Rogelju Altisentu Troti in slovenskim zdravnikom družinske medicine, ki so sodelovali v raziskavi. Zahvaljujemo se Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru za tehnično podporo.

Literatura

1. Voljč B, Švab I. Etični problemi. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. p. 57.
2. Mamhidir AG, Kihlgren M, Sorlie V. Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. BMC Medical Ethics 2007; 8: 3-13.
3. Christie RJ, Hoffmaster CB, Stewart MA. Ethical decision making by Canadian family physicians. CMAJ 1987; 137: 891-7.
4. Slowther A, Ford S, Schofield T. Ethics of evidence based medicine in the primary care settings. J Med Ethics 2004; 30: 151-5.
5. McDonalds R, Mead N, Cheraghi-Sohi S, Bower P, Whalley D, Ronald M. Governing the ethical consumer: identity, choice and the primary care medical encounter. Sociol Health Illn 2007; 29: 430-56.
6. Petrova M, Dale J, Fulford BK. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. Br J Gen Pract 2006; 56: 703-9.
7. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58: 1075-84.
8. Robillard HM, High DM, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Perritt LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. J Community Health 1989; 14: 9-17.
9. Farber NJ, Jordan ME, Silverstein J, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Primary care physicians' decisions about discharging patients from their practices. J Gen Intern Med 2008; 23: 283-7.
10. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. J Med Ethics 2001; 27: 98-103.
11. Dayringer R, Paiva REA, Davidson GW. Ethical decision making by family physicians. J Fam Pract 1983; 17: 267-72.
12. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. J Med Ethics 2007; 33: 51-7.
13. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J, Ojstersek J. Perceived difficulties in managing ethical problems in family practice in Slovenia: cross-sectional study. Croat Med J 2008; 49: 794-801.
14. Rogers WA. A systematic review of empirical research into ethics in general practice. Br J Gen Pract 1997; 47: 733-7.
15. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. Arch Intern Med 1981; 141: 1062-4.
16. Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. A survey method for investigating ethical decision making in family medicine. Fam Med 1992; 24: 433-8.
17. Bulc M, Švab I, Pavlic DR, Kolsek M. Specialist training of Slovene family physicians. Eur J Gen Pract 2006; 12: 128-32.
18. Altisent Trota R, Buil Tricas B, Martin Espildora N, Delgado Marraoquin MT. Education in ethics to improve the quality in primary care surgeries. Dosegljivo 13. 6.2008 na: http://5thinationalconference.unicongress.com/archivos/File/5th_2/panel_11.pdf
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993; 46: 1417-32.
20. Saarni SI, Parmanne P, Halila R. Ethically problematic treatment decisions: a physician survey. Bioethics 2008; 22: 121-9.
21. Markota M, Švab I, Saražin-Klemenčič K, Albrecht T. Slovenian experiences on health care reform. Croat Med J 1999; 40: 190-4.
22. Zdravstveni statistični letopis. Dosegljivo 22.3.2009 na: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1627-08_Splosna_medicina_2007.pdf
23. DuVal G, Sartrius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics 2001; 27 suppl 1: i24-9.