



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

**„Gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés
ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése”**

Debreceni Egyetem, 2018.08.28.

**Az egészségügyi fekvő- és járóbeteg ellátók páciensekkel és partner-szerve-
zetekkel folytatott kommunikációjának vizsgálata -**

„Best practice” esettanulmányok áttekintése

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Józsa Tamás,
Dr. Keszeg Anna, Szele Anna Szabina**

2018





Tartalom

1. Az egészségkommunikáció különböző aspektusai	3
2. Nemzetközi jó gyakorlatok	6
2.1. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al, 2015):.....	6
2.2. NALA Literacy Audit for Healthcare Settings (Lynch, 2009).....	10
2.3. A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients (Strickland, 2011):.....	13
2.4. Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource.....	14
2.4.1. A mérőeszköz kidolgozásának kontextusa	14
2.4.2. Módszertani megfontolások.....	15
2.4.3. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tíz szempontja	16
3. Kórházak és egyéb Egészségügyi Centrumok Betegtájékoztatási Minőségének Szerepe	26
4. Egységes kórházi irányelvek	32
IRODALOMJEGYZÉK	38



1. AZ EGÉSZSÉGGKÖMUNIKÁCIÓ KÜLÖNBÖZŐ ASPEKTUSAI

Az egészségkommunikáció domináns paradigmája mindeddig statisztikai bizonyítást, valószínűség-felmérést és logikai, racionális érvelést használt meggyőzés céljából, illetve, hogy motiválja a páciens a szükséges viselkedésbeli, életmódbeli változások elfogadására. Az egészségkommunikáció fejlesztésével foglalkozó szakemberek azonban egyre gyakrabban fordulnak a kommunikáció narratív formáihoz, mint a szórakoztató oktatás, a storytelling (történetmesélés), vagy személyes vallomások, hogy ugyanezeket a célokat elérjék. A narratív kommunikáció a humán interakciók alapműfaja, így alkalmas például az egészségmagatartás megváltoztatását célzó kommunikációra is. Bruner (1986 id. Hinyard et al., 2007) szerint a tudás két formája létezik: a pragmatikus és a narratív. A pragmatikus tudás esetében folyamatosan tesztelünk és ellenőrzünk, és empirikusan igazolt tudást nyerünk. Hagyományosan az egészségügyi kommunikáció a pragmatikus – a tudományhoz közel álló – módszert részesítette előnyben. Ezzel szemben a tudás, a tudásszerzés narratív módjai közé tartoznak a történetek, a megragadó drámák, történelmi visszaemlékezések, személyes tapasztalatok, mások tapasztalatai, a hit és a vallás. A kutatási tapasztalat azt mutatja, hogy a személyes bevonódást lehetővé tevő narratív kommunikáció hatásosabb a magatartás-változást célzó kommunikációban, mint a pragmatikus módszerre jellemző racionális érvelés (Hinyard et al, 2007).

Az orvostudománnyal, orvosképzéssel foglalkozó nemzetközi állásfoglalásokban és ajánlásokban az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kap az orvos-beteg kommunikáció. A téma kurrensé válása miatt egy a Bayer Institute for Health Care Communication és Fetzer Institute által szervezett, 1999-es michigani multidiszciplináris szakembereket felvonultató konferencia célul tűzte ki magának, hogy listába szedje az orvos-beteg kommunikáció legfontosabb elemeit. A munka eredményeként létrejött a máig is gyakran hivatkozott Kalamazoo Konszenzus Nyilatkozat (Kalamazoo Consensus Statement - KCS), amely az alábbi 7 pontban foglalja össze az orvos-beteg kommunikáció legalapvetőbb fontosságú elemeit:

(1) Orvos-beteg kapcsolatépítés.



Ez a modell a páciens-központú, illetve kapcsolat-központú kezeléshez való hozzáállást propagálja, amely kapcsolatban a páciens is aktív részese a döntéshozásnak. A kapcsolatépítés kommunikatív feladata kiterjed a páciens családjára és a támogató hálózatokkal való együttműködésre is.

(2) A párbeszéd elindítása.

A kommunikációs folyamat során hagyni, hogy a beteg végigmondja a mondandóját, kezelni kell az aggodalmait, valamint kialakítani és folyamatosan fenntartani a személyes kapcsolatot a kezelés időtartama alatt.

(3) Információgyűjtés.

A nyitott és zárt végű kérdések megfelelő használata, visszakérdezés és a kapott információ megismétlése tisztázás céljából, az információk összefoglalása és strukturálása. Aktív odafigyelés nem verbális (pl. szemkontaktus) és verbális technikák (pl. bízató, megerősítő szavak) alkalmazásával,

(4) A páciens szempontjainak megértése.

A páciens családi, kulturális, társadalmi-gazdasági hátterének megismerése, a betegséggel és egészséggel kapcsolatos hiedelmeinek, aggodalmainak és elvárásainak a feltérképezése és figyelembe vétele kommunikáció és a kezelés során. A beteg érzéseinek, ötleteinek és értékeinek felismerése és figyelembevétele

(5) Az információ megosztása.

A páciens számára érthető nyelvhasználat. A megértés ellenőrzése. Bátorítás kérdésfeltevésekre.

(6) Konszenzusra jutás a problémákkal és kezelésükkel kapcsolatban.



A páciens bátorítása, támogatása a kezeléssel kapcsolatos döntések meghozásában való részvételre. A kezelési tervben foglaltak betartására vonatkozó kapcsolatos hajlandóság és képesség ellenőrzése. A rendelkezésre álló potenciális erőforrások és támogató tényezők azonosítása és összegyűjtése

(7) A lezárás biztosítása.

Rákérdezés a páciens egyéb problémáira, aggodalmaira. A kezelési terv összefoglalása, a beleegyezés biztosítása. Az utánkövetés megbeszélése (pl. következő találkozó időpontjának egyeztetése) (Makoul, 2001).

Felismerve az orvosi hivatalnokokkal (orvosírnokok, ügyintézők, adminisztrátorok stb.) történő kommunikáció kardinális jelentőségét és a páciens betegség-tapasztalatában betöltött szerepét, a Macy Initiative nevű program azt tűzte ki célul, hogy az egészségügyi adminisztrációs ügyintézésben részt vevők képzésnek érdekében három amerikai felsőoktatási képzőintézmény részvételével pilot programokat indít, mely során a résztvevő intézmények három különböző kommunikációs tantervet/programot hoztak létre és tesztelték azok működőképességét. A kommunikációt a programban három tartományban vizsgálták:

- (1) kommunikáció a beteggel
- (2) kommunikáció a betegről
- (3) kommunikáció az orvoslásról és a tudományról.

A három intézmény a program végeztével egyenként körülbelül 30 órányi innovatív, kommunikációs tananyagot állított össze. Bennük előadások, szerepjátékok, ellenőrző listák, készség-felmérő tesztek, videós ellenőrzések (Kalet et al., 2004).

Nem egyedülálló példa, hogy az egészségügyi kommunikáció fejlesztésére irányuló programok egyetemi környezetben zajlanak, annak megcélzottjai nem a praktizáló, hanem a jövő orvosai. Ahogyan a szerepjáték, mint munkamódszer is visszatérő jelenség a területen. A University of



California programja az improvizációs színház eszköztárával felhasználva fejlesztett orvosi kommunikációs tananyagot, felismerve, hogy a módszer fejleszti a spontaneitást, visszajelzést ad a használt kommunikációs stratégiákról, magabiztosabbá teszi, illetve figyelemre neveli a gyakorlót. A tízszer egyórás tréningek három téma köré csoportosultak: önábrázolás, mások megítélése és személyközi interakciók. A gyakorlatok során különböző társadalmi státuszú emberek szerepét kellett felvenniük a résztvevőknek, voltak gyakorlatok, amelyek a figyelem javítására és irányítására vagy a csapatmunkára irányultak, illetve voltak a történetmesélés eszközét használó feladatok is. Valamennyi elvégzett gyakorlatot szakmai értékelés követett orvosi szakemberek és improvizációs tréner által egyaránt (Hoffman, 2008).

