

POMEN KOMUNICIRANJA Z BOLNIKOM OZIROMA VAROVANCEM OB SPREJEMU V SPLOŠNO AMBULANTO

THE SIGNIFICANCE OF COMMUNICATION WITH A PATIENT/CLIENT UPON ADMISSION TO HEALTH CENTER

Zdenka Makari

UDK/UDC 614.253.52

DESKRIPTORJI: *sestra-bolnik odnosi; komunikacija*

DESCRIPTORS: *nurse-patient relations; communications*

Izvleček – Avtorica prikazuje interakcijo med bolnikom oziroma varovancem in zdravstvenim tehnikom ob sprejemu v splošno ambulanto. Predstavljen je pomen komunikacije ob prvem stiku in na koncu, izdelan je standard za sprejem bolnika oziroma varovanca v splošno ambulanto. Rezultati so aplikativne narave in se lahko uporabljajo za izboljšanje stanja v praksi zdravstvene nege.

Abstract – The author present the interaction between patient/client and nursing technician upon admission to health center, as well as the significance of communication upon the first contact. Standards for admission of a patient/client to a health center is explained. The application of the results in practice can be very useful.

Uvod

Splošna medicina je veda, ki zadovoljuje največ potreb odraslega prebivalstva in je ljudem najbližja. S spremembami v družbi in zaradi večje zdravstvene prosvetljenosti so potrebe in zahteve prebivalstva vedno večje. Spremembe so nastale tudi z reformo zdravstvenega sistema po sprejetju nove zakonodaje leta 1992.

Največji val nezadovoljstva je povzročil nov način evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, ki uvaja cel niz šifrantov in kup navodil, kako administrativno voditi evidenco in obračunavanje zdravstvenih storitev. Z uvedbo sprememb so bili najbolj prizadeti zdravstveni tehniki v splošnih ambulantah, ki so z administrativnim delom že dovolj obremenjeni, tako da večkrat ne ostane dovolj časa za pristno komunikacijo, ki je eden od najpomembnejših elementov odnosa z bolnikom/varovancem (v nadaljevanju B/V).

S splošno ambulanto se človek običajno prvič sreča, ko zboli. Za bolnika je to pomemben dan, ko zboli in pride v ambulanto s svojim problemom iskati pomoč. Zaskrbljenost zaradi bolezni, negotovost glede posledic bolezni, bolečine in strah še povečujejo njegovo stisko. V tej stiski je še posebno občutljiv in kritičen v ocenjevanju odnosa med bolnikom in zdravstvenim delavcem.

Varovanec že ob sprejemu čuti, kakšna je atmosfera odnosov do bolnega človeka v ustanovi. Ob sprejemu mora občutiti, da vladata red in disciplina in da ni

samo bolniški primer ali številka, ki jo bodo obravnavali brez zadostne humanosti. Tako je na primer že prijaznost osebja, ki daje prve informacije ob vstopu v ustanovo, izredno pomembna.

Dejstvo je, da varovanci raje izberejo tisto ustanovo, kjer doživijo topel odnos in osebno spoštovanje (Trček, 1994).

Urejenost sprejemnih prostorov, čakalnic, čistoča ustanove, okolja in primeren dostop imajo prav tako velik vpliv na zadovoljstvo varovanca.

Izrednega pomena je torej prvi stik in odnos med B/V in zdravstvenim tehnikom v splošni ambulanti, ki se gradi v nadaljnji obravnavi. V tem odnosu nikoli več ni druge priložnosti in možnosti, da popravimo prvi vtis. Če je prvo srečanje uspešno in vzbudi v B/V pozitivne emocije do zdravstvenega osebja in zdravstvene nege, je uspeh skoraj zagotovljen.

Medsebojni odnos bolnik/varovanec–zdravstveni tehnik v splošni ambulanti

Zdravstveni tehnik v splošni ambulanti je v najtesnejši komunikaciji z B/V. Prvi pride v stik z njim ob sprejemu in zadnji daje nasvete ob odhodu iz ambulante. Vzpostavljajanje prvega stika je zahteven postopek, ki ga mora zdravstveni tehnik obvladati, da vzpostavi ustrezen, zaupljiv odnos z B/V. Do vtisa prihajamo tako, da vidimo videz, besedno in nebesedno ve-

denje sogovornika, vnesemo svoje in si naredimo vtis. Torej na B/V vpliva: videz zdravstvenega tehnika, privlačnost, kako ga ocenjuje, kako ga čuti, sprejme in ocenjuje.

