



“DOBRE RELACJE PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTAMI”

EXECUTIVE SUMMARY
MAJ 2022, WARSZAWA

Antonina Doroszewska, Leszek Denkiewicz, Jędrzej Ochremiak, Weronika Orczykowska,
Małgorzata Szczepanek, Aldona Katarzyna Jankowska, Tomasz Pasierski, Marcin Wojnar



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY



Rzecznik Praw Pacjenta
PATRONAT HONOROWY

STRATEGIA

Szanowni Państwo!

Jest mi ogromnie miło, że przyjęli Państwo zaproszenie do wzięcia udziału w konferencji „Komunikacja w medycynie i dobre relacje z pacjentami – teoria, praktyka, dydaktyka”. Jestem przekonany, że nie ma dobrej, nowoczesnej medycyny bez skutecznej komunikacji między personelem medycznym, a pacjentami. Dane zawarte w wynikach badań, które będziemy omawiać, nie pozostawiają wątpliwości – komunikacja jest ważna dla wszystkich stron procesu terapeutycznego. Najważniejszym punktem konferencji musi być zatem debata z udziałem przedstawicieli najważniejszych interesariuszy systemu ochrony zdrowia i sformułowanie zaleceń oraz działań mających na celu poprawę relacji personelu medycznego z pacjentami. Dla dobra pacjentów i wysokiej jakości opieki medycznej.



Zapraszam na obrady!

Zbigniew Gaciong

Rektor WUM

1. JAK POWSTAŁA STRATEGIA? METODYKA OPRACOWANIA STRATEGII

Strategia „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami” powstawała od października 2020 roku do maja 2022 roku. Inicjatorami prac nad Strategią były Stowarzyszenie Akademia Komunikacji Medycznej i Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, które we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym czuwało nad przebiegiem prac. Głównym celem działań było stworzenie rekomendacji zmian w zakresie relacji personelu medycznego z pacjentami. Zmian mających na celu podniesienie jakości opieki zdrowotnej. Od początku projektu inicjatorom powstania Strategii towarzyszyło przeświadczenie, że istotną częścią procesu jej opracowywania powinno być przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań opinii skoncentrowanych, z jednej strony na potrzebach pacjentów, zwłaszcza w zakresie ich relacji z personelem medycznym, a z drugiej strony na uchwyceniu perspektywy personelu medycznego oraz ekspertów. Część badawcza miała opierać się na wiedzy naukowej zgromadzonej wcześniej w ramach licznych publikacji i raportów z badań. Warto dodać, że choć badania prowadzono w okresie pandemii COVID-19, to tematyka prowadzonych wywiadów i ankiet abstrahowała w znacznej mierze od tego nadzwyczajnego kontekstu, bowiem celem było uzyskanie wiedzy o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w normalnych warunkach.

Ostatecznie proces opracowywania Strategii wyglądał następująco:

I. PRZEGLĄD WIEDZY	II. BADANIA OPINII	III. WYPRACOWYWANIE REKOMENDACJI	IV. PUBLIKACJA
1. Desk Research (przeгляд literatury)	2. Badania jakościowe (pacjenci, personel medyczny)	4. Wywiady eksperckie	7. Publikacja Strategii
	3. Badanie ilościowe (pacjenci)	5. Warsztat strategiczny	
		6. Konsultacje opracowanych rekomendacji	

Przeгляд literatury pozwolił na usystematyzowanie zebranej wiedzy z zakresu relacji personelu medycznego z pacjentami, typów tychże relacji i ich ewolucji w czasie. Pomógł także w ustaleniu zakresu pojęć i definicji. Na tym etapie zdiagnozowano duży deficyt wiedzy o potrzebach i oczekiwaniach pacjentów. Etap badań opinii nastawiony był na pozyskanie informacji, zarówno w ramach ogólnopolskich badań reprezentatywnych, jak i badań jakościowych pozwalających wychwycić specyfikę i złożoność relacji personelu z pacjentami. Rozmawiano także z przedstawicielami personelu medycznego, tak by poznać różne perspektywy. Samo wypracowywanie rekomendacji – konkretnych działań mających na celu poprawę relacji personelu medycznego z pacjentami rozpoczęto od wywiadów z ekspertami, którzy zajmując różne stanowiska w ramach systemu ochrony zdrowia, odnieśli się do czynników systemowych i ogólnych trendów. Kolejnym krokiem było spotkanie robocze, na którym, w ramach pracy warsztatowej, analizowano zdiagnozowane problemy i wyzwania oraz szukano konkretnych rozwiązań. Wreszcie wstępnie wypracowane rekomendacje poddano konsultacjom, tak by zdiagnozować ważność i łatwość wdrożenia poszczególnych propozycji. W warsztacie i konsultacjach wzięli udział przedstawiciele wszystkich 5 grup interesariuszy: decydenci, kadra zarządzająca, personel medyczny, przedstawiciele uczelni wyższych oraz pacjenci. Autorzy Strategii składają serdeczne podziękowania wszystkim ekspertom, którzy wzięli udział w wypracowaniu rekomendowanych działań. Byli to: Dorota Minta, Anna Stalmach-Młynarska,

EXECUTIVE SUMMARY



Marzena Kluszczyńska, Lucyna Kicińska, Jakub Adamski, Dorota Elżbieta Kazberuk, Witold Tomaszewski, Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, Dariusz Rajczyk, Piotr Daniluk oraz kilka osób od których nie udało się uzyskać zgody na publikację imion i nazwisk.

Strategia jest „mapą drogową” zawierającą rekomendacje konkretnych działań niezbędnych do podjęcia przez wszystkich uczestników procesu leczenia. Działania umożliwiające osiągnięcie dobrych relacji personelu z pacjentami. Rekomendacje adresowane są do 5 grup interesariuszy, którzy powinni je wdrażać: decydentów, kadry zarządzającej, personelu medycznego, uczelni wyższych oraz pacjentów.