2. NEMZETKÖZI JÓ GYAKORLATOK

2.1. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al, 2015):

Egy országos felmérés kimutatta, hogy Amerikában a betegek mindössze 12%-a rendelkezik elegendő háttértudással ahhoz, hogy megfelelően eligazodjanak az ország bonyolult egészségügyi rendszerén belül, ráadásul betegség vagy stressz miatt az ő képességeik is korlátozódhatnak – épp a legrosszabbkor (Kulet et al., 2006). Épp ezért az amerikai Egészségügyi és Szociális Minisztérium (U.S. Department of Health & Human Services) háttérintézmény az Egészségügyi Kutatási és Minőségügyi Ügynökség (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) 2015-ben megújítva adta ki egészségműveltséggel foglalkozó eszköztárát azzal a céllal, hogy segítsen az alapellátást nyújtó intézményeknek egyszerűbbé és átláthatóbbá tenni szolgáltatásaikat, miközben növelik a páciensek körében az egészségügyi információk ismertségét, végeredményben a páciensek egészségműveltségét. Az eszköztár neve – *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, magyarul: Általános Óvintézkedések Eszköztára az Egészségműveltségben – abból a feltételezésből indul ki, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevők nem minden esetben rendelkeznek megfelelő tudással ahhoz, hogy az ellátásba



bekerülve minden nehézség nélkül és maximálisan megértsék az egészségükkel és az ellátással kapcsolatos információkat. Az AHRQ épp ezért egy országos ajánlást adott közre, amelyben összegezte azokat a lépéseket, amelyek megtétele csökkentheti az egészségműveltség hiányosságaiból adódó nehézségeket, félreértéseket. A dokumentum által ajánlott általános óvintézkedések a következők területeket célozzák:

- a kommunikáció egyszerűsítése és a megértés folyamatos ellenőrzése,
- az ellátáshoz kapcsolódó folyamatok, az abba bekapcsolódó intézmények (beleértve azok fizikai környezetét) átláthatóvá tétele, ezzel segítve a páciensek tájékozódását,
- a páciensek saját egészségük javítása érdekében tett erőfeszítéseinek támogatása.

A dokumentum összesen 21 eszközt tartalmaz, melyek vegyesen foglalkoznak az intézményi írott és beszélt kommunikáció fejlesztésével. A javaslatcsomag azt tanácsolja, hogy az egyes praxisokon belüli egészségműveltség fejlesztést kezdjék az első három eszköz bevezetésével:

1. Alakítsanak egy csapatot, amelynek célja az egészségműveltséggel kapcsolatos óvintézkedések mindenkori betartása és betartatása. A csoport rendelkezzen egy vezetővel és megfelelően kezelhető létszámmal. Találkozzanak és számoljanak be eredményeiről rendszeresen.
2. Hozzanak létre egy Egészségműveltség Fejlesztési Tervet. Az erre kijelölt csapat beszélje meg, hogy a praxis mely területei szorulnak rá leginkább az egészségműveltség fejlesztésére, és a lokális igényekhez igazodva alakítsanak ki egy fejlesztési tervet. Ennek a lépésnek a fő célja, hogy felmérje, jelenleg hogyan teljesítenek a praxis dolgozói az információátadás, a megértés ellenőrzésének terén. Ennek szakszerű felméréséhez az eszköztár egy használható kérdőívet is tartalmaz.
3. Figyelemfelhívó kampány lebonyolítása a praxison belül. A módszer célja, hogy különböző eszközökkel – például a mellékletben csatolt oktatóvideó segítségével – oktassák



a praxis dolgozóit az egészségműveltség fontosságáról, és arról, hogy annak hiánya hogyan befolyásolja a betegek kezelésének kimenetelét.

A dokumentum a továbbiakban adott, az alapellátásban gyakran előforduló problémakörökhöz kapcsol hozzá megoldási eszközöket. Például:

- Probléma: *Meg akarok bizonyosodni róla, hogy a betegeim helyesen szedik a felírt gyógyszereiket.*
- Eszköz: *„Barna papírzacskós” gyógyszer-ellenőrzés.*

A módszer lényege, hogy a kezelőorvos biztassa arra a pácienseit, hogy minden látogatás alkalmával hozzák magukkal a gyógyszereiket, és mondják el az orvosnak, melyiket hogyan szedik. Ez az utóellenőrzés segít rávilágítani esetleges hibákra, félreértésekre. A módszer leírása számot ad konkrét esetekről is, amikor a gyógyszer-ellenőrzés például arra mutatott rá, hogy egy páciens dupla adagot szedett az egyik gyógyszeréből – ezzel súlyos mellékhatásoknak kitéve saját magát. Más klinikák tapasztalatai szerint 10-15 levezetett gyógyszer-ellenőrző interjúból átlagosan mindössze csupán 2 hiba nélküli.

Minden eszközleírás tartalmazza továbbá a megvalósítást segítő tippeket. Például: helyezzünk el posztereket a váróteremben, amelyek emlékeztetik a pácienseket, hogy hozzák magukkal a gyógyszereiket. Az eszköztár emellett részletes kommunikációs útmutatót is tartalmaz arra vonatkozóan, hogyan bonyolítsunk le egy ilyen gyógyszer-ellenőrző interjút, kérdés-formulákkal, javasolt és kerülendő kifejezésekkel.

Az eszköztár számos ponton felhívja a figyelmet arra, hogy az orvosi kommunikációban általában több félreértés fordul elő, mint amennyi azok közül a felszínre kerül. Például: az orvos tájékoztatja a beteget, hogy a sebére nem alkalmazható helyi kezelés. A páciens ezt úgy interpretálja, hogy egy másik városba kell utaznia, hogy a sebet kezelni tudják. Ezeket elkerülendő



javaslat-csomagot is tartalmaz a pontos és egyértelmű kommunikáció érdekében. Például: az orvos figyelje meg, hogy milyen szavakat használ a beteg, és ugyanezeket a szavakat felhasználva próbálja meg elmagyarázni betegségének jellegét.

A dokumentum olyan eszközöket is tartalmaz, amelyek konkrétan a megértés ellenőrzését célozzák. Ilyen például a „*Teach-Back Method*”, vagyis a Viszont-tanítás módszere, mely során a beteget arra kéri orvosa, hogy a tájékoztatást követően magyarázza el orvosának saját szavaival mindazt, amit tudnia kell egészségéről vagy tennie kell annak megőrzése érdekében. Az eszköz rámutat az esetleges félreértésekre, rögzíti az elhangzott információkat, miközben segíti is az adherenciát. A viszont-tanítás módszerének további célja a telefonos visszahívások számának csökkentése is.

További eszközök célozzák gyakorlati útmutatókkal a praxis telefonos kommunikációjának fejlesztését, az idegen nyelvű páciensekkel történő kommunikáció fejlesztését és a tudatosságra nevelést a páciensek kultúrájának, hagyományainak és hitének a figyelembe vételével.

Valamennyi eszköz implementálását további kiegészítő anyagok segítik a mellékletekben: kérdőívek, videóanyagok, tesztkérdések, poszterek, űrlapok a páciensek visszajelzéséhez, beleegyező nyilatkozat-sablonok és egyébek.

Összegzés:

Fontos tanulsága az egészségműveltségről (health literacy) szóló dokumentumoknak, hogy gyakori jelenség, ahogyan az egészségügyi ellátásban dolgozók felülértékelik a páciensek egészségműveltségét. A betegek (és gondozóik, képviselőik, hozzátartozóik) sokszor akkor is támogatásra, plusz információkra, a megértés ellenőrzésére szorulnak, amikor arra látszólag semmilyen jel nem utal (pl. az érintett nem tartozik etnikai kisebbségi csoporthoz, nem hátrányos helyzetű vagy alacsony iskolázottságú, stb.). Mindezen tanulságok arra engednek következtetni, hogy



a kommunikáció egyszerűsítése, a visszakerdezés, a megértés biztosítása általános céljává kell, hogy váljon az orvosi kommunikációnak, nem csupán a speciális helyzetek kezelési módjává.

Bár a dokumentum főként az alapellátás és az egészségműveltség kapcsolata kerül kifejtésre, az abban foglalt, a kommunikáció érthetőségét célzó tanácsok nagy része alkalmazható a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és mentálhigiénés ellátásokban is. A dokumentum továbbá jó mintája annak, hogyan hozzunk létre könnyen lapozható, magazinszerű, képileg is gyorsan értelmezhető segédanyagot, melynek célja nem a lineáris végigolvasás, hanem a folyamatos használat, az eszközök kereshetősége és a gyakorlati segítség nyújtása. A dokumentum eltekint az egészségműveltség fogalmának hosszas bevezetésétől, a szakirodalmi eredmények ismertetéséről, és a célcsoport számára legkönnyebben használható formulában: kérdések és azokra adott válaszok formájában vezeti be a témát.