Naša presoja B/V je lahko povsem subjektivna in tudi napačna. V komunikacijo vnašamo mnogo sebe in če želimo biti objektivni se moramo poznati. Če smo srečni, zadovoljni in spočiti, vidimo situacijo popolnoma drugače. B/V je v splošni ambulanti pogosto v situaciji, ki jo opredeljuje napetost, bojazen, brezizhodnost, prizadetost, hkrati pa tudi velika pričakovanja in upanja.

B/V sprejmemo takšnega, kot je, ne vsiljujemo mu svojih misli in pričakanj, temveč ga poskušamo razumeti in poslušamo, kaj pove, in to sprejmemo. S pomočjo empatije, teoretičnega znanja in izkušenj poskušamo varovancu reflektirati njegovo situacijo, da jo bo razumel in iskal nove rešitve. Do zapletov in nerazumevanja lahko pride, kadar B/V zastopa druge vrednote kot mi, zato ne moremo vrednotiti njegove osebnosti po naših merilih. B/V skušamo razumeti v njegovem socialnem in razvojnem kontekstu. Zato potrebujemo dovolj podatkov za razumevanje njegove situacije, da se lahko zavedamo njegovih možnosti spreminjanja, preoblikovanja in da se njegova situacija spreminja in da se tudi naše razumevanje skladno s tem preoblikuje, dopolnjuje in spreminja.

Pogosto mislimo, da delamo to, kar B/V potrebuje, vendar pa ni vedno tako. Le v pogovoru je mogoče ugotoviti, kaj je tisto, kar B/V potrebuje, in le v pogovoru je moč ugotoviti, kako bo to tudi dosegel, pridobil. V B/V moramo videti partnerja, ne pa objekt našega delovanja. To pomeni, da ga sprejmemo kot osebo, ki ima potencialne za reševanje svojega problema, za lastno spreminjanje in realizacijo svojih odločitev.

Komuniciranje je celovit proces, ki vključuje mnoge spretnosti, izmenjavo pristopov, občutkov, idej in pa popolno razumevanje stališč sogovornika. Posebnosti komuniciranja predvsem iz etičnih načel odnosov, to je spoštovanje osebnosti bolnika, upoštevanje njegove kulture ter še zlasti načelo sodelovanja, vsebuje tudi načelo partnerstva brez nekdanje distance, brez hierarhije (Trček, 1994).

Nepogrešljiva sposobnost zdravstvenega tehnika je obvladovanje pogovornega jezika, ki ga izvaja z govorjeno in pisano besedo. Obvladati mora kulturo lepega vedenja, kamor sodi vljudnost (vzdržuje vljuden, prijazen in korekten odnos, ki nikogar ne postavlja v podrejen položaj).

Zdravstveni tehnik ob sprejemu pozdravi in se predstavi. B/V pojasni, kakšna je njegova naloga v zvezi z njim. Na zaščitni obleki ima pripeto identifikacijsko kartico. Pogovor razvija sproščeno in spontano. Obravnava ga individualno, kar pomeni upoštevanje njegove osebnosti, njegove specifične enkratnosti z različnimi potrebami.

Med elemente kakovosti v zdravstveni negi prav gotovo spada medsebojni odnos B/V – zdravstveni teh-

nik. Zato zdravstveni tehnik potrebuje veliko znanja in prakse, da razvije tehnike, ki izražajo čustva, skrbi, prisrčnosti, spoštovanja ter sprejetja in razumevanje B/V.

Komunikacija je življenjsko pomembna spretnost za vsakogar, treba se je učiti, saj je ne podedujemo (Brajša, 1994).