2. DEFINICJA DOBRYCH RELACJI PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTAMI

Jednym z ważniejszych elementów pracy nad Strategią było opracowanie definicji dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami. O to czym są dobre relacje, co jest wyznacznikiem tego, że są dobre, właściwe, odpowiednie pytano w ramach prowadzonych badań jakościowych. Eksplorowano także pojęcia pokrewne np. „relacje partnerskie” znane z anglojęzycznej literatury, jednak w toku prac okazało się, że pojęcie to jest mylące i w związku z tym trudne do operacjonalizacji i nieadekwatne w polskich warunkach kulturowych. Z kolei w ramach badania ilościowego pacjenci proszeni byli o wskazanie, na bazie własnych doświadczeń, jaki typ relacji z personelem obowiązuje obecnie w ich mniemaniu oraz jaki byłby pożądanym. Formułując definicję uwzględniono także znane z psychologii i socjologii definicje relacji, włączono także elementy znane z nauk o komunikacji. Ostateczna treść definicji została zaprezentowana, przedyskutowana i przyjęta podczas warsztatu strategicznego i brzmi następująco:

Dobre relacje to:

Oparty na obustronnym szacunku i zaangażowaniu sposób wielokrotnego kontaktu i porozumiewania się personelu medycznego i pacjentów. Nastawiony na współdziałanie i mający na celu poprawę stanu zdrowia pacjenta, uwzględniający jego dobrostan fizyczny i psychospołeczny oraz autonomię, a także autorytet i wiedzę personelu medycznego.

3. SCHEMAT BUDOWY DOBRYCH RELACJI PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTAMI

Kolejnym ważnym krokiem podczas prac nad Strategią była próba teoretycznego ujęcia procesu budowy dobrych relacji personelu z pacjentami. W jego opracowaniu bazowano na literaturze, ale bardzo mocno oparto ją na wynikach badań, zwłaszcza na percepcji pacjentów. Stąd pewne pojęcia mogą być w pierwszym momencie nieco nieintuicyjne, jednak bazują na tym, jak pacjenci postrzegają kwestię relacji z personelem i na tym jak sami zdefiniowali kluczowe kroki w procesie ich budowy.

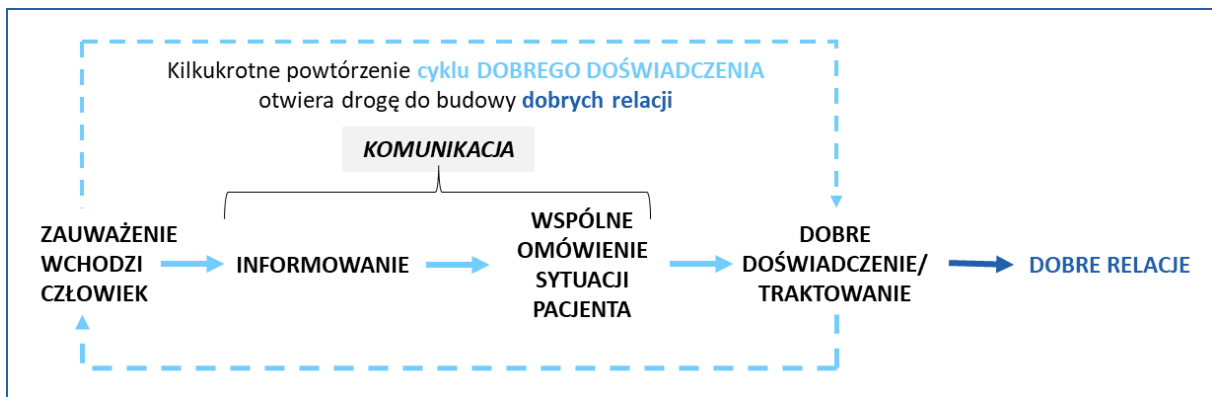
- Pierwszym krokiem w budowie relacji jest zauważenie pacjenta („potraktowanie jak człowieka”). To bardzo krótki moment, w którym kluczową rolę odgrywa pierwsze wrażenie. Te pierwsze chwile mają istotne znaczenie dla przebiegu tej konkretnej wizyty (interakcji), ale także często dla całego procesu budowy relacji. To czas na szereg drobnych, zwłaszcza niewerbalnych, zachowań mających na celu stworzenie atmosfery zaufania i podmiotowości

EXECUTIVE SUMMARY



pacjenta, a także okazanie profesjonalizmu zawodowego personelu. Postrzeganie pacjenta jako człowieka, traktowanie go podmiotowo jest fundamentem dobrych relacji i w związku z tym jest niezbędne w każdym momencie kontaktu z pacjentem, lecz pierwsze wrażenie jest kluczowe.

- Następnym krokiem jest informowanie, na które składa się kilka elementów. Pierwszym z nich jest wywiad lekarski, który zależnie od konkretnej wizyty może być rozbudowany, bądź bardzo ograniczony. Podczas wywiadu to lekarz ma kontrolę nad jego przebiegiem, on zadaje pytania i gromadzi informacje, co więcej oczekuje odpowiedzi tylko w zakresie, który go interesuje. Pacjent nie ma tu inicjatywy i przestrzeni na zadawanie własnych pytań czy zgłaszanie wątpliwości. Kolejnym elementem, zazwyczaj występującym na tym etapie, jest badanie lekarskie. Ponownie to lekarz potrzebuje informacji i uzyskuje je w trakcie badania, czasem zadając dodatkowe pytania. Tu również nie ma miejsca na inicjatywę pacjenta, jego potrzeby informacyjne nie są zaspokajane. Ostatnim elementem etapu informowania jest przekazanie przez lekarza wyników badań, diagnozy i zaleceń dotyczących leczenia. Przez cały etap informowania inicjatywa należy do lekarza, to on definiuje zakres i poziom szczegółowości komunikatów, zarówno dopytując podczas wywiadu, jak i przekazując diagnozę i zalecenia.
- Dopiero po etapie informowania jest moment na kolejny krok, który jednak nie zawsze występuje. Mowa o wspólnym omówieniu sytuacji pacjenta, czyli wzajemnej wymianie informacji, zakładającej częste zmiany ról odbiorca – nadawca oraz opartej na wzajemnym słuchaniu się, przetwarzaniu informacji, zadawaniu pytań i udzielaniu odpowiedzi. To trudny krok ze względu na presję czasu oraz kontekst emocji pacjenta i jego wiedzę oraz kompetencje, a czasami także nastawienie personelu medycznego. Krok ten jest niezbędny ze względu na powszechny deficyt informacji zgłaszany przez pacjentów.