2.2.NALA Literacy Audit for Healthcare Settings (Lynch, 2009)

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészségműveltség egy fontos eszköze az egészségügyben előforduló egyenlőtlenség és méltánytalanság ellen küzdő nemzeti és nemzetközi stratégiáknak (WHO, 2008). Ezt célozván az ír National Adult Literacy Agency (NALA) ajánlása az egészségműveltséggel kapcsolatban egy rövid fogalmi tisztázásról szóló bevezetőt követően az egészségműveltséggel kapcsolatos jó gyakorlatok ismertetése által szolgálja a helyzet javítását. A segédanyag célja, hogy az egészségügyben dolgozók számára érthetőbbé váljon, hogy munkájuk során milyen szerepet kap az érthetőség és a funkcionális írástudás, valamint iránymutatást ad számukra arról, hogyan tehetik az egészségügyi szférát megközelíthetőbbé, elérhetőbbé és átláthatóbbá a páciensek számára. A dokumentum egyrészt egy gyűjteményt tartalmaz jó kommunikációs gyakorlatokról egészségügyi környezetben, másrészt egy ellenőrző anyagot, amely segítségével a téma aktuális állapota mérhető fel adott egészségügyi környezetben.



Az egészségműveltség javítása kulcsfontosságú ahhoz, hogy arra bátorítsuk az embereket, hogy növeljék saját kontrolljukat egészségi állapotuk fölött, hogy keressenek információkat, azokat vezessék be a gyakorlatban, és vállaljanak nagyobb felelősséget a jólétükért (ILC, 2006).

Az egészségműveltség (health literacy) magába foglalja a beszédet és a beszéd hallgatását, az olvasást, az írást, a számolást és a mindennapi kommunikációs és információkezelő technológiák használatát. Az egészségműveltség tehát több, mint egyszerűen az írni- és olvasni tudás képessége, és több, mint amit a funkcionális írástudás fogalma takar: vannak személyes, szociális és gazdasági dimenziói is. Az egészségműveltség növeli az egyén esélyét arra, hogy reflektáljon saját élethelyzetére és változást kezdeményezzen. Ez a tág definíció utal arra, hogy a társadalom írástudás-igényének szintje folyamatosan változik. Egyre inkább elvárt, hogy az egyén több papírmunkát végezzen, és hogy használja ki a technológia adta lehetőségeket, például utazáskor vagy banki ügyintézés során. A nemzetközi gyakorlat azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszerek is világszerte egyre komplexebbé válnak, és ezzel együtt egyre nehezebben átláthatóvá, magasabb fokú írástudást igénylővé a páciensek számára (OECD, 2005).

Mindazonáltal a health literacy fejlesztésével kapcsolatban leginkább az írott és szóbeli kommunikációs folyamatok hiányosságait érinti. A best-practice esetek témájuk szerint foglalkoznak többek között az orvosi tájékoztatók írásával, a vizuális kommunikációval az egészségügyben, a számok használatával a kommunikáció során, valamint a honlapokon történő információátadással.

Az írott kommunikáció tekintetében a NALA dokumentum javaslatjai:

- egyszerű, direkt, és szimpla nyelvhasználat, az információk áttekinthető szerkesztése
- a dokumentum céljának leszögezése a tájékoztató elején
- összefoglaló használata
- interaktív formulák használata, pl.: kérdés-válasz



- a konceptuális kifejezések kerülése, konkrétumok használata, pl.: normál érték helyett egy intervallum
- a gyűjtőszavak értelmezése példákkal
- értékítéletet igénylő szavak magyarázata. Pl.: a „megfelelő mennyiségű”, a „túlzott”, a „rendszeres” szavak jelentése kontextustól függően változhat.

A dokumentum beszélt kommunikációra vonatkozó részének tanácsai nagyrészt egybevág-
nak a fentebb idézett eszköztárak ajánlásaival. Vagyis: lassú és egyszerűsített beszéd, az
információk megisméltése és megisméltetése (*teach-back method*), a bizalmi légkör meg-
teremtése, stb.

Az ajánlás matematikai írástudással/matematika értéssel foglalkozó része a „kockázat”, a
„valószínűség”, az „előfordulási esély”, a „norma” és hasonló kvantitatív koncepciók meg-
értésével, megértetésével foglalkozik. A javaslatok szerint:

- alapállásban feltételezzük azt, hogy a betegek nem értik ezeket a koncepciókat: kérdés nélkül is magyarázzuk el őket
- egyszerre csak egy adattal foglalkozunk
- használjunk analógiákat és hasonlatokat, amik a megértést segíthetik
- ne használjunk tizedes törteket a valószínűség kifejezésére. Pl: valószínűtlen, hogy a beteg megérti, ha azt mondjuk, valaminek az esélye 0,3
- kerüljük a százalékokat, amikor lehet
- az aránypárokhoz használjunk kisebb számokat (1000-ból 20, helyett: 50-ből 1)
- kockázatileírás esetében az abszolút értékek érthetőbbek, mint a relatív értékek (50%-kal nagyobb esély a stroke-ra helyett: 1000-ből 3 esetben stroke)



A *best practice* ajánlások mellett a dokumentum eszközöket javasol és ajánl fel ahhoz, hogyan teszteljük a páciensek és az őket kiszolgáló szakemberek egészségműveltségét, hogyan szerkesszünk honlapot, amelyen az érthetőség és az átláthatóság kap kulcsszerepet és hogyan használjuk funkcionálisan a praxison belüli információs és irányjelző táblákat.

2.3.A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients (Strickland, 2011):

Felhasználva a Literacy Alberta egészségműveltségi felmérését, a quebeci írástudás fejlesztésével foglalkozó non-profit szervezet kifejlesztett egy programot, amellyel reagálni kívántak a Kanadában mért rendkívül alacsony egészségműveltségi szintre. A projekt fő célja az volt, hogy tájékoztassák a szociális szférában tevékenykedőket az egészségműveltség, egészségjártasság fontosságára és az akörüli problémákra, valamint azokra az eszközökre és szolgáltatásokra, amelyek az egészségműveltség fejlesztését célozzák.

A program alapja egy szakembereknek 2010-ben szervezett videokonferencia, amely eredményeképpen összeállt egy oktatóanyag.

Az eszköztár három modulból áll:

1. Bevezetés az egészségműveltségbe
2. Kommunikáció a kliensekkel
3. Egyszerű nyelvhasználat és átlátható dizájn



Mindegyik modul tartalmaz egy Power Point prezentációt, amely a témán belül a fő koncepciókra koncentrálnak, egy tervet arról, hogy a modulban található javaslatok implementálásához milyen feltételekre és mennyi időre van szükség, egy az egészségműveltséget fejlesztő gyakorlatlistát, nyomtatható tájékoztatókat és feladatlapokat.

Az eszközöket egyaránt lehet csoportos és egyéni tanuláshoz is használni, valamint felhasználható az online oktatásban is.

2.4. Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource

2.4.1. A mérőeszköz kidolgozásának kontextusa

Az *Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource* egy Ausztráliában kidolgozott mérőeszköz, melynek célja az az egészségügyi és kapcsolódó szektorok szervezetek számára egy (ön)értékelési eszközrendszer biztosítása, melynek segítségével önmaguk fel tudják mérni az adott szervezet vagy intézmény egészségműveltségi szintjét. A mérőeszközt 2012-ben publikálták. A mérőeszköz az egészségműveltség attribútumait, dimenzióit mutatja be, illetve kitér arra, hogy milyen lehetőségek vannak az önértékelés alapján azonosított egészségműveltségi szint továbbfejlesztésére. (Thomacos et Zazryn, 2013.).

Egészségműveltséget támogató szervezetnek - Brach alapján (Brach et al., 2012) azokat a szervezeteket nevezik, melyek segítenek az embereknek eligazodni és megérteni az egészségük megőrzésével, gondozásával kapcsolatos információk és a szolgáltatások rendszerét.

A kidolgozott szempontrendszer és mérőeszköz kettős szereppel rendelkezik: egyrészt irányelv lehet a már létező egészségműveltséget támogató szervezetek fejlesztésében, másrészt az építkezés és profilkialakítás eszköze az ilyen szándékkal alapított szervezetek esetében. E szervezetek egészségügyi vagy szociális profillal egyaránt rendelkezhetnek.



A mérőeszköz kidolgozása abból a meglátásból indult ki, hogy hagyományosan az egészségműveltség és annak fejlesztése az egyén szintjén történik, egyre nagyobb szerepet kap annak beismerése, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatások rendszerének szintén lényegi szerepe van. Így kerül át a kérdés az egyéni kommunikáció területéről a szervezeti kommunikáció szintjére is.

Az mérőeszköz tíz dimenzió alapján vizsgálja adott szervezet egészségtudatosságát. Az eszköz kidolgozása viszont egy korábbi, az Amerikai Egyesület Államokban használt 18 dimenziós eszköz felhasználásával jött létre (Schillinger and Kelles, 2011.).