Za uspešno komunikacijo v splošni ambulanti je torej značilno, da zdravstveni tehnik zmore:

- poslušati,
- spoštovati B/V,
- opazovati besedno in nebesedno izražanje,
- ne samo slišati, temveč tudi občutiti,
- odkriti občutke, želje in potrebe B/V,
- preveriti, kako je B/V dojel naše sporočilo,
- se ne prenašljivo odzivati ali povzdigovati glasu,
- se ne bati reševanja skupnih problemov,
- dopuščati stališča, drugačnih od naših,
- ne govoriti zviška,
- se opravičiti in sprejeti sporočilo.

Oblikovanje standarda

Standard sprejema v splošni ambulanti sem oblikovala na podlagi raziskave, ki je posnetek trenutnega stanja v splošnih ambulantah Zdravstvenega doma »Dr. Adolfa Drolca« v Mariboru.

Namen raziskave je bil ugotoviti zadovoljstvo B/V z delovanjem splošne ambulante, odnos med B/V in zdravstvenim tehnikom, vzroke nezadovoljstva in pričakanja B/V.

Cilj raziskave je bil dvig kakovosti zdravstvene nege v splošni ambulanti s poudarkom na sprejemu B/V v splošni ambulanti.

Standardi v zdravstveni negi so zapisana pravila, ki določajo, na kakšen način naj se izvaja zdravstvena nega, da bo dosežena največja možna kakovost dela.

Je dokument, ki natančno določa norme in zaželeno raven opravljenega dela, ki ga želimo doseči in ga primerjamo s trenutnim stanjem.

Standardi so osnova za definicijo kakovosti zdravstvene nege. Biti morajo realno zastavljeni in razumljivo oblikovani. Prav tako je pomembno, da so merljivi in časovno dosegljivi ter fleksibilni.

Kriteriji so izbrane variable oziroma mere, s katerimi ocenjujemo kakovost zdravstvene nege. Kriteriji so v bistvu dobro razdeljen standard. Norme postavljajo financerji zdravstvenega varstva in ni nujno, da ustrezajo dogovorjenim standardom.

Kriterije in standard sem oblikovala po avtorju Donabedianu (1982), ki je na področju kakovosti z raziskavami in razpravami ogromno prispeval.

Donabedian pravi, da ima kakovost tri vidike: strukturo, proces in rezultat.

Struktura obsega izvajalce zdravstvene nege, negovalne pripomočke, izobrazbo, materialno osnovo, organizacijo in vidike okolja.

Je torej pogoj, na osnovi katerega naj bi se izvajala zdravstvena nega.

Proces obsega aktivnosti za izvajanje zdravstvene nege in je postopek, s katerim želimo doseči rezultat.

Rezultat pomeni uspešnost izvedenih aktivnosti, ki se odražajo na zdravstvenem stanju, na znanju in sposobnosti samooskrbe, zadovoljstvu in pričakovani spremembi B/V.

Pri zagotavljanju kakovosti Donabedian razlikuje štiri elemente: dostopnost, tehnični menedžment, menedžment interpersonalnih odnosov in kontinuiteto. V okviru dostopnosti obravnava geografsko oddaljenost B/V od izvajalca zdravstvene nege in organiziranost zdravstvene nege.

V tehnični menedžment je uvrstil obseg ponudbe negovalnih intervencij, kvalificiranost izvajalcev, metode financiranja in privzete koncepte kakovosti. V menedžment interpersonalnih odnosov pa sodijo odnosi zdravstveni tehnik – B/V, čakalna doba, skrb za B/V, pojasnjevanje stanj, podpora B/V. Donabedian pravi, da je kazalec kakovosti tudi zadovoljstvo B/V.

Pri oblikovanju standarda sem izhajala iz obstoječega stanja v splošnih ambulantah Zdravstvenega doma »Dr. Adolfa Drolca« v Mariboru.

Strukturni standard

Standard zdravstvene nege: Sprejem B/V v splošni ambulanti

1. Strukturni standard za sprejem v splošni ambulanti

Cilj: zagotovljeni pogoji za prvi stik v splošni ambulanti z namenom, da bo B/V zaupal zdravstvenim delavcem in da bo zadovoljen s postopkom njihove obravnave.