- Domknięciem wizyty czy interakcji pacjenta z personelem medycznym jest swoista refleksja czy podsumowanie sprowadzające się do prostej racjonalnej i emocjonalnej oceny tego zdarzenia. To odpowiedź na szereg konkretnych pytań, takich jak: „czy wiem wszystko co potrzeba?“, „czy wiem co mi dolega, jak się leczyć?“, „czy rozumiem swoją sytuację?“ ale także „jak się czułem podczas wizyty?“, „czy lekarz potraktował mnie poważnie, czy wzbudził moje zaufanie?“. Pacjent zazwyczaj nie udziela sobie w głowie takich usystematyzowanych odpowiedzi, ale zapytany po wyjściu z gabinetu zazwyczaj bez trudu umie na taki zestaw pytań odpowiedzieć. Gdy dominują odpowiedzi twierdzące można mówić o tym, że to doświadczenie było dobre, że pacjent został dobrze potraktowany.

EXECUTIVE SUMMARY

- Kilukrotnie powtórzenie powyższych kroków od zauważenia, aż do refleksji, że pacjent został dobrze potraktowany prowadzi do budowy dobrych relacji. Ta powtarzalność jest ważna. Dobre relacje opierają się na kontaktach wielokrotnych, nie da się o nich mówić przy jednostkowej interakcji, podczas której można zbudować dobre doświadczenia, ale jeszcze nie relacje, co samo w sobie jest ważnym celem. Dobrym relacjom oprócz powtarzalności doświadczenia musi towarzyszyć spójność. W sytuacji, gdy każda kolejna wizyta znacząco różni się od poprzedniej pojawi się po stronie pacjenta niepewność, niezrozumienie lub dezorientacja, co może podważyć zaufanie, którym pacjent darzy lekarza, a to uniemożliwi budowę dobrych relacji.

Co ważne każdy z kroków w procesie budowy dobrych relacji pacjenta z personelem medycznym wymaga działań po obydwu stronach, co obrazuje poniższa tabela:

Etap w procesie budowy dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami	Zachowania personelu medycznego sprzyjające budowie dobrych relacji	Zachowania pacjenta sprzyjające budowie dobrych relacji
1. Zauważenie – wchodzi człowiek	Uśmiechnąć się, wykazać serdecznością, zadbać o kontakt wzrokowy, przywitać się oraz zorganizować przestrzeń w sposób przyjazny, otwarty, bez barier	Być gotowym na wizytę, starać się skoncentrować na jej celu, zachowywać się naturalnie, szczerze
2. Informowanie	Stosować prosty, dostosowany do pacjenta język, zacząć od tego co najważniejsze, być szczerym	Być gotowym do słuchania, skoncentrować się na przekazywanych informacjach
3. Wspólne omówienie sytuacji pacjenta	Dopuszczać pacjenta do głosu, poznać jego potrzeby, zachęcić do mówienia, do zadawania pytań, do powiedzenia, co zrozumiał, wyrażenia obaw	Zadawać pytania, zgłaszać wątpliwości, przekazywać istotne informacje, o których lekarz może nie wiedzieć
4. Dobre doświadczenie / traktowanie	Odpowiedzieć na podstawowe potrzeby pacjenta – informacyjne i emocjonalne. Zweryfikować zadowolenie pacjenta. Gdy to możliwe zapisać także kluczowe niemedyczne kwestie do wykorzystania przy kolejnych wizytach.	Zakomunikować potrzeby i oczekiwania, być szczerym
5. Dobre relacje	Powtarzać i pogłębiać dobre doświadczenia z pacjentem. Gromadzić wiedzę o nim i ją wykorzystywać w kolejnych kontaktach. Nie zaczynać ciągle „od początku”. Budować compliance.	Być gotowym do wzięcia części odpowiedzialności za swoje zdrowie, w tym do stosowania się do zaleceń lekarza wykraczających poza samo przyjmowanie leków

4. ZDIAGNOZOWANE GŁÓWNE PROBLEMY I WYZWANIA W ZAKRESIE BUDOWY DOBRYCH RELACJI PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTAMI

Definicja dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami oraz zrozumienie procesu ich budowania były punktem wyjścia do diagnozy głównych problemów i wyzwań stojących przed wszystkimi grupami interesariuszy, do których kierowana będzie Strategia. Diagnozując główne problemy, koncentrowano się na wynikach przeprowadzonych badań. Na tym etapie szczególnie istotny okazał się głos ekspertów, którzy umieli ocenić różne elementy systemu ochrony zdrowia i funkcjonowanie w nim poszczególnych uczestników. W ramach analizy wyników badań skupiano się w pierwszym kroku na badaniu ilościowym, analizując odpowiedzi z pytań dotyczących potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz oceny konkretnych elementów wizyty u lekarza. Na tym etapie wyróżniono wstępnie deficyt czasu, a także deficyt informacji po stronie pacjentów. Relatywnie słabo oceniane były także kwestie zrozumienia i wysłuchania potrzeb pacjentów przez członków personelu medycznego.

Następnie analizie poddano wyniki badań jakościowych przeprowadzonych z pacjentami. Tu potwierdzone zostały wcześniejsze wyniki dotyczące braku czasu i niewystarczającej ilości informacji, ale doszły wątki emocjonalne, trudne do uchwycenia w badaniach ilościowych. Pojawił się strach jako dominująca emocja definiująca całość doświadczeń pacjentów z systemem ochrony zdrowia, w tym także w trakcie kontaktów z personelem medycznym. W badaniu jakościowym bardzo mocno wybrzmiało także poczucie anonimowego, taśmowego traktowania pacjenta, raczej jako przypadek medyczny, a nie podmiot, człowieka. Uwydatnił się także problem braku prawdziwej rozmowy, realnej komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. To wszystko prowadzi do jeszcze jednego problemu, jakim jest silne przeświadczenie, że pacjent w kontakcie z systemem i członkami personelu nie ma wpływu na to, co się z nim stanie, jakim procedurom medycznym zostanie poddany i jakie będą ich konsekwencje.