2.4.2. Módszertani megfontolások

A mérőeszközben szereplő tíz tényezőt az Institute of Medicine állapította meg, ezt követően pedig konkrét szervezetek esetében operacionalizálták olyan konkrét tényezőket különítve el az egyes dimenzióknál, melyek a mérhetőség inputjai és outputjai lehetnek. Az egyes dimenzióknál a konkrét mérőeszközöket a szempontok kifejtésekor fogjuk tárgyalni.

A mérőeszközben szereplő tíz tényező azonosításakor a szerzők (Brach et al. 2012) megállapítják, hogy az ezen dimenzióknak való megfelelés egy szervezet esetében nem kimerítő, hanem inkább folyamat-jellegű: vagyis az egyes tényezőknek való megfelelésre való törekvés önmagában már az egészségtudatos szervezeti státusz elnyerését jelenti. A mérőeszköz kidolgozásakor tehát már igen fontos szerepet töltött be annak hangsúlyozása, hogy az egyes dimenzióknak való megfelelésben nincsenek abszolút értékek. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tehát egy adott szervezet egészségműveltségi törekvéseinek szintjét méri.



2.4.3. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tíz szempontja

1. A szervezet olyan vezetőkkel és vezetői koncepcióval rendelkezik, mely az egészségműveltség fejlesztését küldetése, struktúrája és működés módja alapjaként kezeli.
2. Az egészségműveltséget a tervezés, az értékelés a megbízhatóság/felhasználói biztonság, a minőségbiztosítás és továbbfejlesztés folyamataiba beépíti.
3. A humán erőforrást felkészíti az egészségműveltséggel kapcsolatos technikák alkalmazására monitorozza az ez irányú fejlődésüket
4. A célcsoport szempontjait is figyelembe veszi az egészséggel kapcsolatos információk és szolgáltatások tervezése, megvalósítása és értékelése során
5. A lakosság széles skálán mozgó egészségműveltségi szintjéhez kapcsolódó szükségleteket kielégíti stigmatizáció nélkül.
6. Egészségműveltségi stratégiáit alkalmazza a személyközi kommunikációban és minden lehetséges érintkezési ponton biztosít a megértés felől.
7. Az egészséghez kapcsolódó információkat és szolgáltatásokat könnyen hozzáférhetővé teszi, segítséget nyújt a tájékozódásban.
8. Olyan nyomtatott, audiovizuális és közösségi média tartalmakat tervez és állít elő, melyeket könnyű megérteni és az abban foglaltakat gyakorlatban alkalmazni.
9. Magas kockázatfaktorú helyzetekben (kezelés változtatása, gyógyszerekről való kommunikáció) kiemelten figyel az egészségműveltségi szinthez illesztett kommunikációra.
10. Tisztán kommunikál a szolgáltatások anyagi háttéréről (mi az, amit az egészségbiztosítás fedez, mi az, amiért az egyéneknek fizetniük kell). (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 4.).

A felsorolt tíz tényező részletes szempontrendszer szerint mérhető, minden tényező esetén felsoroljuk az alábbiakban a fontosabb szempontokat, azzal a megjegyzéssel, hogy a szempontoknak való megfelelést listákkal méri, melyek az alábbi link alatt elérhetők: <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/Enliven-health-literacy->



[audit-resource-Mar-2015.pdf](#) (bibliográfiai hivatkozásként lásd: Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013).

Az első tényező (A szervezet olyan vezetőkkel és vezetői koncepcióval rendelkezik, mely az egészségműveltség fejlesztését küldetése, struktúrája és működés módja alapjaként kezeli) a következőket feltételezi:

- (1) az adott szervezet küldetésnyilatkozatában és programjában az egészségműveltség kiemelt helyen szerepel;
- (2) az egészségműveltség nyelvi feltételeinek biztosítása érdekében szakértőket és asszisztenciát szolgáltatnak;
- (3) a hatékony és érthető kommunikáció a szervezet minden szintjén és minden kommunikációs csatornáján alapelvárás;
- (4) konkrét eljárás módokat dolgoznak ki arra nézve, ha a jelenlegi és potenciális felhasználók számára nyelvileg minél érthetőbb legyen a szolgáltatások és működésük leírása, illetve, hogy a szervezet képes legyen reagálni a felhasználók igényeire;
- (5) létezik egészségműveltségben jártas, azzal foglalkozó szervezeti egység vagy személy a szervezeten belül;
- (6) léteznek egészségműveltséggel kapcsolatos célok és ezek mérésére kidolgozott eszközök;
- (7) mind anyagi, mind pedig humán erőforrást elkülönítenek az egészségtudatosság növelésének céljából;
- (8) Az egészségműveltség fejlesztésében vezető szerepet vállalókat elismerik a szervezeten belül;
- (9) olyan szervezeti kultúrát alakítanak és tartanak fent, mely a kölcsönös kommunikáción és a szakmai és felhasználói perspektíva egyenértékűségén alapszik;



(10) folyamatosan újratervezik a rendszert annak érdekében, hogy az egyének növeljék egészségük megőrzésére, a betegség kezelésére vonatkozó képességüket;

(11) a fizikai tereket úgy tervezik meg és tervezik újra, hogy a hatékony kommunikációt biztosítsák (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 6.)

Ugyanakkor az adott szervezet egészségműveltségi szintje abban is mérhető, hogy mennyire látszik lokális szinten ezirányú tevékenysége, támogat-e egészségműveltséggel kapcsolatos kutatásokat, illetve serkenti-e más szervezetek ezirányú munkáját.

A második tényező *(Az egészségműveltséget a tervezés, az értékelés, a megbiztonság/felhasználói biztonság, a minőségbiztosítás és továbbfejlesztés folyamataiba beépíti)* a következőket feltételezi:

- (1) az egészségműveltség a tervezési folyamatok része;
- (2) olyan értékelési rendszerek megléte, melyek az egészségműveltségben való előremenetelt és fejlődést mérik;
- (3) évente olyan tanácskozásokat bonyolít le a szervezet, mely kommunikációja nyelvi követhetőségét monitorozza;
- (4) az új szolgáltatások és programok kidolgozásában használja a meglévő adatbázisokat;
- (5) a belső szakemberekkel folyamatosan konzultál az elérhető idegennyelvi fordítással kapcsolatosan rendelkezésre, kapacitásokról (két-vagy többnyelvet beszélő munkatársak) és a tolmács és fordító szolgáltatások elérhetőségéről
- (6) azonosítja az idegen nyelvi fordítással nyújtott szolgáltatásokban megjelenő problémákat, hiányokat, specifikus lépéseket tesz ezen problémák megoldására.
- (7) Mérési elemet és rendszeres adatgyűjtési rendszereket dolgoz ki és alkalmaz, melyek segítségével mérhető az intézményi egészségműveltségi szint;



- (8) értékeli az alacsony egészségműveltséggel rendelkező személyeket célzó intézményi irányvonalak, eljárásrendek és programok hatásait;
- (9) Kidolgoz vagy átalakítja a meglévő elégedettségi és egyéb más alkalmazott kérdőíveket, úgy hogy azok könnyen értelmezhetőek és kitölthetőek legyenek. Szükség esetén támogatást nyújt a kérdőívek kitöltéséhez is.
- (10) Monitorozza, jelenti, útoköveti és korigálja a kommunikációs kudarcokat (Thomas, N. & Zazryn, T., 2013, 8.).

A harmadik tényező (*A humánerőforrást felkészíti az egészségműveltséggel kapcsolatos technikák alkalmazására monitorozza az ez irányú fejlődésüket*) kifejtetten ezekre a tulajdonságokra vonatkozik:

- (1) létezik az alkalmazottak képzésére szakosodott részleg, személyzet, mely a képzéshez szükséges erőforrásokat, előfeltételeket tervezi, leköti és biztosítja.
- (2) a belső szakértőkkel tárgyal a megfelelő nyelvi kompetenciájú alkalmazottak meglétéről, biztosításáról;
- (3) az egészségműveltség területén többféle jártassággal rendelkező munkaerőről gondoskodik;
- (4) az alkalmazottak egészségműveltségi készségeit rendszeresen méri;
- (5) képzési anyagokat, e-tananyagokat dolgoz ki és terjeszt az alkalmazottak és a vezetők továbbképzése érdekében;
- (6) az alkalmazottak egészségműveltségével kapcsolatos formális és informális képzéseikhez elérhető célokat rendel. A képzéseket hatásait felméri és értékeli;
- (7) beépíti az egészségműveltség szempontjait a belső eljárásokba és folyamatokba;
- (8) támogatja az alkalmazottakat az egészségműveltséggel kapcsolatos tudásuk fejlesztésében külső vagy belső képzéseken való részvétel támogatásával, facilitálásával;



(9) Képzzi alkalmazottait, hogy a nyelvi asszisztenciát (fordító, tolmács) hogyan és mikor kell használni a szóbeli és írásos kommunikáció során. Képesé teszi az alkalmazottakat a komplex üzenetek egyszerű nyelvezettel történő átadására, illetve a hatásos és tiszteletteljes kommunikációs eszközök használatára

(10) olyan egészségműveltségi készségekkel rendelkező szakértőket azonosít és nevel ki, aki példaképként, mentorként és tanárként szolgálhatnak;

(11) az egészségműveltséggel kapcsolatos képzésekben trénerként, előadóként klienseket/pácienseket is bevonja

(Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 11.).

