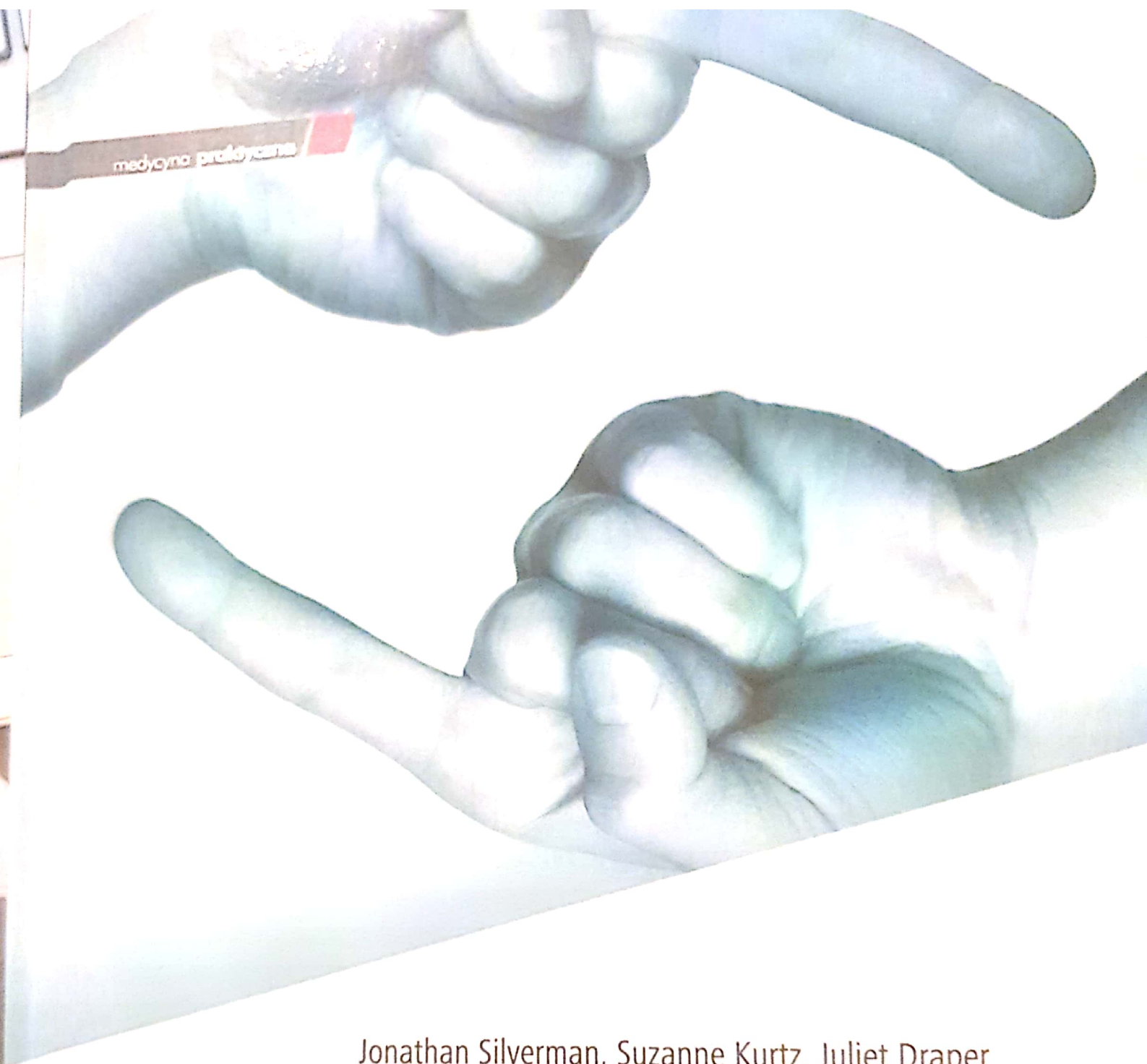




Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper

Umiejętności komunikowania się z pacjentami

Wytyczne Calgary–Cambridge – umiejętności procesu komunikowania się

Rozpoczynanie konsultacji

Przygotowanie

1. Kończy ostatnie zadanie i zwraca uwagę na własny komfort.
2. Skupia uwagę i przygotowuje się do tej konsultacji.

Nawiązanie wstępnego porozumienia terapeutycznego

3. Wita się z pacjentem i prosi go o podanie imienia i nazwiska.
4. Przedstawia się, wyjaśnia swoją rolę oraz charakter konsultacji; w razie potrzeby uzyskuje zgodę pacjenta.
5. Okazuje szacunek i zainteresowanie; dba o komfort fizyczny pacjenta.