W kolejnym kroku analizie poddano wywiady przeprowadzone z członkami personelu medycznego. Jako podstawowy problem wskazany został deficyt czasu, którym tłumaczono także niewystarczającą ilość informacji po stronie pacjenta i nieefektywną komunikację. Ale ujawnił się także znaczący dla personelu problem postaw pacjentów. Niski odsetek chorych przestrzegających zaleceń w ocenie medyków wynika często z braku odpowiedniego przygotowania się przed wizytą, braku świadomości konsekwencji niestosowania się do zaleceń lub traktowania ich wybiórczo, skupianiu się tylko na czynnościach łatwych, jak branie leków, z pominięciem trudniejszych dla pacjenta zaleceń w obszarze zmiany stylu życia. Wreszcie członkowie personelu (zwłaszcza młodszy) wskazywali, że pacjenci często nie chcą brać części odpowiedzialności za swoje zdrowie, przenosząc ją w całości na personel medyczny w myśl zasady, że to „lekarz jest od leczenia”. W ramach wywiadów z pielęgniarkami i ratownikami wychwycono jeszcze jeden problem, jakim jest niedocenianie członków personelu medycznego, którzy nie są lekarzami. Objawia się to zarówno w obszarze wynagrodzeń, jak i w obszarze bieżącego traktowania, gdzie zwłaszcza pielęgniarki zmuszane są (przez lekarzy lub sytuację) do wykonywania dodatkowych zadań „bo ktoś je musi zrobić”. To przekłada się na napięte relacje w ramach zespołów zajmujących się pacjentem, skutkuje niewłaściwą komunikacją i utrudnia współpracę. Co więcej widzą to także pacjenci, co powoduje traktowanie pielęgniarek wyraźnie inaczej, często gorzej niż lekarzy.

Ostatnim etapem analizy wyników badań było sięgnięcie do wypowiedzi ekspertów. Potwierdzili oni systemowe problemy związane z niewystarczającą ilością czasu dla pacjenta oraz wskazali na szereg problemów związanych z komunikacją pomiędzy członkami personelu i pacjentami. Wśród przyczyn

EXECUTIVE SUMMARY



tego stanu rzeczy zdiagnozowali niewystarczający nacisk na kształcenie młodych lekarzy w zakresie kompetencji komunikacyjnych i empatii, a także brak regularnych szkoleń z tego zakresu dla personelu z większym stażem. Dodatkowo wskazali, że istotnym problemem jest umniejszanie roli jakości relacji personelu medycznego z pacjentami i niezrozumienie, w jaki sposób ta jakość przekłada się na lepsze efekty terapeutyczne i oszczędność czasu i zasobów. Wskazano także na problem braku wystandaryzowanego systemu do mierzenia i podnoszenia jakości relacji oraz brak powiązania między poziomem jakości usług i zadowolenia pacjenta ze środkami finansowymi trafiającymi do konkretnych podmiotów leczniczych.



Zdiagnozowany problem	Opis problemu	Na jakiej podstawie zdiagnozowano problem?
1. Główną emocją jest strach pacjenta	Pacjenci pytani o pierwsze skojarzenie z wizytą wskazują szereg obaw. Strach jest dominującą emocją związaną z kontaktem z systemem ochrony zdrowia. Począwszy od niepewności, czy pacjent dostanie się do lekarza i ile będzie czekał, przez niezrozumienie systemu oraz organizacji przestrzeni w placówkach, na obawach o stan swojego zdrowia skończywszy. Dotyczy to także reakcji na zastosowane leczenie, działań niepożądanych, nietypowych. Pacjenci nie wiedzą czym powinni się niepokoić, a co jest normalne, co wzmacnia obawy o stan zdrowia przez cały czas pobytu w szpitalu. Strach wpływa negatywnie na możliwość budowy dobrych relacji oraz obniża zaangażowanie.	Emocje pacjentów i skojarzenia analizowane były w ramach badań jakościowych. Wśród skojarzeń z wizytą u lekarza zawsze pojawiały się różnego rodzaju obawy i niepewność. Niestety zazwyczaj wykraczające poza sam fakt dolegliwości zdrowotnych, choroby i obaw o stan zdrowia. Bezdusność systemu, nierozumienie procedur, niejasny język i obca pacjentowi logika powodują lęk już na początku procesu leczenia, jeszcze przed samą rozmową z lekarzem. Pacjenci wielokrotnie wskazywali w rozmowach, że gdy już udało się wejść do gabinetu, to byli tak zmęczeni i zestresowani, że z samej wizyty niewiele pamiętają...
2. Pacjentom brakuje informacji	Pacjenci zazwyczaj wiedzą o swoim stanie zdrowia mniej niżby chcieli, często też nie rozumieją komunikatów kierowanych do nich przez personel medyczny. To utrudnia współpracę i efektywne leczenie.	Zrozumiałe wyjaśnienie stanu zdrowia jest trzecim najważniejszym oczekiwaniem pacjentów (po trafnej diagnozie i kompetencjach i wiedzy lekarza). Oczekują tego zwłaszcza kobiety i osoby starsze.
3. Lekarzowi brakuje czasu podczas wizyty	Główny problem podnoszony przez lekarzy – systemowy brak czasu, zwłaszcza na kontakt z pacjentem. Lekarze mają za mało czasu na jednego pacjenta, istnieje „presja kolejki” oraz wysoki poziom biurokracji, choć sama dokumentacja medyczna jest przez lekarzy ceniona jako istotna i zabezpieczająca ich w trudnych sytuacjach.	Wystarczająca ilość czasu podczas wizyty jest czwartym najważniejszym oczekiwaniem pacjentów. Czas wizyty jest jednym z najniżej ocenianych aspektów wizyty u lekarza (gorzej wypada tylko empatia i partnerskie traktowanie, jednak tego ostatniego nie potrzebują wszyscy pacjenci). Na niewystarczający czas wizyt skarżą się pacjenci chorzy przewlekle i hospitalizowani. Brak czasu to także podstawowy problem wskazywany przez lekarzy oraz ekspertów wypowiadających się w ramach badań jakościowych.
4. Pacjent nie czuje się potraktowany po ludzku, podmiotowo	Pacjenci zazwyczaj wskazują, że czują się traktowani jak „anonymowy numer w bazie”, „kolejny przypadek medyczny, jeden z wielu”. Nie czują zainteresowania ich osobą tylko jednostką chorobową. Skarżą się na traktowanie rutynowe, pozbawione empatii.	Indywidualne podejście i traktowanie jak człowieka to kolejne ważne oczekiwania pacjentów wskazane w badaniu ilościowym. Poznanie potrzeb i ich zrozumienie to dwa z trzech najgorzej ocenianych aspektów wizyty u lekarza.
5. Brak rozmowy między pacjentem a personelem medycznym	W przypadku większości wizyt i interakcji pacjentów z personelem medycznym dominuje schemat w którym personel przekazuje informacje, a pacjent słucha. Rzadko to pacjenci zadają pytania, rzadko lekarze upewniają się co pacjent zrozumiał ograniczając się do pytania przy wyjściu „czy wszystko jasne?” Problem polega na tym, że często pacjenci nie wiedzą, że mogą zadać pytania, o coś dopytać, nie wiedzą kiedy to zrobić, albo nie mają wystarczających kompetencji by to uczynić.	Zarówno pacjenci jak i lekarze wskazują na brak realnej rozmowy podczas wzajemnych kontaktów. Widoczne jest to wyraźnie w wynikach badania ilościowego i badań jakościowych. Obie strony wskazują na deficyt czasu. Dodatkowo pacjenci skarżą się na brak zainteresowania ze strony lekarza i biurokrację, a lekarze na słabe przygotowanie pacjentów do wizyty i nierzadko brak szczerości z ich strony.