A negyedik tényezőnek *(A célcsoport szempontjait is figyelembe veszi az egészséggel kapcsolatos információk és szolgáltatások tervezése, megvalósítása és értékelése során)* való megfelelésben a szervezetnek a következőket kell teljesítenie:

(1) a helyi közösség tagjai is képviselve vannak a döntéshozó testületekben;

(2) létrehoz egy olyan tanácsadói testületet, melynek tagjai között találhatóak felnőttképzési szakemberek, alacsony egészségműveltségi szinttel rendelkező személyek, valamint egészségműveltségi szakemberek is.

(3) az intervenciók, programok és szolgáltatások tervezésében, kidolgozásában és tesztelésében együttműködik a célcsoport tagjaival.

(4) Bekapcsolódik a jelenlegi egészségügyi és szociális szolgáltatások értékelésében, az értékelésben szóhoz juttatja a célcsoporthoz tartozó közösség tagjait is (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 14.).

Az ötödik tényező *(A lakosság széles skálán mozgó egészségműveltségi szintjéhez kapcsolódó szükségleteket kielégíti stigmatizáció nélkül)* kielégítéséhez a szervezetnek a következőknek kell megfelelnie:



- (1) az egészségműveltség általános előírásait betartja;
- (2) olyan barátságos fizikai környezetet teremt, melyben a tájékozódáshoz nem kell magas szintű egészségműveltség;
- (3) áramvonalasabbá, „felhasználóbarátabbá” teszi a felhasználoktól begyűjtött információkat (csak a szükséges adatokat gyűjti és az adatgyűjtések között nem teremt átfelédést)
- (4) Plusz támogatását, segítséget biztosít az erre rászorulóknak; (pl. eset-menedzsment, utánkövetés területén)
- (5) az írott tartalmak esetében biztosít más alternatív információátadási módozatokat, az írott kommunikációt a szóbeli kommunikáció megerősítésére használja
- (6) A rendelkezésre álló erőforrásokat alacsony egészségműveltségi szinten rendelkezők szükségleteit is figyelembe véve osztja el.(Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 16).

A hatodik tényező (*Egységműveltségi stratégiáit alkalmazza a személyközi kommunikációban és minden lehetséges érintkezési ponton biztosít a megértés felől*) előíráscsomagot jelent:

- (1) ne gyártsunk feltételezéseket arról, mit tudnak vagy mit nem tudnak az emberek;
- (2) hallgassuk meg figyelmesen a hozzánk forduló aggodalmait és prioritásait
- (3) használjunk hétköznapi kifejezéseket (kerüljük a szakzsargon, ill. rövidítések használatát);
- (4) 3-4 központi kulcs üzenetre limitáljuk az egy beszélgetésen belül elhangzó infók számát;
- (5) ellenőrizzük a megértést;
- (6) beszéljünk lassan és érthetően;
- (7) serkentsük a kérdezési kedvet;
- (8) azokra az információkra fókuszáljunk, melyek cselekvést feltételeznek;
- (9) használjunk ábrákat és illusztrációkat



(10) írott anyagokat csak szóbeli magyarázattal együtt alkalmazzuk.

(Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 19.).

A hetedik tényezőnek (*Az egészséghez kapcsolódó információkat és szolgáltatásokat könnyen hozzáférhetővé teszi, segítséget nyújt a tájékozódásban*) való megfelelés két központi tényezőről áll: a tájékozódását segítő fizikai környezet és a pontos, könnyen érthető és megvalósítható információkhoz való hozzáférés biztosítása.

A fizikai környezetek tekintetében:

- (1) Olyan létesítmények legyenek az intézményben, melyek segítik az emberek tájékozódását.
- (2) Az feliratokon, táblákon könnyen érthető nyelvezetet és szimbólumokat használjuk
- (3) A feliratokon az adott régióban legelterjedtebb nyelven, nyelveken szerepeljenek az információk
- (4) Egy létesítményben többféle szolgáltatás is elérhető legyen.

Az Egészségműveltséget figyelembe vevő intézmény ezen felül:

- (5) A tájékozódással kapcsolatos kérdésekre hatásos választ ad, anélkül, hogy feltételeznél a kérdezőről, hogy tud térképet olvasni és van autója.
- (6) Segíti a klienst a többi szolgáltatónál történő időpontfoglalásban, az egyes szolgáltatók közötti információáramlás tekintetében nem csak a kliensre támaszkodik.
- (7) Segíti a klienseket, egészségügyi és kapcsolódó szolgáltatások és azok előnyeinek megértésében
- (8) Nyomon követi a referálásokat és kontrollokat, hogy biztosítsa azok megfelelőségét
- (9) Az alkalmazottak navigátorként is funkcionálnak: megválaszolják a kérdéseket, iránymutatásokat adnak, segítséget nyújtanak az akadályok leküzdéséhez



(10) Segíti a szolgáltatások igénybevevőit a releváns nyomtatványok és sablonok kitöltésében továbbá a segíti a szolgáltatások igénybevevőit a problémák megértésében és/vagy azok megoldásában

(11) Az elektronikus és online felületeken (portál, telefonos applikációk, digitális információs tábla, stb) az egészséggel és szociális ellátásokkal kapcsolatos, könnyen érthető információkat helyez el.

(12) Vásárol vagy kifejlesztett egészségügyi és szociális ellátásokkal kapcsolatos információkat tartalmazó telefonos alkalmazást, ami felhasználóbarát és kliens központú. Segíti az egyéneket a szükségleteik kielégítésében, támogatja és nyomon követi egészséggel és jólléttel kapcsolatos gyakorlatok, tanácsok betartását. Az ilyen alkalmazásokat előzetesen tesztelik alacsony egészségműveltségi szintű célcsoporton, a gyakorlati bevezetés előtt.

(13) Tréninget biztosít a szolgáltatást igénybevevők számára, az elektronikus egészséggel és jólléttel kapcsolatos alkalmazások használatának elsajátításához.

(14) Listát, adatbázist készít az adott közösségben elérhető egészségműveltségi és szociális ellátási kapacitásokról. Az adatbázist folyamatosan aktualizálja és elérhetővé teszi a szolgáltatást igénybevevők számára.

A nyolcadik tényező *(Olyan nyomtatott, audiovizuális és közösségi média tartalmakat tervez és állít elő, melyeket könnyű megérteni és az abban foglaltakat gyakorlatban alkalmazni)* kilenc elemnek való megfelelést feltételez:

(1) azonosítani a szervezetben belül használt legfontosabb egészségügyi és szociális szolgáltatással kapcsolatos dokumentumokat;

(2) a terjesztett, népszerűsített anyagokat és dokumentumokat értékeli értékelő eszközök és a felhasználói visszajelzések alapján.;



(3) olyan anyagokat készíteni vagy választani, melyek megfelelnek az érthető kommunikációval kapcsolatos támasztott feltételeknek

- a) egyértelmű célmeghatározás
- b) közérthető, egyszerű nyelvezet
- c) korlátozott számú üzenet
- d) egyszerű ábrák, illusztrációk használata
- e) rövid mondatok használata
- f) audio anyagok esetében jól hallható szöveg
- g) jelölő négyzetek és „nem tudom” válaszlehetőség használatát a kérdőívek esetében
- h) strukturált szöveg kialakítása és az alcímek, alfejezetek használata
- i) a kalkulációk, számítások limitált használata
- j) egyértelműen megfogalmazni, hogy milyen cselekvéseket kell megvalósítani az olvasóknak.

(4) felhalmozni magas színvonalú oktatási anyagokat többféle formátumban (pl. audiovizuális anyagok, 3-D modellek, képregény, podcast stb) és azokat többféle csatornán keresztül terjeszti (pl. DVD-n, online felületeken, személyes találkozások alkalmával)

(5) azonosítani a nem magyar nyelvű (az eredeti a nem angol nyelvű) kommunikációs anyagokat, ezen anyagokat megismerteti az alkalmazottakkal. Felülvizsgálja ezen meglévő tartalmakat a minőség, az érthetőség és a bennünk található információ pontosságának érdekében.

