

Urška Lunder¹, Janko Kersnik²

Sporočanje slabe novice

Breaking Bad News

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: zdravnik – bolnik odnosi, zaupnost, etika medicinska

Sporočanje slabe novice je eden najtežjih izzivov pri sporazumevanju z bolnikom. Je ključnega pomena za kakovost življenja bolnika in njegov nadaljni odnos ter sodelovanje v postopku zdravljenja oziroma lajšanja simptomov. Slaba novica je vsaka novica o bolnikovem zdravstvenem stanju, ki jo zdravnik ali medicinska sestra sporoči bolniku ali njegovim bližnjim in lahko negativno vpliva na prejemnikovo prihodnost na telesnem, duševnem, delovnem, socialnem, družinskem in eksistenčnem področju. Sporočanje slabe novice naj bo stopensko, prilagojeno bolnikovim potrebam, kjer najprej izvemo, kaj bolnik že ve, koliko, in ali sploh želi izvedeti. Informacijo posredujemo s primernimi veščinami, da podpremo bolnika v njegovi čustveni reakciji ter z njegovim sodelovanjem določimo nadaljne ukrepe. Strategije in veščin sporočanja slabe novice se je mogoče naučiti. Pri učenju veščin sporazumevanja so najbolj učinkovite izkustvene metode, kot so: opazovanje pogovora v resnični situaciji, opazovanje videoposnetka, igranje vlog, sodelovanje simuliranih bolnikov, opazovanje posnetka igranega pogovora, povratne informacije o opravljenem igranju ter razprave o konkretnih doganjih v pogovorih z bolniki.

ABSTRACT

KEY WORDS: physician – patient relations, confidentiality, ethics medical

Breaking bad news is one of the most difficult challenges in doctor-patient communication. It is very important, however, to both the quality of the patient's life and the future connection between doctor and patient, as well as to the patient's compliance with treatment. Bad news is, after all, simply information on the patient's health, which is communicated to the patient or his/her relatives. The content, or the circumstances of its delivery, can have an unfavorable impact on the person receiving it, and/or may unfavorably influence the patient's ability to cope with the physical, psychological, social, work-related, family and other intangible changes it entails.

Breaking bad news is a step-by-step process tailored to the patient's needs. In the first place, the doctor or nurse has to find out what the patient already knows, whether he/she wants to hear the information, and, if so, to what extent. Next, the information is conveyed using suitable methods and skills, and support is provided to the patient taking into account his/her reactions and concerns about the bad news. Finally, future strategies for coping with the situation are developed in tandem with the patient. The skill of breaking bad news can be learned. In teaching communication skills that support the patient and do not shock him/her adversely, experiential methods of teaching have to be used. Such methods include observation (indirect observation of videotaped consultations, direct observation), role playing, practice using simulated patients, analysis of videotaped consultations, feedback after role playing and discussions about actual consultations.

¹ Urška Lunder, dr. med., Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana.

² Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Zdravstveni dom Jesenice, ZP Kranjska Gora, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora.

UVOD

Sporazumevanje med zdravnikom, bolnikom ter njegovimi bližnjimi je temelj kakovostnega dela vsakega zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev. Z bolniki, ki se zaradi svoje bolezni soočajo z negotovo prihodnostjo, in z njihovimi bližnjimi je sporazumevanje še bolj zahtevno (1).

Raziskave dokazujejo, da večina bolnikov želi izvedeti informacije o svoji diagnozi, o pričakovanem napredovanju bolezni ter o možnostih lajšanja simptomov (2, 3). Dolgo je veljalo načelo, da je resnico o slabem zdravstvenem stanju bolnika bolje zamolčati (4). V dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju zdravnikov o sporazumevanju z bolnikom do nedavnega ni dajalo velike pozornosti. Zato se zdravniki pogosto počutijo nepripravljeni, kako ravnati v primerih, ko je bolniku treba sporočiti slabo novico (1). Mnogi zdravniki o bolezni in zdravstvenem stanju govorijo le v medicinskem jeziku in imajo pri pojasnjevanju v bolniku razumljivem jeziku težave (5).