EXECUTIVE SUMMARY



Zdiagnozowany problem	Opis problemu	Na jakiej podstawie zdiagnozowano problem?
6. Postawy pacjentów	Personel medyczny często wskazuje, że pacjenci mogliby bardziej współpracować i stosować się do zaleceń, a także szczerze informować o swoim stanie zdrowia i samopoczuciu. Jednak niski compliance często wynika z braku informacji i niezrozumienia sytuacji zdrowotnej, a także niechęci do wzięcia odpowiedzialności za siebie („to lekarz jest od tego by leczyć”; „wystarczy brać leki”)	Przedstawiciele personelu medycznego w badaniach jakościowych często wskazywali, że postawy pacjentów utrudniają skuteczne leczenie. Widzą trudność w tym, że pacjenci nie mówią o wielu kwestiach, nie są gotowi do przestrzegania zaleceń. Z perspektywy pacjentów wygląda to wręcz odwrotnie. Mają poczucie, że ze względu na brak czasu nie mogą powiedzieć o istotnych kwestiach, nieprzestrzeganie zaleceń wynika z ich niezrozumienia. Kluczowa jest także kwestia odpowiedzialności za efekt leczenia, która nierzadko według pacjentów spoczywa w pełni na lekarzach.
7. Pacjent nie ma wpływu na to, co się z nim stanie	Pacjenci, zwłaszcza hospitalizowani, często skarżą się na to, że nie mają wiedzy co się nimi będzie działo w najbliższym czasie. Chodzi zarówno o cały proces leczenia, jak i „następny krok”, najbliższe zdarzenie. Co więcej, zazwyczaj pacjenci nie mają wpływu na czas i sposób zastosowania procedur medycznych.	Jeden z głównych wątków w badaniach jakościowych, zwłaszcza z pacjentami chorymi przewlekle i hospitalizowanymi. Pacjenci mają poczucie, że to system, anonimowy i abstrakcyjny decyduje o czasie, miejscu i sposobie leczenia. Są co prawda proszeni o formalną zgodę na leczenie, ale realnie nie mogą odmówić. Nie mają szansy na poznanie alternatyw.
8. Jakość relacji między pacjentem a personelem nie jest kluczowa	W świadomości personelu medycznego jakość relacji z pacjentem nie jest kluczowa. Najważniejszy jest efekt terapeutyczny, a także zajęcie się nadmierną liczbą pacjentów w ograniczonym czasie i przy ograniczonych zasobach. Na dbanie o emocje pacjentów często personel nie znajduje czasu, a jeśli się to udaje to dotyczy to głównie pacjentów hospitalizowanych i dba o to zwłaszcza personel pielęgniarski. Nie funkcjonuje systemowo myślenie, że jakość relacji z pacjentem przekłada się na efekty terapeutyczne, co pozwoliłoby także na oszczędność deficytowych zasobów i czasu.	Konkluzja pochodzi przede wszystkim z wywiadów przeprowadzonych z ekspertami. Wskazują oni jednoznacznie na problem braku powiązania jakości relacji personelu medycznego z pacjentem na efekt terapeutyczny, Niezrozumienie tego związku, pomijanie go przez personel, ale także przez system powoduje, że kwestia ta nie jest priorytetowa, jest raczej swego rodzaju dodatkiem, czymś ponad niezbędne minimum (które pochłania niemal cały czas i zasoby).
9. Brak odpowiedniego docenienia pozalekarskiego personelu medycznego (pielęgniarki, ratownicy, technicy)	Pomimo ważnej roli w systemie ochrony zdrowia personel pozalekarski często nie jest doceniany. Dotyczy to zarówno sfery wynagrodzeń, jak i zadań, które poszczególne osoby wykonują. Zwłaszcza personel pielęgniarski zajmuje się wieloma czynnościami wykraczającymi poza zakres obowiązków lub czynnościami z pogranicza, na zasadzie, że „ktoś to musi zrobić”, a nikt inny nie ma czasu. Co więcej często również pacjenci nie doceniają pracy pielęgniarek, czy techników traktując te osoby z góry, nie darząc takim szacunkiem jak lekarzy.	Problem pojawił się głównie w rozmowach z pielęgniarkami w ramach badań jakościowych. Zauważają go także eksperci.