(6) használja a könnyen érthető nyomtatott és online tartalmak kialakítására alkalmas eszközöket, új anyagok kialakítása során és/vagy alkalmaz esetleg konzultál egészségműveltségi szakértőkkel az új anyagok kialakítása során.

(7) a régióban használt nyelveken elérhető anyagokat előállítani professzionális fordítók bevonásával.



- (8) bevonni a felhasználókat a tartalmak kialakításának és pilot tesztelésébe
- (9) az eredeti nyelvű oldalakon más nyelveken elérhető anyagokat is elérhetőségeit (pl. link) is jól láthatóan és könnyen megtalálhatóan feltüntetni. (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 25–26.)

A kilencedik tényezőnek (*Magas kockázatfaktorú helyzetekben (kezelés változtatása, gyógyszeréről való kommunikáció) kiemelten figyel az egészségműveltségi szinthez illesztett kommunikációra.*) való megfelelés érdekében a szervezet:

- (1) felméri, hogy mely helyzetek igényelnek magas biztonsági szintet, hol kell jobban figyelni a megfelelő kommunikációra
- (2) a cselekvési terveket dolgoz ki és valósít meg ezen szituációk kommunikációs megfelelőségének biztosításához. Az intézkedési terv kidolgozásához, valamint az abban foglaltak megvalósításához biztosítja a szükséges erőforrásokat.
- (3) szakemberekkel és a helyi közösség érintette tagjaival együttműködik a magas kockázatfaktorú helyzetekre vonatkozó programok, anyagok, eszközök kialakítása, pilot tesztelése és megvalósítása során. (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 30.)

A biztonságos kommunikációt elősegítő potenciális beavatkozások:

- (1) Olyan szervezeti kultúra kialakítása, mely értéknek tekinti és gyakorlatba is ülteti az informált beleegyezés kialakításának folyamatait (beleértve a tolmács használatát amennyiben szükséges). A magas kockázatfaktorú helyzetekben minden kommunikációs esetén leellenőrzi a megértést.
- (2) Fejleszti a beleegyező nyilatkozat érthetőségét
- (3) A beleegyező nyilatkozatot lefordítja a szolgáltatást igénybevevő által preferált idege nyelvekre



- (4) A megértést segítő eszközöket használ az ellátást igénybevevőktől elvárt feladatok kapcsán (pl. gyógyszer adagoló használata, stresszoldási technikák gyakorlati alkalmazása)

A tízedik, azaz utolsó tényező (*Tisztán kommunikál a szolgáltatások anyagi háttéréről: mi az, amit az egészségbiztosítás fedez, mi az, amiért az egyéneknek fizetniük kell*) két szempontban merül ki:

- (1) a szervezetnek olyan személyzetet kell biztosítani, aki tájékozódik, hogy egyes szolgáltatások igénybevétele esetén szükséges-e az igénybevevőnek a szolgáltatás egy részt vagy teljes egészét kifizetnie.
- (2) a szervezethez forduló személyeket pontosan tájékoztatja a fizetendő összegekről a szolgáltatás igénybevétele előtt (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 33.)

A mérési szempontokhoz kidolgozott ellenőrző lista adott szervezetek esetében a profilba illeszkedés könnyű és operacionális nyomon követését teszi lehetővé.

3. KÓRHÁZAK ÉS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI CENTRUMOK BETEGTÁJÉKOZTATÁSI MINŐSÉGÉNEK SZEREPE

Rengeteg kutatási adat támasztja alá, hogy érdemes a betegek számára az egészségügyi intézményekben az írásbeli tájékoztatási formákat fejleszteni, a nyelvezetet egyszerűsíteni, az írásbeliséget ábrákkal helyettesítve az írástudatlanokra is tekintettel lenni, ugyanis ezen tevékenységek fejlesztése által növelhető a betegek saját állapotukkal kapcsolatos tudása, tájékozottsága is. A betegek tájékoztatási minőségének fejlesztésével ledönthető a múltban élesen jelenlévő orvos-beteg közti kommunikációs határ is, ezáltal a betegek sokkal együttműködővé válhatnak, hiszen jobban értik a saját felelősségüket a betegségük kezelésében, ami a beteg saját biztonságát is szolgálja.

A kórházaknak, illetve egyéb egészségügyi intézményeknek az írásbeli műveltségi környezete



is reprezentálja az adott intézmény kommunikációjának a minőségét. Ebbe a kategóriába tartoznak a kórházi falakon elhelyezett ábráktól kezdve egészen a felvételi lap, az orvosi, illetve ápolói anamnézis, a jogi nyilatkozat, illetve a beleegyezési nyilatkozatig minden olyan írásbeli dokumentum, amelyben a beteg az egészségügyi állapotával kapcsolatban információt kap az adott intézménytől.

A 2003-as *'International Adult Literacy and Lifeskills'* nevű felmérés kimutatta, hogy az iparosodott országokban az egészségügy egyre inkább komplexebbé, ezáltal az egészségügyi szférán kívül dolgozók számára egyre inkább nehezebben átláthatóvá válik.

A fenti tanulmány öt csoportra osztja azokat a területeket, amelyeken hatékonyan lehetne fejleszteni a betegek felé a kommunikációt:

- Navigáció
- Nyomtatott, írásos kommunikáció
- Szóbeli kommunikáció
- Technológia
- Protokollok

A *Navigation* területén belül is elkülönül öt alcsoport:

1. Telefon
2. Bejárat,
3. Előcsarnok,
4. Tanácsadás,
5. Térképek és jelek.

Minden esetben ajánlatos a bonyolultabb szavakat a lehető legegyszerűbbre, legérthetőbbre felváltani. Telefonos beszélgetés esetén biztosítani az *'Ismétlő'* funkciót biztosító nyomógombok



biztosítása ajánlatos, illetve a nyugodt tónusú hang biztosítása, barátságos és türelmes légkör kialakítása. Továbbá ajánlatos a *'bejárat'* szót használni a különböző bonyolult kórházi szakszó helyett, illetve ugyanilyen sémával érdemes a különböző helyiségek irányát megadni, térképeket, útbá igazító személyeket, ábrákat elhelyezni bizonyos területeken a kórházban.

Az *írással formában* közölt információk a betegek számára szintúgy érthetőek kelljenek, hogy legyenek minden iskolázottsági szinten lévő beteg számára, ezt a szempontot a dokumentumokat író személyzetnek figyelembe kell vennie.

Érdemes a mindennapi, köznyelvi szókincset használni, esetleg ábrákkal, grafikai elemekkel megkönnyíteni a beteg számára a szövegértést. A szöveg átláthatósága is ugyanilyen fontos, a tág szóközök, a széles margók, a kötőjellel történő szó szétválasztás minimális alkalmazása mind ezt a célt segítő eszközök közé tartoznak.

A *szóbeli kommunikációja* a kórházi személyzetnek is kiemelten fontos. Érdemes bizonyos technikákat alkalmazni a könnyebb megérthetőség érdekében, például a szakzsargon kerülése, a tagolt beszéd, az információk mértékének mérséklése, fokozatos adagolása, lehetőség biztosítása a visszakérdezésre, illetve időnként olyan kérdések közbeszúrása, amelyekben rákérdez a tájékoztatást adó, hogy a hallgató valóban megértette-e a mondandóját.

A **technológia** csoportba beletartoznak mind a televízió, a telefonon, illetve számítógépen keresztüli kommunikációs formák. Különböző tanulmányok támasztják alá, hogy amennyiben a betegek egy-két nappal a műtéti beavatkozásuk előtt telefonos értesítést kapnak, akár emlékeztetés céljából, akár a műtéti előkészületekről szóló tájékoztatás céljából, ennek hatására szignifikánsan megnő a beavatkozásokon megjelent betegek száma, illetve a beavatkozásra már eleve, megfelelő módon felkészült betegek száma.



Több tanulmány is bizonyítja, hogy a várótermekben, gyógyszerárakban, rendelőkben elhelyezett televíziók hasznosak lehetnek a betegek tájékoztatásának egyik formájaként. DVD lejátszó felhasználásával oktató anyagokat, tájékoztató videókat lehet lejátszani a betegek számára. Ugyanilyen korszerű technikai segítség lehet a számítógép használatának bevezetése, mint tájékoztató eszköz. Az egyik legkorszerűbb formája a számítógép alkalmazásának erre a célra az érintőképernyős interaktív információs számítógép, amely akár térképet, akár egyéb tájékoztató jellegű információt tartalmaz.