Określenie przyczyn(y) konsultacji

6. Identyfikuje problemy pacjenta lub kwestie, które pacjent chce poruszyć, używając odpowiedniego pytania otwierającego (np.: „Z jakiego powodu zgłasza się pan/i do szpitala?” lub „O czym chciał(a)by pan/i dzisiaj porozmawiać?” albo „Na jakie pytania ma pan/i nadzieję uzyskać dziś odpowiedź?”).
7. Uważnie słucha wstępnej wypowiedzi pacjenta, bez przerywania czy ukierunkowywania jej.
8. Potwierdza listę wymienionych przez pacjenta problemów i dopytuje o kolejne (np.: „Zatem bóle głowy i zmęczenie, czy coś jeszcze?” lub „Czy martwi pana/panią jeszcze coś innego, o czym chciał(a)by pan/i dzisiaj porozmawiać?”).
9. Uzgadnia plan konsultacji, uwzględniając potrzeby pacjenta, jak również własne.

Zbieranie informacji

Eksplorowanie problemów pacjenta

10. Zachęca pacjenta, aby własnymi słowami opisał historię problemu(ów) od początku do chwili obecnej i wyjaśnił przyczynę zgłoszenia się w tym właśnie momencie.
11. Stosuje technikę zadawania pytań otwartych i zamkniętych, odpowiednio przechodząc od pytań otwartych do zamkniętych.
12. Słucha uważnie, pozwalając pacjentowi wypowiedzieć się do końca, bez przerywania, i pozostawiając mu przestrzeń do namysłu przed udzieleniem odpowiedzi bądź do kontynuowania wypowiedzi po przerwie.
13. Werbalnie i niewerbalnie wspomaga pacjenta w udzielaniu odpowiedzi, np. poprzez zachęcanie, operowanie ciszą, używanie powtórzeń, parafrazowanie, interpretowanie.
14. Wychwytuje werbalne i niewerbalne sygnały (płynące z języka ciała, mowy, wyrazu twarzy); sprawdza je oraz potwierdza ich adekwatność.
15. Klaryfikuje niejasne wypowiedzi pacjenta lub wymagające rozwinięcia (np.: „Czy może pan/i wyjaśnić, co ma pan/i na myśli, mówiąc, że kręci się panu/i w głowie/?”).
16. Co pewien czas dokonuje podsumowania, aby sprawdzić, czy dobrze zrozumiał wypowiedź pacjenta, i zachęca go do poprawy błędnych interpretacji lub dostarczenia kolejnych informacji.
17. Stosuje zwięzłe, łatwe do zrozumienia pytania i komentarze, unika żargonu lub odpowiednio wyjaśnia niezrozumiałe dla pacjenta sformułowania.
18. Ustala daty i chronologię zdarzeń.

Dodatkowe umiejętności służące zrozumieniu perspektywy pacjenta

19. Z zaangażowaniem ustala i odpowiednio eksploruje:
 - wyobrażenia pacjenta (np. przekonania dotyczące przyczyn doległości)
 - obawy pacjenta (np. zmartwienia dotyczące każdego problemu)
 - oczekiwania pacjenta (np. cele leczenia, jakiej pomocy oczekuje względem każdego zgłoszonego problemu)
 - skutki (w jakim stopniu każdy z problemów wpływa na życie pacjenta).
20. Zachęca pacjenta do wyrażania swoich uczuć.

Nadawanie struktury konsultacji

Zapewnianie wyraźnej struktury

21. Podsumowuje każdy podjęty wątek, aby potwierdzić zrozumienie przed przejściem do następnej części.
22. Przechodzi z jednego etapu konsultacji do kolejnych, sygnalizując to za pomocą odpowiednich sformułowań zapowiadających zmianę poruszanej kwestii, oraz uzasadnia to przejście.

Zapewnianie płynnego przebiegu konsultacji

23. Nadaje konsultacji logiczną kolejność.
24. Pilnuje czasu oraz realizacji poszczególnych zadań zgodnie z planem.

Budowanie relacji

Stosowanie adekwatnych zachowań niewerbalnych

25. Wykorzystuje adekwatne zachowania niewerbalne:
 - kontakt wzrokowy, wyraz twarzy
 - postawa ciała, pozycja, sposób poruszania się
 - wskazówki głosowe, np. tempo, głośność, intonacja.
26. Jeśli czyta, notuje lub korzysta z komputera, robi to w sposób niezakłócający rozmowy lub dobrej relacji.
27. Przejawia właściwą pewność siebie.