EXECUTIVE SUMMARY



5. REKOMENDACJE

Wyniki badań, a w szczególności zdiagnozowane główne problemy i wyzwania w zakresie budowy dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami, zostały szczegółowo omówione podczas warsztatu strategicznego. Udział w nim wzięli przedstawiciele wszystkich 5 grup interesariuszy: decydenci, kadra zarządzająca, przedstawiciele personelu medycznego, przedstawiciele uczelni wyższych oraz pacjenci. Kluczowym elementem warsztatu była praca w grupach mająca na celu zmierzenie się z każdym ze zdiagnozowanych problemów i wypracowanie konkretnych rozwiązań – działań, które należy podjąć, by budować dobre relacje personelu medycznego z pacjentami. Na tym etapie nie analizowano jeszcze na ile dane propozycje są łatwe do wprowadzenia i jak mocno mogłyby wpłynąć na poprawę relacji. Chodziło o omówienie jak największej ilości potencjalnych działań. Następnie dokonano krótkiego omówienia efektów pracy grupowej i w kolejnym kroku zaproponowane działania poddano głosowaniu, prosząc uczestników, by wskazali po 5 działań, ich zdaniem, najważniejszych oraz 5 takich, które najłatwiej jest wprowadzić. To pozwoliło na wstępną selekcję wypracowanych rozwiązań, ale nie zamknęło jeszcze pracy nad samymi rekomendacjami. Te kontynuowano już po zakończeniu warsztatu, w trybie konsultacji internetowych. Na tym etapie wcześniej wypracowane propozycje działań poddano ponownie ocenie – tym razem uczestnicy konsultacji (uczestnicy wcześniejszego warsztatu i eksperci AKM) dokonali oceny wszystkich wypracowanych propozycji. Oceniano je na pięciopunktowej skali w zakresie ich ważności dla budowy dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami oraz w zakresie łatwości wdrożenia. W ten sposób uzyskano ostateczne rankingi działań zarówno pod kątem ich ważności, jak i łatwości wdrożenia. Następnie zespół prowadzący projekt opracował finalną treść 5 głównych, ogólnych rekomendacji, do których przypisano wypracowane rekomendacje konkretnych działań. Przypisano także grupy interesariuszy, które powinny zająć się wdrażaniem konkretnych rekomendacji.

Finalnie uzyskano katalog 5 głównych rekomendacji, z przypisanymi im łącznie 33 konkretnymi, zalecanymi działaniami. Każde z nich ma przypisany jeden z 3 poziomów ważności oraz jeden z 3 poziomów łatwości wdrożenia. Są one zaprezentowane w tabelach na kolejnych stronach niniejszego dokumentu.

Warto podkreślić, że część z rekomendowanych działań ma charakter bardziej ogólny, a inne są bardzo szczegółowe. Wiele dotyczy systemu ochrony zdrowia, część kompetencji i zachowań personelu medycznego lub pacjentów. Kilka dotyczy zmian w zakresie szkolenia na uczelniach wyższych lub doskonalenia zawodowego. Wreszcie są takie, które dotyczą prowadzenia działań edukacyjnych i kampanii społecznych, a także zestaw rekomendacji związanych z systemem monitorowania jakości relacji między personelem medycznym a pacjentami. To sprawia, że trudno tak różne kwestie w łatwy i jednoznaczny sposób ze sobą zestawzić i porównać. Konsultacje i głosowania wyłoniły rankingi, jednak w ocenie autorów Strategii każde z rekomendowanych działań wprowadzone w życie, wesprze proces budowy dobrych relacji między personelem medycznym a pacjentami. Inicjatywy, które nie miałyby pozytywnego efektu nie zostały uwzględnione w katalogu rekomendowanych działań.

Rekomendacja nr 1: Bezpieczeństwo i jakość

1. Dobre relacje z pacjentami są ważne dla zagwarantowania bezpieczeństwa i jakości leczenia oraz opieki. Powinny być jednym z celów działania wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia



Rekomendowane działania	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji	Trudność wdrożenia
1.1: Podnoszenie poziomu wiedzy, popartej wynikami badań naukowych, że dobry efekt terapeutyczny i zakres współpracy pacjenta zależy m.in. od kompetencji komunikacyjnych i współpracy członków zespołu terapeutycznego.			☆☆☆
1.2: Budowanie świadomości potrzeby kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności budowania dobrych relacji z pacjentami.			☆☆☆☆
1.3: W kontaktach z pacjentem uwzględnianie jego perspektywy i potrzeb związanych z budowaniem relacji.			☆☆☆☆
1.4: Tworzenie dobrych relacji między członkami zespołu terapeutycznego, doskonalenie umiejętności współpracy i rozwiązywania konfliktów.			☆☆☆☆
1.5: Podnoszenie świadomości, że dobre relacje należy budować bez względu na czas, który można przeznaczyć na kontakt z pacjentem.			☆☆☆☆
1.6: Uświadamianie, że umiejętność budowania dobrych relacji jest elementem profesjonalizmu medycznego.			☆☆☆☆
1.7: Budowa dobrych relacji między zespołem terapeutycznym a personelem pomocniczym (recepcja, rejestracja, asystenci, koordynatorzy, sekretarki w gabinetach) tak, by pacjent otrzymywał odpowiednie, spójne i zrozumiałe informacje w kontaktach z różnymi członkami personelu.			☆☆☆☆

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:	Trudność wdrożenia:
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	☆☆☆☆ Łatwe
Personel medyczny	Decydenci		Średni	☆☆☆☆ Średnie
			Duży	☆☆☆☆ Trudne

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Rekomendacja nr 2. Rozwój kompetencji komunikacyjnych podczas studiów

2. Dobre relacje z pacjentami mogą budować tylko osoby posiadające kompetencje w zakresie budowania relacji i komunikacji. Należy rozwijać proces kształcenia kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych.