A betegek számára írt protokollok, házirendek érthetősége is kiemelt fontosságú, hogy teljes mértékben értsék és átlássák a betegek azokat az információkat, amelyeket az adott intézményen belül be kell tartaniuk, illetve, hogy milyen terápiás szabályokat kell betartaniuk. Az érthető, mindennapi nyelvből merített kifejezések ebben az esetben is hozzá járulnak a könnyebb érthetőséghez.

A korábban említettekhez hasonlóan, rengeteg cikk, és kutatás foglalkozik ezzel a témával. Egy 2007-es cikkben, amelyben azt mérték fel specifikusan, hogy a Crohn-betegségre milyen hatással van a betegek eltérő tájékozottsági szintje, kimutatták, hogy szignifikáns elérések vannak a betegek terápiás eredményeit illetően.

Nem csak ezt mutatták ki, hanem arra a következtetésre is jutottak, hogy nagyon fontos, hogy az orvosok a betegek tájékoztatása közben soha ne azt a kérdést tegyék fel, hogy „Értette, amit mondtam?”, hanem az úgynevezett „Teach-back”, avagy „Visszakérdezési” technikát el kell tudni sajátítani, és a tájékoztatások alkalmával alkalmazniuk is tudni kell azt az orvosoknak, ugyanis ez a kizárólagos effektív módja a betegek leghatékonyabb tájékoztatására.

A „*teach-back*” módszer lényege, hogy a beteg saját szavaival mondatjuk vissza az elhangzott-



takat, ezáltal leszűrve azt, hogy ténylegesen megértette-e az elhangzottakat, illetve mennyit értett meg belőlük helyesen. Fontos megértenie a módszert alkalmazó orvosnak, hogy ez nem egyfajta „vizsgáztatása” a betegnek, nem szabad ítélezően fellépnie, amennyiben valamit helytelenül mond vissza az elhangzottakból. Továbbá fontos begyakorolni ezt a módszert, majd mikor már teljesen sikerült elsajátítania, minden egyes betegnél, minden egyes alkalommal használnia azt. Fontos továbbá első alkalmakkor főleg, előre végig gondolnia a doktornak, hogyan is fogja pontosan alkalmazni a technikát beszéd közben. Illetve az is fontos, hogy nem szabad az orvos-beteg konzultáció legvégét megvárni, amíg visszamondatja a beteggel az elhangzottakat, hanem folyamatosan, kisebb szakaszokra bontva a mondanivalóját kell felkérni a beteget az ismétlésre. Illetve, amikor a beteg valamit hibásan értelmez, akkor miután ismét elmagyarázta neki az orvos az adott részt, ismét vissza kell mondatnia vele az elhangzottakat, egyfajta ellenőrzésként, hogy másodjára már sikeresen át ment-e az információ.

Több tanulmány is arra a következtetésre jutott tehát, hogy a beteg-orientált kommunikáció vezet egyedüli sikerre a betegek tájékoztatását illetően.

Egy külön kategóriát jelentenek azok a beteg csoportok, akiknél valamilyen jól kimutatható oka van a szóbeli, vagy írásbeli szövegértésnek. Ide tartoznak például az írni/olvasni nem, vagy alig tudó emberek, a külföldi nyelvet beszélő emberek, a beszéd, hallás vagy látássérültek, illetve az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező emberek is ide tartoznak. Tehát amennyiben valamilyen fizikai, mentális, illetve szociális ok miatt akadályozott a betegek tájékoztatása, külön figyelmet érdemelnek ezen a területen is.

A *'Communication Techniques for Patients With Low Health Literacy: A Survey of Physicians, Nurses, and Pharmacists'* nevű cikkben részletesen kitérnek erre a jelenségre, és 356, különböző területen dolgozó egészségügyi dolgozóval töltötték ki kérdőíveket a jelenséggel kapcsos-



latban. Mindezekből arra a következtetésekre jutottak, hogy ezeknél a betegeknél hatékony segítség, amennyiben lelassítják a beszédüket, szaknyelvet mellőző általános szókincset alkalmaznak, ábrákat, oktató célú rajzokat mutatnak a beszéd kiegészítéseként, csökkentik az egy adagban tált információ mennyiségét, és azt is ismétlik időnként, a már fent említett 'teach-back' technikát alkalmazzák, illetve egy ítélezés mentes környezetet biztosítanak a beteg számára. Mindezeket a technikákat rengeteg egészségügyi dolgozó próbálta ki a gyakorlatban is, és támasztotta alá az előzetesen várt sikereket.

Továbbá, azt is kimutatták ebben a vizsgálatban, hogy ahogyan az várható is volt, azok a szakmabeliek, akik rutinszerűen, illetve rendszeresen alkalmazták ezeket a technikákat, sokkal effektívebbek voltak az eredményeket tekintve, mint azok, akik csak alkalomadtán, rendszertelenül nyúltak ezen technikákhoz.

Illetve azon szakmabeliek eredménye is jobb lett, akik nem csak az alap technikák, mint például a lassú, tagolt, egyszerű nyelvet használó beszédet alkalmazták, hanem a 'teach-back' technikát is.

Továbbá megfigyelték az adott tanulmányban azt is, hogy a gyógyszerészek, orvosok, illetve nővérek között szignifikáns eltérések voltak az általuk alkalmazott jellemző kommunikációs formában. Míg a gyógyszerészek legjellemzőbben a gyógyszeres dobozokon lévő információk felolvasását alkalmazzák a betegek tájékoztatására, lévén kevés interakciójuk van a betegekkel, addig az orvosok már sokkal tágabb skálájú kommunikációt használnak mind a betegekkel, mind a hozzátartozóikkal, ám a nővérekre volt legjellemzőbb általánosságban a legszélesebb skálájú kommunikáció használata.

Ám mindezeketől függetlenül minden egészségügyi dolgozó egyaránt egyetért abban, hogy kiemelt fontosságú az orvos-beteg kommunikáció fejlesztésére energiát, időt szánni, és dolgozni rajta, mivel rendkívül fontos szerepe van a gyógyításban.



4. EGYSÉGES KÓRHÁZI IRÁNYELVEK

A páciensek speciális egyéni szükségletekkel érkeznek a kórházba – orvosi ellátást igénylő klinikai tüneteik mellett fontos a betegek demográfiai és személyes jellemzőit is figyelembe kell venni.

Az állami kórházak rendszerint a betegek klinikai szükségleteit és igényeit próbálják kielégíteni – vagyis megpróbálják az ellátás biztonságát és minőségét negatívan befolyásoló hibákat megelőzni, a pontatlanságokat elkerülni. Ugyanakkor a betegek sajátos tulajdonságokkal rendelkeznek, ennél fogva vannak olyan nem klinikai szükségleteik is, melyek befolyásolják az ellátásban való részvételt. Egyre nagyobb számú kutatás számol be arról, hogy különböző betegpopulációk körében csökkent a biztonság érzete, valamint rosszabb egészségügyi állapotról, faji, etnikai, nyelvi, fogyatékoságébéli, szexuális beállítódás okán alacsonyabb minőségű ellátásról jelentenek. Annak érdekében, hogy az ellátás minőségét fejleszteni lehessen, az egészségügyi szervezeteknek törekedniük kell arra, hogy illeszkedjenek a páciensek egyéni szükségleteihez és igényeihez.

A *Joint Commission* számos erőfeszítést tett mind a múltban, mind a jelenben arra vonatkozóan, hogy jobban megértsék a betegek igényeit, és iránymutatást nyújtsanak az egészségügyi szervezeteknek. Kezdetben a nyelvre, a kultúrára, az egészségügyi ismeretekre fókuszált, majd kiterjesztette munkaterületét a hatékony kommunikációra, a kulturális kompetenciára, a páciens és családközpontú ellátásra. Mára a hatékony kommunikáció az ellátás minőségének lényeges elemévé vált.



Hatásos kommunikációnak azt nevezhetjük, mikor a páciensek és az egészségügyi ellátórendszer között információcsere valósul meg, ezzel lehetővé téve a pácienseknek a kezelésben való aktív részvételt (a felvételi eljárástól kezdve az elbocsájtásig). A valóban hatásos kommunikáció kétirányú folyamat (expresszív, receptív), mely során az üzeneteket mindaddig közvetítik egymásnak a résztvevők, míg meg nem ért mindent a másik fél.