Strukturni kriteriji

- S1 V splošni ambulanti obravnava B/V zdravstveni tehnik (pribl. 2000 varovancev na izbranega zdravnika).
- S2 Zdravstveni tehnik je usposobljen za strokovna dela v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih.
- S3 Zdravstveni tehnik se pripravi za prvi stik z B/V, glede na potrebe B/V:
 - strokovno vsebinska priprava (priprava dokumentacije, zdravstveni karton, izjava o izbiri, izjava o prekinitvi, zdravstvenovzgojni material),
 - tehnična priprava (priprava ordinacije: aparat za merjenje krvnega tlaka, recepti, napotnice, fonendoskop in ostali pripomočki v ordinaciji, priprava setov, obvezilnega materiala...),
 - osebnotna priprava (psihofizična priprava).

S4 Zdravstveni tehnik ima zagotovljene materialne možnosti:

- izbere primeren prostor za prvi stik, kjer ne bo moten,
- delovna obleka in primerno obuvalo z ustrežno barvo nogavic, identifikacijska tablica z imenom, urejena pričeska itd.,
- primerno urejena čakalnica (okusno opremljena z zadostnim številom stolov, svetla, zračna in dostopna tudi invalidnim osebam, zdravstvenovzgojni material, obvestila obiskovalcem na oglasni deski ter na vratih ordinacije imena zdravstvenega tima, ordinacijski čas, delovni čas in čas malice),
- primerno usmerjanje B/V v ambulantah, službah s smerokazi in napisnimi tablami,
- možnosti primerne dostopa do zdravstvene ustanove tudi za invalidne osebe,
- čistoča in urejenost zdravstvene ustanove in okolja.

S5 Zdravstveni tehnik ima možnosti izkustvenega učenja in s tem spretnosti v komuniciranju, z namenom dviga kakovosti zdravstvene nege in kakovosti zdravstvenih storitev v organizaciji.

Procesni standard za sprejem

Cilj: zdravstvena nega bo v splošni ambulanti delovala tako, da bo s svojimi aktivnostmi in metodami dela izboljševala kakovost sprejema. B/V bo zaupal zdravstvenim delavcem in bo zadovoljen s postopkom prvega stika.

Procesni kriteriji

P1 Sprejem:

- predstavitev zdravstvenega tehnika,
- nameni dovolj časa za prvi stik (5–10 min.),
- pregled in ustrezna razporeditev zdravstvene dokumentacije,
- seznaniti B/V s hišnim redom,
- po potrebi predstaviti ostale člane negovalnega in zdravstvenega tima,
- po potrebi spremljati B/V k zdravniku.

P2 Vzpostaviti primeren stik z B/V:

- kontaktirati z B/V na isti ravni,
- voditi razgovor brez prisotnosti nepoklicanih oseb,
- razvijati sproščenost B/V s splošnim razgovorom in umirjenim delovanjem,
- govoriti glasno, jasno in brez uporabljanja nerazumljivih besed,
- upoštevati psihofizično sposobnost B/V in sprejeti njegove sedanje ravni funkcioniranja,

- upoštevati B/V kot subjekt,
- spoštovati B/V, pri katerem so vrednote in življenjski cilji drugačni.

P3 Psihično in fizično pripraviti B/V na zdravniški pregled, postopke in medicinsko tehnične posege:

- pomiriti B/V,
- razložiti potek postopkov in jih izvesti,
- sodelovati pri pregledu in medicinsko tehničnih posegih po naročilu zdravnika,
- B/V dati potrebna in ustrezna navodila za nadaljnjo obravnavo.

P4 Obravnava B/V po procesu zdravstvene nege:

- obvlada posamezne faze procesa,
- opravljeno delo dokumentira,
- vzpostavlja stike z ostalimi člani zdravstvenega tima za potrebe B/V,
- vzpostavlja stik s svojci ter motivira B/V in svojece, da aktivno sodelujejo pri ohranjanju in krepitevi zdravja in preprečevanju nastanka bolezni ter pomoč pri zdravljenju in rehabilitaciji,
- vzpostavlja po potrebi stike z delovnimi organizacijami in drugimi institucijami.

P5 Deluje tudi po drugih metodah dela:

- dispanzerska metoda dela,
- timska metoda dela,
- zdravstvenovzgojna metoda dela,
- epidemiološka in statistična metoda dela,
- socialno-medicinska metoda dela.