Kadar se zdravnik počuti negotov pri sporočanju slabe novice, teži k temu, da se sporočanju izogne ali pa je njegovo sporočilo neupravičeno optimistično (6). Tudi, ko je zdravnik prepričan o potrebnosti sporočanja slabe novice, se še vedno vse prevečkrat dogaja, da novico posreduje preveč neposredno. Neveščta uporaba spretnosti za sporočanje slabe novice lahko povzroči dodatni stres pri bolniku in zdravniku. Povzroči lahko tudi nesporazume in psihološke motnje, ki lahko ovirajo nadaljni odnos in slabo vplivajo na učinkovitost zdravstvene oskrbe (7–10). Zdravstvenim ustanovam bi zato koristila natančna pisna navodila o tem, kdo, kdaj, komu in kako naj sporoči slabo novico (11). Tudi bolnikom, ki vedo za svoje slabo zdravstveno stanje, bi naj pomagali, da slabo novico sporočijo svojim bližnjim s čim manj stresa zase in za svoje (12).

Med drugim je na področju paliativne oskrbe ravno sporočanje slabe novice osnovna večšina za izvajanje vseh nadaljnjih aktivnosti, ter v svetu gonilna veja medicine v razvijanju znanj in veščin v sporazumevanju z neozdravljivo bolnim. V Sloveniji organizirana paliativna oskrba še nima dolge tradicije (13)

in prav tako tudi ne učenje sporočanja slabe novice.

Namen tega prispevka je opredeliti pojem slabe novice, opisati načine sporočanja, možne ovire ter podati pregled metod učenja večščin sporočanja slabe novice.

KAJ JE SLABA NOVIC IN KDO NAJ JO SPOROČA?

Slabo novico opredeljujejo glede na vplive, ki jih ima novica na bolnika ali na svojce. Prva opredelitev po Buckmanu se naslanja predvsem na medicinski vidik, tj. vpliv zdravstvenega stanja na bolnikovo prihodnost. Slaba novica je »vsaka novica, ki drastično in negativno vpliva na bolnikovo prihodnost. Teža slabe novice je odvisna od velikosti razlike med bolnikovimi pričakovanji za prihodnost in zdravstvenim stanjem v dani situaciji. Teže slabe novice torej ne poznamo, dokler ne vemo, kaj bolnik o svojem zdravstvenem stanju že ve in kaj pričakuje od zdravstvene oskrbe« (14).

Druga opredelitev upošteva tudi bolnikovo doživljanje: »Novica je slaba toliko, kolikor negativno vpliva na zaznavanje, obnašanje in čustvovanje ter pri tem na bolnika lahko vpliva še določen čas po seznanitvi s slabo novico« (15).

Tretja opredelitev upošteva psihološki, telesni, duševni in eksistenčni vidik sprememb: Slaba novica tako predstavlja »okolščine, v katerih prejemnik novice dobi občutek, da ni več upanja, oziroma novica napoveduje težje posledice na telesnem ali duševnem področju, ali pa novica napoveduje zožitev izbire v bolnikovem življenju« (16).

Slabe novice na medicinskem področju, kot so npr. o diagnozi neozdravljive bolezni, o poslabšanju bolezni, zapletih, zdravstveni napaki, slabi napovedi prognoze bolezni, o poškodbi, o smrti bližnjega, o umiranju idr., bolniku sporoča zdravnik. Bolnik pa prejema tudi slabe novice z drugih področij oskrbe, kot npr: neuspešnost postopkov zdravstvene nege, premestitve, slabo odzivanje na fizioterapijo, nepričakovani ukrepi v socialnem skrbstvu. Sporočanje slabe novice je zato tudi potrebna komunikacijska večšina medicinskih sester, fizioterapevtov, delovnih terapevtov in socialnih delavcev.

Slaba novica je torej vsaka novica, ki jo zdravnik ali medicinska sestra sporoči bolniku ali njegovim bližnjim in lahko zaradi vsebine ali razmer, v katerih je posredovana, negativno vpliva na prejemnikovo sposobnost delovanja na telesnem, duševnem, delovnem, socialnem, družinskem in eksistenčnem področju.