Kulturális kompetencia fogalma alatt az egészségügyi ellátók és szervezetek képességét értjük arra, hogy megértsék, és hatékonyan válaszolni tudjanak a kulturális és nyelvi szükségletekre. Megköveteli a diverzitás értékelését, önmagunk mérését/értékelését, a különbség kezelését, a kulturális tudás megszerzését és intézményesítését, valamint az egyének és közösségek sokféleségéhez és kulturális kontextusához való alkalmazkodást.

Páciens és családközpontú ellátás: az egészségügyi ellátók, a betegek és családtagok között kölcsönösen előnyös partnerségre épülő ellátás.

Irányelvek:

A *Joint Commission* megalkotta a „*Fejlődés a hatásos kommunikációban, a kulturális kompetenciában és a páciens és családközpontú ellátásban: Útmutató kórházaknak*” (*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care*) című kiadványát annak érdekében, hogy ösztönözze a kórházakat ezeknek a fogalmaknak megismerésére és a lehetséges beavatkozások integrálására. Megalkotott egy listát, melynek pontjai követésével felmérhető és fejleszthető a hatásos a kommunikáció, a kulturális kompetencia, valamint a páciens és családközpontú ellátás.

1. Felvétel:

- A beteg tájékoztatása a jogairól



- A beteg által az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos kommunikációs során előnyben részesített nyelv azonosítása
- Annak megállapítása, hogy a páciensnek van-e érzékszervi vagy kommunikációs szükséglete
- Annak meghatározása, hogy a betegnek szüksége van-e segítségre a felvételi papírok kitöltése során
- A beteg faji és etnikai hovatartozásának rögzítése a betegdokumentációban
- Annak meghatározása, hogy a beteg használ-e valamilyen segédeszközt
- Annak megkérdezése, hogy a betegnek van-e bármilyen egyéb olyan szükséglete, ami befolyásolja az ellátást
- Amennyiben a betegnek speciális szükségletei vannak, ennek kommunikálása az ellátó személyzet tagjai felé

2. Vizsgálat

- A beteg kommunikációs igényeinek felmérése a vizsgálat során
- Orvos-beteg kapcsolat kiépítése bemutatkozással
- A páciens értési készségeinek támogatása, hogy megértse az egészségével kapcsolatos információkat és cselekedni tudjon azok alapján. A beteg mozgásigényének felmérése és figyelembe vétele a vizsgálat alatt
- A beteg kulturális, vallási és spirituális hiedelmeinek vagy szokásainak azonosítása
- A beteg étrendi igényeinek vagy korlátozásainak felmérése
- A megkérni a beteget egy kapcsolattartó személy meghatározására
- Amennyiben a betegnek speciális szükségletei vannak, ennek kommunikálása az ellátó személyzet tagjai felé



3. Kezelés

- A beteg kommunikációs igényeinek felmérése a kezelés során
- A páciens kommunikációs állapotában történő változások monitorozása
- A beteg és családtagjai kezelési folyamatba történő bevonása
- Az informált beleegyezést a páciens szükségleteihez szabni
- A páciens tájékoztatása információ szükségleteihez igazodva
- A beteg mobilitási szükségleteinek feltérképezése és figyelembe vétele a kezelés során
- Igazodni a páciens kulturális, vallási és spirituális hiedelmeihez és gyakorlataihoz
- Az étkezésben és annak korlátozásában bekövetkező változások monitorozása
- Kapcsolattartó meghatározása, amennyiben ez korábban elmaradt
- Amennyiben a betegnek speciális szükségletei vannak, ennek kommunikálása az ellátó személyzet tagjai felé

4. Életvégi, palliatív-hospice ellátás (End of life care)

- A páciens kommunikációs szükségleteinek meghatározása a palliatív-hospice ellátás során
- A páciens kommunikációs állapotában történő változások monitorozása
- A páciens helyettes döntéshozójának és családjának bevonása palliatív-hospice ellátások során
- A páciens mobilitási szükségletek felmérése
- A beteg kulturális, vallási és spirituális hiedelmeinek vagy szokásainak azonosítása
- Meggyőződni arról, hogy a beteg eléri az általa kijelölt kapcsolattartó személyt



5. Hazabocsátás és szállítás

- A páciens kommunikációs szükségleteinek meghatározása a hazabocsátáshoz és szállításhoz kapcsolódóan
- A beteg és családja bevonása a hazabocsátás kérdéseit illetően
- A hazabocsátás utánra vonatkozó instrukciók olyan szintű közlése, mely illeszkedik a páciens megértő készségeihez
- Olyan ellátók azonosítása, akik nyomon követik a páciens további szükségleteit

6. Szervezeti készenlét (Organization Readiness)

Vezetés

- Vezetői elkötelezettség a hatásos kommunikáció, kulturális kompetencia és a páciens-családközpontú ellátás iránt
- A betegek egyedi szükségleteinek integrálása az új vagy a már meglévő kórházpolitikába, irányelvekbe.

Adatgyűjtés és használat

- Alapfelmérés megvalósítása, hogy mennyire sikerült a beteg szükségleteihez igazodnia az ellátásnak
- Populáció szintű demográfiai adatbázisok használata, az adott közösség egészség-szükségleteinek meghatározása érdekében
- Olyan rendszer létrehozása, amely számon tartja a beteg faji és etnikai hovatartozásával kapcsolatos információkat
- Olyan rendszer létrehozása, amely számon tartja a beteg nyelvi jellegzetességeit



- Olyan folyamatok kialakítása, mely biztosítja a pácienssel kapcsolatos kiegészítő információk gyűjtését.

Munkaerő

- Célzott toborzás annak érdekében, hogy sokszínű és több nyelvet beszélő szakemberek sokaságából lehessen kiválasztani az új munkatársakat
- Megbizonyosodni az intézményben alkalmazott, megbízott fordítók és tolmácsok megfelelő nyelvi és kommunikációs kompetenciájáról
- Figyelembe venni a személyzet javaslatait, aggodalmait és nézeteit az egyéni szükségleteket figyelembevevő szolgáltatások nyújtásának érdekében.
- A hatásos kommunikáció, a kulturális kompetencia, és a páciens-családközpontú ellátás beépítése az új vagy a már meglévő képzési tantervben

Ellátás kezelés és szolgáltatások

- Páciens központú, befogadó környezet létrehozása
- Fordító és tolmács szolgáltatásokat biztosító rendszer fejlesztése
- Az érzékszervi vagy kommunikációs problémával küzdő páciensek kommunikációs igényeinek azonosítása és figyelembevétele
- Egészségműveltségi stratégiák integrálása a páciensekkel történő konzultációkba és kiadványokba
- A kulturális kompetencia, a páciens és családközpontú ellátás megközelítések integrálása az ellátás nyújtási folyamatokban

Páciens, család és közösségi elköteleződés



- Visszajelzés kérése és gyűjtése a páciensektől, családtagoktól és az intézményt körbevevő közösségtől
- Annak megosztása az intézményt körbevevő közösséggel, hogy mennyire sikerült az ellátásnak a betegek egyéni szükségleteihez illeszkednie.

IRODALOMJEGYZÉK

Brach C., Keller D., Hernandez L.M., Baur C., Parker R., Dreyer B., Schyve P., Lemerise A.J., & Schillinger D. (2012). Ten attributes of health literate health care organisations. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academies Press

Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West, DR. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition, AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.

Hinyard, L.J., & Kreuter, M.W. (2007). Using Narrative Communication as a Tool for Health Behavior Change: A Conceptual, Theoretical, and Empirical Overview. *Health Education & Behavior*, 34(5) 777 - 792.

Hoffman, A., Utley, B., & Ciccarone, D. (2008). Improving medical student communication skills through improvisational theatre. *Medical Education* Volume, 42(5), 537–538

International Longevity Centre, 2006. Navigating Health: The role of health literacy Alliance for Health and the Future. UK: ILC.

Kalet, A., Pugnaire, M., Cole-Kelly, K., & et al. (2004). Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications. *Academic Medicine*, 79(6), 511-520.



Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003, National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.

Lynch J. Literacy Audit for Healthcare Settings, NALA, Dublin, 2009.

Makoul, G. (2001). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.

OECD, 2005. Learning a Living: First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Paris: Statistics Canada: OECD Publishing.

Schillinger D., & Keller D. (2011). The other side of the coin: Attributes of a health literate health care organisation. In Institute of Medicine (2012), How can health care organisations become more health literate?: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press

Strickland, K., Literacy Volunteers of Quebec, A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients, Quebec, 2011.

The Joint Commission (2010): *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care*. <https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>

Thomacos, N. & Zazryn, T. (2013). Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University

World Health Organisation, 2008. Closing the Gap in a Generation. WHO Commission on Social Determinants of Health. Switzerland: WHO Press