Budowanie porozumienia terapeutycznego

28. Akceptuje prawo pacjenta do własnych poglądów i uczuć; nie ocenia ich.
29. Okazuje empatię w wyrażeniu zrozumienia oraz uznaniu uczuć i problemów pacjenta; otwarcie wyraża akceptację dla jego poglądów i uczuć.
30. Udziela wsparcia: wyraża troskę, zrozumienie, chęć pomocy; docenia starania pacjenta w zakresie radzenia sobie oraz odpowiedniego dbania o siebie; proponuje relację partnerską.
31. Delikatnie podejmuje wprowadzające w zakłopotanie i budzące niepokój tematy oraz kwestie dotyczące bólu fizycznego, także te, które wiążą się z badaniem przedmiotowym.

Angażowanie pacjenta

32. Dzieli się przemyśleniami z pacjentem, aby go zachęcić do zaangażowania się (np.: „To, o czym teraz myślę, ...”).
33. Wyjaśnia zasadność zadawania pytań oraz badań przedmiotowych, które mogą wydawać się nielogiczne lub nie wynikają z wcześniejszych przesłanek.
34. Podczas badania przedmiotowego wyjaśnia, co się dzieje, oraz prosi pacjenta o zgodę na podejmowane działania.

Wyjaśnianie i planowanie

Przekazywanie odpowiedniej ilości i jakości informacji

Cele:

- udzielenie wyczerpujących i odpowiednich informacji
 - ocena indywidualnego zapotrzebowania każdego pacjenta na informacje, aby nie przekazać ich zbyt mało ani zbyt dużo.
35. Dzieli i sprawdza: przekazuje informacje we fragmentach możliwych do przyjęcia; sprawdza, jak pacjent je zrozumiał; wykorzystuje reakcję pacjenta jako wskazówkę do dalszego postępowania.
 36. Ocenia początkowy stan wiedzy pacjenta: kiedy przekazuje informacje, zaczyna od prośby do pacjenta, aby powiedział mu, co już wie; ustala, jaki zakres informacji pacjent chce otrzymać.
 37. Pyta pacjenta, jakie inne informacje będą dla niego pomocne, np. na temat etiologii, rokowania.
 38. Udziela wyjaśnień w odpowiednich momentach; unika udzielania rad, przedwczesnego przekazywania informacji lub zapewnień.

Pomaganie w dokładnym zapamiętywaniu i zrozumieniu

Cel:

- ułatwianie pacjentowi zapamiętanie i zrozumienie informacji.
39. Wyjaśnia w uporządkowany sposób: dzieli przekazywane informacje na wyraźne części, układa je w logicznej kolejności.
 40. Stosuje wyraźną kategoryzację informacji lub sygnalizowanie: zwroty zapowiadające najbliższą poruszaną kwestię (np.: „Są trzy ważne kwestie, o których chciałbym porozmawiać. Pierwsza...”; „Czy możemy teraz przejść do...?”).
 41. Używa powtórzeń i podsumowań w celu wzmocnienia informacji.
 42. Operuje zwięzłym i łatwo zrozumiałym językiem; unika żargonu lub odpowiednio go wyjaśnia.

43. Wykorzystuje wizualne metody przekazywania informacji: wykresy, schematy, modele, informacje pisemne oraz instrukcje.
44. Sprawdza, jak pacjent rozumie przekazane informacje (lub ustalone plany), np. prosząc go o powtórzenie własnymi słowami; wyjaśnia, jeśli jest to konieczne.

Osiąganie porozumienia: uwzględnienie perspektywy pacjenta

Cele:

- wyjaśnianie i planowanie z uwzględnieniem perspektywy pacjenta
 - poznanie myśli i uczuć pacjenta dotyczących przekazanych informacji
 - zachęcenie pacjenta do interakcji, a nie przekazu jednokierunkowego.
45. Dostosowuje wyjaśnienia do perspektywy pacjenta: do wcześniej wyrażonych przez pacjenta wyobrażeń, obaw i oczekiwań.
 46. Stwarza możliwość udziału oraz zachęca pacjenta do aktywnego udziału: zadawania pytań, poszukiwania wyjaśnień, wyrażania wątpliwości; odpowiednio reaguje.
 47. Wychwytuje sygnały werbalne i niewerbalne (np. potrzebę przekazania informacji przez pacjenta czy zadania pytania, przeciążenie informacjami, stres) i reaguje na nie.
 48. Poznaje przekonania, reakcje i uczucia pacjenta dotyczące przekazanych mu informacji i używanych terminów; odnosi się do nich i wyraża uznanie stosownie do potrzeb.