NAČINI SPOROČANJA SLABE NOVICE

Bolnikova pravica in zdravnikova dolžnost narekujejo, da informacije, ki jih imamo o bolniku, posredujemo bolniku. Posredujemo jih v tolikšni meri in v takšnih potankostih, kot sam želi, ter na način, ki je bolniku razumljiv. Da to ugotovimo na najbolj sočuten, a stvaren in učinkovit način, je koristno uporabiti strategijo korakov v sporočanju in večšine sporazumevanja. Sledimo predvsem štirim glavnim ciljem (1, 14):

- zbrati informacije o tem, kaj bolnik že ve, kaj pričakuje, in o njegovi pripravljenosti, da izve za novico;
- razumljivo posredovati slabo novico v skladu z bolnikovimi potrebami in željami, upošteva bolnikovo avtonomijo;
- podpreti bolnika z uporabo veščin za zmanjšanje čustvenega stresa in občutka izolacije ob sprejemanju slabe novice;
- v sodelovanju z bolnikom razviti strategijo zdravljenja oziroma lajšanja simptomov.

V svetu obstajajo različni priporočeni modeli sporočanja slabe novice kot osnova za poučevanje veščin sporočanja slabe novice. V posameznem kulturnem okolju je dobro izoblikovati prilagojen pristop sporočanja glede na značilnosti, vrednote in pričakovanja družbe. Vsak pristop pa naj upošteva naslednja priporočila:

- Novico posredujemo osebno in ne po telefonu ali pisno, kot tudi ne preko tretje osebe (sorodnika, bližnjega), razen če tako ni izbral bolnik sam.
- Mnogi avtorji predlagajo, da na posvet ob sporočanju slabe novice zdravnik povabi tudi bolnikove bližnje, če se bolnik s tem strinja. S tem bolniku omogočimo vsaj dvoje: ima podporo pri svojem bližnjem ob procesu sprejemanja informacij ter nadaljnje iskreno sodelovanje v družini v težkih časih napredovale bolezni, brez prikrivanja.

- V deželah z razvitim delovanjem zdravstvenih timov je običajno prisotna tudi medicinska sestra, ki prav tako lahko zagotavlja bolniku podporo in iskreno komunikacijo, predvsem pa lahko nadaljuje podporo tudi v stikih z bolnikom in svojci, ko zdravnika ni na oddelku, oziroma hišnih obiskih doma.
- Okolje, kjer slabo novico sporočamo, naj bo udobno za bolnika in zdravnika s potrebnim mirom in brez navzočnosti nepoklicanih (17).
- Novica naj bo sporočena na način, ki bo prejemniku najbolj pomagal sprejemati novo situacijo (z občutkom za bolnikove potrebe v izrazoslovju, prilagojeni hitrosti sporočanja, v sočutju in spoštovanju bolnikove avtonomije). Priporočeni koraki pri sporočanju slabe novice so (14, 18):
- Raziskovanje, kaj bolnik že ve:
 - »Kaj se vam zdi, za kaj gre pri vaših težavah« ali »Kaj so vam povedali na pregledu« ali »Kaj vam je povedal specialist med preiskavo«.
- Raziskovanje, koliko želi bolnik izvedeti:
 - »Želite, da skupaj pregledava vaše izvide in vam vse razložim« ali »Če bi se izkazalo, da je bolezen zelo resna, ali želite to izvedeti« ali »Kaj vas danes najbolj zanima« ali »Kaj vse bi radi vedeli o vašem stanju«.
- Opozorilo z dodano osebno zdravnikovo noto, ki bolniku pomaga zmanjšati šok, ter bolnika pripravi na pozorno poslušanje:
 - »Kot kaže, izvidi niso najboljši« ali »Moram vam povedati, da trenutno izvidi o vaši bolezni ne kažejo najbolje« ali »Kaže, da se je vaš sum potrdil« ali »Bojim se, da vam moram povedati slabo novico«.
- Stopnjevanje sporočanja slabe novice z vmesnimi presledki, da bolnik lahko počasi dojema:
 - »Res gre za krvno bolezen, kot ste sami posumili, ... pravzaprav gre za resno krvno bolezen, ... gre za krvnega raka, ki mu rečemo levkemija«.
- Čas, potreben za reakcijo bolnika: nepredvidljive čustvene reakcije in težavna vprašanja bolnikov so tista, ki sporočanje slabe novice najbolj otežijo, vendar sta prav primerno odzivanje in raziskovanje bolnikovih reakcij najbolj pomembni veščini, ki lahko bolnika podpreta ali pa povsem onemogočita. Na tem koraku uporabimo besedne in nebesedne večšine sporazumevanja.