Rekomendowane działania	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji	Trudność wdrożenia
2.1: Zajęcia z komunikacji powinny być obowiązkowe dla studentów wszystkich kierunków medycznych.			
2.2: Lista efektów uczenia się w Standardach kształcenia powinna szczegółowo opisywać umiejętności komunikacji zarówno z pacjentem jak i współpracownikami, co umożliwi standaryzację programów kształcenia.			
2.3: Treści kształcenia powinny uwzględniać rekomendacje i zalecenia polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych zajmujących się komunikacją medyczną.			
2.4: W toku kształcenia powinny być stosowane metody nauczania umożliwiające rozwijanie umiejętności w sposób jak najbardziej zbliżony do rzeczywistych warunków pracy personelu medycznego.			
2.5: Weryfikacja efektów kształcenia z wykorzystaniem metod oceny umiejętności i uwzględnieniem oceny dokonywanej przez pacjentów.			

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:		Trudność wdrożenia:	
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	Łatwe	Średnie	Trudne
Personel medyczny	Decydenci		Średni			
			Duży			

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Rekomendacja nr 3. Rozwój kompetencji komunikacyjnych w ramach obowiązków zawodowych

3. Należy stworzyć warunki, by personel medyczny mógł rozwijać swoje kompetencje komunikacyjne w sposób ustawiczny, w ramach obowiązków zawodowych.



Rekomendowane działania	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji	Trudność wdrożenia
3.1: Realizacja szkoleń mających na celu podnoszenie kompetencji komunikacyjnych dla pracowników poszczególnych placówek medycznych.			
3.2: Organizacja wydarzeń mających na celu promowanie badań i dobrych praktyk w zakresie budowania relacji i komunikacji medycznej, takich jak np. konferencje, warsztaty.			
3.3: Akredytowanie/certyfikowanie przez płatnika NFZ projektów edukacyjnych mających na celu poprawę jakości komunikacji, pozwalające na premiowanie placówek realizujących te projekty.			
3.4: Godziny edukacyjne personelu medycznego. W godzinach pracy personelu medycznego powinien być uwzględniony czas na podnoszenie kompetencji.			
3.5: Personel medyczny powinien mieć możliwość bezpłatnego udziału w szkoleniach podnoszących kompetencje z zakresu budowy dobrych relacji.			
3.6: Treści kształcenia w ramach doskonalenia zawodowego powinny uwzględniać rekomendacje i zalecenia polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych zajmujących się komunikacją medyczną.			

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:		Trudność wdrożenia:	
	Pacjenci			Mały		Łatwe
	Personel medyczny			Średni		Średnie
				Duży		Trudne

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Rekomendacja nr 4. Współpraca i zaangażowanie pacjentów

4. Efektywność i skuteczność postępowania terapeutycznego zależy także od współpracy i zaangażowania pacjentów. Należy zaplanować i zrealizować szereg działań mających na celu edukację pacjentów i ich bliskich oraz ich realne zaangażowanie w proces terapeutyczny.



Rekomendowane działania	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji	Trudność wdrożenia
4.1: Realizacja kampanii edukacyjnej podkreślającej znaczenie zaangażowania pacjentów i ich bliskich w proces terapeutyczny.			☆☆☆
4.2: Działania na rzecz podnoszenia kompetencji zdrowotnych (ang. <i>health literacy</i>) społeczeństwa.			☆☆☆
4.3: Edukacja dotycząca zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.			☆☆☆
4.4: Tworzenie zrozumiałych dla pacjentów i ich bliskich poradników informujących o badaniach, chorobie, leczeniu itp. opartych na <i>Evidence Based Medicine</i> .			☆☆☆
4.5: Podnoszenie świadomości praw i obowiązków pacjenta.			☆☆☆
4.6: Organizacja przestrzeni placówek medycznych (także gabinetów), tak by była ona przyjazna i czytelna dla pacjenta.			☆☆☆
4.7: Modyfikacja i uproszczenie przekazywanych informacji objaśniających działanie systemu i procedur tak, by operować perspektywą i językiem pacjenta.			☆☆☆
4.8: Wyjaśnianie stanu zdrowia pacjenta w sposób dla niego zrozumiały i dostosowany do jego wiedzy i stanu emocjonalnego.			☆☆☆

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:	Trudność wdrożenia:
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	☆☆☆ Łatwe
Personel medyczny	Decydenci		Średni	☆☆☆ Średnie
			Duży	☆☆☆ Trudne

EXECUTIVE SUMMARY



Rekomendacja nr 5. Wystandaryzowany system monitorowania realizowanych działań na rzecz poprawy relacji personelu medycznego z pacjentami

5. Ocena jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nie jest możliwa bez wystandaryzowanego monitorowania realizowanych działań. Poprawa relacji personelu z pacjentami powinna być prowadzona w oparciu wiarygodne wyniki monitorowania doświadczeń pacjentów.



Rekomendowane działania	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji	Trudność wdrożenia
5.1: Prowadzenie w placówkach medycznych ciągłego, wystandaryzowanego procesu monitorowania doświadczeń pacjentów.			☆☆☆
5.2: Regularna analiza wyników pozwalająca na podejmowanie działań mających na celu poprawę relacji wraz z mierzaniem rezultatów wdrożonych działań.			☆☆☆
5.3: W oparciu o prowadzone analizy, realizowanie projektów poprawy relacji personelu z pacjentami, zgodnie z metodami rekomendowanymi w Standardach Akredytacyjnych Ministra Zdrowia.			☆☆☆
5.4: Prowadzenie wiarygodnej porównywarki opinii pacjentów o przychodniach i oddziałach szpitalnych.			☆☆☆
5.5: Premiowanie przez płatnika placówek biorących udział w certyfikowanych/akredytowanych projektach edukacyjnych dotyczących poprawy jakości komunikacji medycznej.			☆☆☆
5.6: Premiowanie przez płatnika placówek medycznych mających najlepsze wyniki badania opinii pacjentów.			☆☆☆
5.7: Publikowanie przez placówki medyczne na ogólnie dostępnym portalu materiałów (plakaty, prezentacje, artykuły i inne) z efektami prowadzonych projektów poprawy relacji personelu z pacjentami. Premiowanie przez płatnika placówek publikujących materiały.			☆☆☆

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:		Trudność wdrożenia:	
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	☆☆☆ Łatwe		
Personel medyczny	Decydenci		Średni	☆☆☆ Średnie		
			Duży	☆☆☆ Trudne		