Rezultantni standard za sprejem

Cilj: aktivnosti zdravstvenega tehnika so primerne za sprejem, B/V zaupa zdravstvenim delavcem in je zadovoljen s postopkom prvega stika.

Kriteriji rezultatov

R1 B/V je zadovoljen z obravnavo zdravstvenega tehnika:

- nameni mu dovolj časa z vidika zdravstvene nege,
- seznanjen je s hišnim redom,
- zadovoljen je z urejeno čakalnico, kjer je aktualna zdravstvenovzgojna literatura.

R2 B/V je zadovoljen z vzpostavljenim stikom in odnosom zdravstvenega tehnika.

R3 B/V je poučen o zdravniškem pregledu, postopkih in medicinsko tehnični posegih, je pomirjen in zaupljiv, poučen o nadaljnji obravnavi.

R4 Vzpostavljeno je zaupanje med zdravstvenim tehnikom in B/V, B/V je zadovoljen.

R5 B/V je zadovoljen z zdravstveno nego in delovanjem splošne ambulante, v kateri ima izbranega zdravnika.

Sklep

Namen standarda je:

- zmanjša razkorak med teorijo in prakso;
- enaka izpeljava postopka v vseh splošnih ambulantah in s tem zagotoviti enako osnovno raven;
- poenotenje stroke;
- potrebuje jih negovalni tim za izvajanje zdravstvene nege in dokumentiranje;
- potrebe na področju pedagoške dejavnosti;
- za potrebe finančne službe;
- dvig kakovosti zdravstvene nege v splošnih ambulantah in s tem zagotoviti večje zadovoljstvo B/V.

Poglavitno vlogo pri izvajanju zdravstvene nege v splošni ambulanti igra odnos, ki se odraža prek komunikacije in pomembno vpliva na nezadovoljstvo B/V. Potrebno je kontinuirano izobraževanje in izpopolnjevanje zdravstvenega tehnika za uspešno zadovoljevanje potreb in problemov B/V, za strokovni napredek, za ugled v družbi ter zadovoljstvo v poklicu.

Naj na koncu citiram misli Judith Clift: »Znanje zdravstvene nege se mora opirati tako na sociološko in psihološko znanje kakor na znanje naravoslovja, da bo bolnik lahko deležen nege kot celovit človek, ne le kot predmet medicinske diagnoze. Kar se mene osebno tiče, igra odnos do bolnika pri mojem delu zdravstvene nege poglavitno vlogo. Zato skušam prav do vsakega bolnika vzpostaviti osebni odnos in čim več zvedeti o njegovih potrebah in o tem, v kolikšni meri si lahko sam pomaga. Zanj storim samo tisto, česar sam ne more. Hkrati pa ga seveda poučujem in mu svetujem, tako da tudi sam spoznava nove vidike zdravstvene nege, ki je je deležen«. (Clift, 1996).

Literatura

1. Arnold E, Boggs K. Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses. Philadelphia: Sunders, 1989: 556.
2. Brajša P. Managerska komunikologija – komuniciranje, problemi in konflikti v podjetju. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1994: 17–120.
3. Clift J. Kaj je zdravstvena nega. Obzor Zdr N 1996; 30: 1–2.
4. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Health Administration Press, An Arbor, MI, 1982.
5. Greene R. Nov način komuniciranja: samozaložba. Škofja Loka, 1991.
6. Kališnik M. Uvod v znanstveno-raziskovalno metodologijo. Zdrav Vest, 1979; 48: 465–8.
7. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
8. Košir Z, Švab I, Urlep F, Voljč B. Splošna medicina. Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev. Ljubljana, 1992.
9. Longo DR. The quality of Ambulatory-based Primary Care: A Framework and Recommendations. International Journal for quality in Health Care, 1994; 4: 133–46.
10. Musek J. Osebnost in vrednote. Educy. Ljubljana, 1993.
11. Ritonja S. Zagotavljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Organizacija in kadri, 1994; 6: 585–96.
12. Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Radovljica: Didakta, 1994: 198.
13. Trstenjak A. Pota človeka. Mohorjeva družba. Celje, 1991.
14. Trstenjak A. Po sledih človeka. Mladinska knjiga, Ljubljana, 1993.