»Predstavljam si, da mora biti to za vas zelo hudo ...« ali »Povejte mi, prosim, kako vam je ob tej novici« ali »Kaj vas najbolj skrbi«. Praviloma v tej fazi sporočanja poleg obrazne in telesne mimike lahko uporabimo tudi dotik, če presodimo, da to bolniku vliva občutek podpore, da v težkem doživljanju ni sam.

- Ko se čustvena reakcija bolnika nekoliko umiri, je primeren čas za razlago o možnostih zdravljenja oziroma lajšanja motečih simptomov.
- Ob koncu sporočanja je povzetek informacije in bolnikovih dilem nujna oblika preverjanja, da lahko predvidimo dodatna potrebna pojasnila oziroma ponovitev posredovanja informacije ob naslednjem obisku.

Vešče sporazumevanje ob slabi novici omogoča bolniku razumevanje poteka bolezni, varno okolje za izražanje skrbi in čustev, sodelovanje pri odločanju o nadaljnjih korakih ter večji nadzor pri zagotavljanju čim boljše kakovosti življenja (1, 19, 20).

TEŽAVE ZDRAVNIKOV PRI SPOROČANJU SLABE NOVICE

Slovenski zdravniki svojo negotovost ob sporočanju slabe novice izražajo predvsem glede načina kako sporočati, skrbi jih, da bolnika ne bodo prizadeli, da se bodo sami preveč čustveno vpletli v bolnikove težave, da ne vedo, kako bolniku ohraniti upanje ter da bodo za sporočanje porabili preveč časa (21). Dobro poznavanje veščin sporočanja slabe novice zmanjša stres, ki ga zdravnik pri tem doživlja (22), ter zmanjšuje medicinsko-etične napake pri sporočanju slabe novice (23).

Vse, kar počnemo, pa tudi tisto, česar ne počnemo, v stiku z bolnikom in bližnjimi, predstavlja sporočilo (1). Prejemniki naših odkritih, izraženih, zamočanih in prikritih sporočil sprejemajo vsa naša sporočila, ne da bi mi vedeli ali to želeli. Najpogostejši izgovor zdravnikov za izogibanje sporočanju slabe novice je: »Saj me bolnik sploh ni vprašal!« Zdravnik je dolžan poizvedeti o bolnikovi želji in ne le čakati, da ga bolnik povpraša. Bolnikovim svojcem sporoča novice o bolnikovem stanju le, če je tako izbral bolnik.

Sporočanje naj ohranja bolniku primereno raven upanja, kar ni posebej težko, kadar je bolezen možno ozdraviti. A postane prav velik izziv za zdravnika, ko bolezen ni ozdravljiva. Takrat ostane bolniku najpomembnejše upanje, da mu bo zdravnik zagotovil svojo predanost v sprotnem obveščanju o spremembah in pripravljenosti za poslušanje ter lajšanje simptomov za čim boljše kakovost življenja (1). Čas, ki je potreben za dobro sporočanje, je mnogokrat zdravnikov izgovor, da sporočanja slabe novice ne opravi. Vendar ni vedno potrebno več časa za sporočanje slabe novice kot sicer za klinični pregled, če smo zares večji v sporazumevanju in v podpori bolniku.

VEŠČINE PODPIRANJA BOLNIKA

Ob tem, ko se zavedamo pomembnosti uporabe skrbno izbranih preprostih izrazov za posredovanje informacij bolniku, pa so uspešne še nekatere strategije, ki še posebno podprejo bolnika, da lahko vzpostavi zaupen odnos za izraz dilem in občutkov. Nekateri avtorji, ki so raziskovali učinkovitost poučevanja sporočanja slabe novice (24) ali kar sporazumevanja v zdravstvu sploh (1, 25), so ugotovili, da so najpomembnejši predvsem štirje prijemi oz. besedne in nebesedne veščine, ki spodbudijo bolnika, da sprašuje, izrazi svoje občutke in skrbi ter sodeluje pri odločitvah:

- aktivno poslušanje;
- uporaba namigov, ki nam jih bolnik ponudi (angl. *picking up on cues*), kot iztočnice za razvijanje pogovora;
- postavljanje odprtih vprašanj namesto zaprtih »da/ne« vprašanj;
- izražanje sočutja.