Planowanie: wspólne podejmowanie decyzji

Cele:

- umożliwienie pacjentowi zrozumienia procesu podejmowania decyzji
 - zaangażowanie pacjenta w proces podejmowania decyzji w stopniu odpowiadającym jego oczekiwaniom
 - zwiększenie zaangażowania pacjenta w zaplanowane działania.
49. Dzieli się własnymi przemyśleniami stosownie do sytuacji: pomysłami, przebiegiem procesu myślenia i wątpliwościami.
 50. Angażuje pacjenta:
 - daje sugestie i możliwości wyboru zamiast poleceń
 - zachęca pacjenta do dzielenia się własnymi pomysłami, propozycjami.
 51. Analizuje możliwości postępowania.
 52. Ustala, w jakim stopniu pacjent chce uczestniczyć w podejmowaniu danej decyzji.

53. Ustala plan do zaakceptowania przez siebie i pacjenta:
- wyrażnie określa swoje zrównoważone stanowisko (ang. *equipoise*) lub preferencje odnośnie do możliwych opcji
 - określa preferencje pacjenta.
54. Sprawdza, czy pacjent:
- akceptuje przyjęty plan
 - ma jeszcze jakieś obawy (i wyjaśnia je).

Zamykanie konsultacji

Dalsze planowanie

55. Zawiera z pacjentem umowę dotyczącą kolejnych kroków, które razem podejmą.
56. Tworzy sieci bezpieczeństwa (ang. *safety nets*), wyjaśniając możliwe nieoczekiwane rezultaty; ustala, jak postępować, gdy plan nie zadziała, oraz kiedy i w jaki sposób szukać pomocy.

Zapewnienie odpowiedniego momentu zamknięcia

57. Krótko podsumowuje konsultację oraz wyjaśnia dalszy plan opieki.
58. Ostatecznie sprawdza, czy pacjent się zgadza na plan i jest z niego zadowolony. Dopytuje o ewentualne zmiany, dodatkowe pytania lub inne kwestie.

Możliwe warianty podczas etapu wyjaśniania i planowania (uwzględniające umiejętności dotyczące treści i procesu zbierania wywiadu medycznego)

Kiedy omawia opinie i znaczenie problemu

59. Przedstawia swoją opinię dotyczącą tego, co się dzieje, i jeśli to możliwe – nadaje temu nazwę.
60. Podaje uzasadnienie swojej opinii.
61. Wyjaśnia przyczyny, wagę problemu, spodziewany wynik, krótko- i długoterminowe konsekwencje.
62. Pozyskuje informacje od pacjenta na temat jego przekonań, reakcji, obaw dotyczących tej opinii.

Kiedy ustala wspólny plan działania

63. Omawia z pacjentem różne możliwości, np. niepodejmowanie działania, diagnostykę, leczenie farmakologiczne lub operacyjne, postępowanie nefarmakologiczne (np. fizjoterapia, urządzenie wspomagające poruszanie się, płyny, poradnictwo), działania profilaktyczne.
64. Przekazuje informacje na temat proponowanych działań lub sposobów leczenia: podaje nazwę, opisuje przebieg (jak to działa), wymienia korzyści i możliwe działania niepożądane.
65. Poznaje opinię pacjenta co do konieczności podjęcia działania, postrzeganych korzyści, ograniczeń, motywacji.
66. Akceptuje perspektywę pacjenta; jeśli jest to konieczne, proponuje przyjęcie innego punktu widzenia.
67. Poznaje reakcje i obawy pacjenta dotyczące planów i leczenia, biorąc pod uwagę także to, czy pacjent je akceptuje.
68. Bierze pod uwagę styl życia pacjenta, jego przekonania, pochodzenie kulturowe oraz możliwości.
69. Zachęca pacjenta do zaangażowania się w realizację planów, przyjęcia odpowiedzialności oraz usamodzielnienia.
70. Pyta pacjenta, jakim systemem wsparcia dysponuje; omawia inne dostępne metody wsparcia.

Kiedy omawia badania diagnostyczne i procedury

71. Dostarcza jasnych informacji na temat procedur, np. czego pacjent może się spodziewać, w jaki sposób zostanie poinformowany o wynikach.
72. Odnosi procedury do planu leczenia – wskazuje na ich znaczenie i cel.
73. Zachęca do zadawania pytań i dyskusji na temat możliwych obaw lub negatywnych skutków.

Wytyczne Calgary–Cambridge – treść komunikowania się

Zmieniona wersja dotycząca treści, opisana w wytycznych, oferuje alternatywną metodę konceptualizacji i zapisywania informacji podczas konsultacji oraz w dokumentacji medycznej pacjenta. Tradycyjne metody zapisywania informacji medycznych (ramka 1.2.) zostały zachowane, ale dodatkowo jeszcze uwzględniliśmy:

- listę problemów, którymi pacjent chce się zająć (większa liczba „dolegliwości”)