Aktivno poslušanje zahteva umirjenost, pozornost in trud. Je veščina, ki je ne uporabljamo dovolj. Zelo pogosto odgovarjamo bolniku, še preden je zaključil svojo misel, oziroma ne sledimo njegovemu toku misli, da obdržimo svojega in imamo dogajanje pod nadzorom. Ponavadi mislimo, da ga bomo s prekinitvami vodili h krajšemu posvetu oz. se bomo izognili težavnim vprašanjem in močnim čustvenim reakcijam. Pogosto oblikujemo svoje odgovore že med bolnikovim govorje-

njem in preslišimo njegove prave skrbi. Mnoge zapletene in težke probleme nam bolnik praviloma sporoči šele proti koncu posveta, ko je ugotovil, da ga poslušamo, da ga jemljemo resno in da nam lahko zaupa.

Bistvo aktivnega poslušanja je prav v pozornem poslušanju bolnika in odkrivanju namigov, ki nam služijo kot iztočnice za razvijanje pogovora v njegovo smer. Ko bolnika vprašamo po tem namigu, to storimo z uporabo odprtih vprašanj, ki bolniku puščajo možnost odločitve o tem, kaj nam želi povedati. Na odprta vprašanja bolnik lahko izbere globino in izčrpnost svojega odgovora. Z zaprtimi vprašanji, ki dovoljujejo le »da/ne« odgovore, bolnika prisilimo v zožitev njegove pripovedi.

Predvsem pa je sporočanje slabe novice lahko uspešno, ko zdravnik uporabi besedne in nebesedne veščine sočutja. Te v največji meri kažejo na širino stališč do soljudi in sebe. Sočutje so opisovali na mnoge načine in številne definicije težko opišejo, kaj nam sočutje predstavlja. Nekateri menijo, da je sočutje tista sposobnost, ki nam omogoča, da se med posvetom vživimo v bolnikove občutke, poskušamo razumeti bolnikovo doživljanje in mu tako lažje pomagati prebroditi težave, ki se mu ob tem pojavljajo (26). Resnični izziv ob nekom, ki trpi, je ohraniti svojo prisotnost in bivati ob njem z odprtostjo za porajajoče se potrebe trpečega, kar je velik izziv pri učenju komunikacijskih veščin, ki vključujejo sočutje (27).

NAČINI BLOKIRANJA BOLNIKA

Uporaba taktike blokiranja je obrambni način zdravnika, da bolniku prepreči izražanje težavnih vprašanj in močnih čustev. Najpogosteje bolnika ob stresu pri prejetju slabe novice blokirata dva tipa zdravnika (18–21):

- Zdravnik informator bolniku ne da priložnosti izraziti svojih vprašanj in skrbi, temveč sledi svojemu načrtu sporočanja slabe novice in ne glede na bolnikove potrebe razlaga o bolezni, pričakovanem poteku in zdravljenju. Najpogosteje informator tudi hiti s svojimi nasveti, ne da bi pri tem preveril, ali so bolniku sploh potrebni, ali si jih želi in ali jih je sposoben sprejeti.

- Zdravnik, ki bolnika ignorira, ne sledi namigom, ki jih bolnik nakazuje o svojih skrbih, temveč nadaljuje s svojimi vprašanji in sporočili.

Bolniku onemogočajo izražanje občutkov in skrbi tudi prehitri tolažilni stavki: »Saj bo še vse dobro«, »Ni vam treba skrbeti, saj so metode zdravljenja danes že zelo uspešne«. Takšne trditve bolniku ne dajo dovoljenja, da bi nas vprašal in izrazil svoj strah, saj mi trdimo, da mu to ni potrebno. Kadar ne sledimo bolnikovim potrebam pri vodenju pogovora ob sporočanju slabe novice, ne bomo izvedeli, kaj bolnika zanima in kakšne so njegove skrbi.

UČENJE VEŠČIN SPORAZUMEVANJA

Učenje sporazumevanja je bilo v klasičnem medicinskem izobraževanju dolgo zanemareno. Pomemben premik na tem področju predstavljajo prizadevanja Katedre za družinsko medicino in Združenja zdravnikov družinske medicine (1, 28–31) ter nekaterih nevladnih organizacij (21). Številne raziskave so pokazale, da za spremembo veščin sporazumevanja samo učenje iz knjig in s predavanji ne zadošča. S teoretičnim znanjem lahko razumemo značilnosti učinkovitega sporazumevanja, a v praksi jih ne izvajamo. Spretnosti sporazumevanja si pridobimo z izkustvenimi metodami učenja. Večina avtorjev dokazuje (z oceno opravljenega intervjuja z bolnikom igralcem pred programom učenja in po njem), da se udeleženci programov sporazumevanja največ naučijo s svojim igranjem, opazovanjem posnetkov (avdio ali video) in prejetjem ocene skupine oziroma učitelja. Možni so številni načini učenja sporazumevanja (1, 32, 33):

- Razprava o situacijah težavnega sporazumevanja ob kliničnih primerih ali ob lastnih izkušnjah.
- Opazovanje je primerno za začetnike, da dobijo prvi vtis, kako pristopiti k reševanju tovrstnih problemov. Lahko gre za ogled didaktične predstavitve, za ogled video-posnetka sporazumevanja ali pa študent opazuje učitelja pri sporazumevanju z bolnikom v živo.

- Igranje vlog (eden izmed udeležencev igra bolnika, drugi zdravnika) poteka z različnimi metodami neposrednega opazovanja in ocenjevanja ali z uporabo snemanja in analize posnetka (avdio ali video) in ocenjevanje na podlagi ogleda posnetka. Primerno je tako za začetnike, kot za izkušenejše, saj omogoča celostni pregled nad posvetom. Metoda ima svojo prednost v tem, da se zdravnik ne opazuje le v svoji vlogi zdravnika, temveč izkusi tudi vlogo bolnika kot igralec ali opazovalec. Pomembna pomanjkljivost te metode je nestandardiziranost vloge bolnika, pogosto pretiravanje igralca bolnika v smeri oteževanja dela zdravniku.
- Vključevanje igralcev: študent izpelje posvet z bolnikom igralcem, t. i. simuliranim. Igralci imajo to prednost, da svojo vlogo odigrajo praviloma vedno enako oziroma odvisno zgolj od zdravnikovega pristopa, dajo poudarek sporazumevanju in po končanem posvetu lahko sodelujejo pri oceni posveta.
- Pogovor s pravim bolnikom: študent vodi posvet s pravim bolnikom v kabinetu ali v realnem okolju, pri čemer ga mentor opazuje neposredno ali pa na podlagi posnetka. Metoda je manj zanesljiva, saj je zelo težko zagotoviti standardiziranost pravih bolnikov.

Glede na to, da se vsi ne moremo udeležiti dodatnih programov poučevanja sporazumevanja, je dobrodošla možnost, da se sami snemamo med pogovorom z bolnikom (z njegovim pristankom) ali s kolegom, ki igra bolnika. S poslušanjem ali ogledom avdio oz. videoposnetka svojega pogovora se na najbolj preprost način poučimo o svojih značilnostih pri sporazumevanju z bolnikom. Ena temeljnih stvari, ki bi jih moral vsak zdravstveni delavec skrbno negovati v svojem razvoju, je

ravno spoznavanje samega sebe (34). Boljše sporazumevanje z bolnikom nam nudi več zadovoljstva pri delu in nam poleg učenja omogoča tudi širjenje stališč in spoznavanje svojega odnosa do bolezni, smrti in življenja, ki je lahko podprto s srečanjem v skupinah (Balintove skupine, supervizije idr.), ali v osebnem življenju ob srečevanju z izgubami v krogu svojih bližnjih.

SKLEPI

Sporočanje slabe novice je ena najpomembnejših večšin sporazumevanja ne le v zdravstvu, ampak v življenju sploh. Veščin sporočanja slabe novice se je mogoče naučiti. Pouk sporazumevanja se mora še bolj utrditi pri izobraževanju vseh zaposlenih v zdravstvu. Delež pouka sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom bo v dodiplomskem pouku na medicinski fakulteti treba razširiti na vse klinične predmete, mu dati pomemben poudarek pri programih specializacij in v stalnem strokovnem izobraževanju. Model sporočanja po korakih nam je lahko v veliko pomoč, treba pa se je učiti tudi načinov sporazumevanja, ki bolnika podprejo v izrazu skrbi in občutkov, ter zavestno opuščati taktike, ki bolnika blokirajo. Za učenje večšin sporazumevanja in sporočanja slabe novice so poleg kognitivnih primerne predvsem izkustvene tehnike igranja vlog, opazovanja ter analize le-teh, poleg tega pa na spremembe večšin sporazumevanja in predvsem sporočanja slabe novice vpliva tudi naš osebni odnos do umiranja in smrti. Razvijati bo treba obstoječe modele in uvajati nove ter raziskati njihovo učinkovitost pri usposabljanju za boljše delo. Kljub zahtevnosti našega poklica bi se morali zavedati, da nam bolniki ne prinašajo le neprijetnih izzivov, temveč tudi možnosti za vpogled v sebe, v svoj odnos do bolezni, ranljivosti in smrti.

LITERATURA

1. Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
2. Sell L, Devlin B, Bourke SJ, Murno NC, et al. Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respiratory Medicine* 1993; 87: 61-3.
3. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, et al. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92: 832-6.
4. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-8.

5. Calman KC. Cancer: science and society and the communication of risk. *BMJ* 1996; 313: 799–802.
6. The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376–81.
7. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci med* 1996; 42: 1511–9.
8. Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care* 1995; 11: 34–8.
9. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 1993; 72: 3355–65.
10. Davies E, Clarke C, Hopkins A. Malignant cerebral glioma-II: Perspectives of patients and relatives on the value of radiotherapy. *BMJ* 1996; 313: 1512–6.
11. Abramsky L, Hall S, Levitan J, Marteau TM. What parents are told after prenatal diagnosis of a sex chromosome abnormality: interview and questionnaire study. *BMJ* 2001; 322: 463–6.
12. Barnes J, Kroll L, Burke O, Lee J, Jones A, Stein A. Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. *BMJ* 2000; 321: 479–82.
13. Lunder U, Červ B. Slovenia: Status of palliative care and pain relief. *J Pain and Symptom Manage* 2002; 24: 233–5.
14. Buckman R. *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1995.
15. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news; a review of the literature. *JAMA* 1996; 276: 496–501.
16. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Consel Psychol Q* 1993; 6: 69–80.
17. Vodopivec - Jamšek V. Sporazumevanje med zdravnikom, bolnikom in družino na hišnem obisku. In: Kersnik J, ed. *Zdravnikovo delo izven ambulante*. 18. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 33–42.
18. Lunder U. »SPIKES« – Šeststopenjski protokol za sporočanje slabe novice. *Zdrav Var* 2002; 41: 178–88.
19. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologistst. *J Cancer Educ* 1997; 12: 166–73.
20. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999; 86: 887–97.
21. Lunder U. Iskustva Slovenskih lječnika obiteljske medicinekod priopćavanja loših vjesti. V: Marteljan E, ured. *Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik*. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Perišić 2002: 225–31.
22. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71: 1263–9.
23. Lunder U. Medicinsko etične napake pri sporočanju slabe novice. In: Kersnik J, ed. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 79–86.
24. Maguire P, Faulkner A. Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *BMJ* 1988; 297: 847–9.
25. Faulkner A. *Effective interaction with patients*. New York: Churchill Livingstone, 1998.
26. Hope-Stone LD, Mills BJ. Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. *Intern J Palliat Nurs* 2001; 7: 146–50.
27. Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Academic Medicine* 1995; 70: 435–6.
28. Kravos A, Kersnik J. Oskrba na domu. In: Kersnik J, ed. *Zdravnikovo delo izven ambulante*. 18. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 19–32.
29. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. In: Švab I, ed. *Družina v družinski medicini*. 14. učne delavnice za zdravnike splošne/družinske medicine. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino, 1997; 43–60.
30. Švab I, Bulc M, Kolšek M, Žorž G, Kersnik J, Rotar - Pavlič D, Vodopivec - Jamšek V, Kavčič S, Tomazin I. *Družinska medicina: delovni zvezek*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske SZD, 2001: 74.
31. Švab I. General practice in the curriculum in Slovenia. *Med Educ* 1998; 32: 85–8.
32. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M Jr. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools; progress, problems, and promise. *JAMA* 1993; 269: 2101–5.
33. Wilkinson SM, Roberts A, Aldridge J. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1998; 12: 13–22.
34. Faulkner A. *Teaching effective interaction in health care*. London: Chapman Hall, 1993.