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

6. PRIORYTETY DZIAŁAŃ

Ustalenie priorytetów działań, przy tak różnorodnym katalogu inicjatyw, może przebiegać w oparciu o różne kryteria. Po pierwsze należy szczególnie rozważyć wdrożenie działań uznanych za silnie wpływające na budowę dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami. Po drugie dobrym kluczem doboru działań może okazać się łatwość ich wdrożenia. Wreszcie zależnie od charakterystyki odbiorcy Strategii można wybrać działania przypisane konkretnej grupie interesariuszy, bowiem każda z nich ma wiele do zrobienia na rzecz poprawy relacji między personelem medycznym a pacjentami. Dodatkowo warto podjąć trud zmiany systemu począwszy od kształcenia personelu medycznego i studentów, poprzez edukowanie pacjentów, na budowie systemu do monitorowania jakości relacji i efektywności wdrażanych działań. Bez tych elementów podejmowane działania będą miały niższe przełożenie, będą po prostu, mniej skuteczne lub ich efektywność będzie niemożliwa do jednoznacznego uchwycenia. Co więcej wiele rekomendowanych działań jest ze sobą powiązanych i wdrażanie tylko niektórych z nich może być mało efektywne. Wyniki przeglądu literatury przygotowanego na początku prac nad Strategią jednoznacznie wskazują, że komunikacja i relacje personelu medycznego z pacjentami wpływają na efekty terapeutyczne.

Poniżej zaprezentowano działania o wysokiej ważności dla budowy dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami, pogrupowano je zależnie od łatwości ich wdrożenia (łatwych nie zdefiniowano, są tylko te o średniej trudności wdrożenia i trudne do wdrożenia):

A) Rekomendowane działania o wysokiej ważności i średniej trudności wdrożenia		⚠⚠⚠ ★★☆☆
Rekomendowane działanie	Grupy, których dotyczy	
2.1: Zajęcia z komunikacji powinny być obowiązkowe dla studentów wszystkich kierunków medycznych.		
4.7: Modyfikacja i uproszczenie przekazywanych informacji objaśniających działanie systemu i procedur tak, by operować perspektywą i językiem pacjenta.		
4.8: Wyjaśnianie stanu zdrowia pacjenta w sposób dla niego zrozumiały i dostosowany do jego wiedzy i stanu emocjonalnego		
5.1: Prowadzenie w placówkach medycznych ciągłego, wystandaryzowanego procesu monitorowania doświadczeń pacjentów.		
5.2: Regularna analiza wyników pozwalająca na podejmowanie działań mających na celu poprawę relacji wraz z mierzaniem rezultatów wdrożonych działań.		

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:		Trudność wdrożenia:	
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	★★☆☆	Łatwe	
Personel medyczny	Decydenci		Średni	★★★☆☆	Średnie	
			Duży	★★★★☆	Trudne	

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

B) Rekomendowane działania o wysokiej ważności i trudne do wdrożenia



Rekomendowane działanie	Grupy, których dotyczy
1.4: Tworzenie dobrych relacji między członkami zespołu terapeutycznego, doskonalenie umiejętności współpracy i rozwiązywania konfliktów.	
1.7: Budowa dobrych relacji między zespołem terapeutycznym a personelem pomocniczym (recepcja, rejestracja, asystenci, koordynatorzy, sekretarki w gabinetach) tak, by pacjent otrzymywał odpowiednie, spójne i zrozumiałe informacje w kontaktach z różnymi członkami personelu.	
2.4: W toku kształcenia powinny być stosowane metody nauczania umożliwiające rozwijanie umiejętności w sposób jak najbardziej zbliżony do rzeczywistych warunków pracy personelu medycznego.	
2.5: Weryfikacja efektów kształcenia z wykorzystaniem metod oceny umiejętności i uwzględnieniem oceny dokonywanej przez pacjentów.	
4.6: Organizacja przestrzeni placówek medycznych (także gabinetów), tak by była ona przyjazna i czytelna dla pacjenta.	

Grupa, której dotyczy działanie:	Wpływ na poprawę relacji:	Trudność wdrożenia:
Pacjenci Personel medyczny	Kadra zarządzająca Decydenci Uczelnie wyższe	Mały Średni Duży Łatwe Średnie Trudne



EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Jak zostało to już wspomniane warto zwrócić szczególną uwagę na działania, które są relatywnie łatwe do wdrożenia, bowiem przy niedużym nakładzie sił i środków mogą się one istotnie przyczynić do poprawy relacji między personelem medycznym a pacjentami. Poniżej zaprezentowano zestaw 10 takich działań:

C) Rekomendowane działania łatwe do wdrożenia		☆☆☆
Rekomendowane działanie	Grupy, których dotyczy	Wpływ na poprawę relacji
2.2: Lista efektów uczenia się w Standardach kształcenia powinna szczegółowo opisywać umiejętności komunikacji zarówno z pacjentem jak i współpracownikami, co umożliwi standaryzację programów kształcenia.		⚠️⚠️
2.3: Treści kształcenia powinny uwzględniać rekomendacje i zalecenia polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych zajmujących się komunikacją medyczną.		⚠️⚠️
3.4: Godziny edukacyjne personelu medycznego. W godzinach pracy personelu medycznego powinien być uwzględniony czas na podnoszenie kompetencji.		⚠️⚠️
3.5: Personel medyczny powinien mieć możliwość bezpłatnego udziału w szkoleniach podnoszących kompetencje z zakresu budowy dobrych relacji.		⚠️⚠️
4.1: Realizacja kampanii edukacyjnej podkreślającej znaczenie zaangażowania pacjentów i ich bliskich w proces terapeutyczny.		⚠️⚠️
4.2: Działania na rzecz podnoszenia kompetencji zdrowotnych (ang. <i>health literacy</i>) społeczeństwa.		⚠️⚠️
4.4: Tworzenie zrozumiałych dla pacjentów i ich bliskich poradników informujących o badaniach, chorobie, leczeniu itp. opartych na <i>Evidence Based Medicine</i> .		⚠️⚠️
4.5: Podnoszenie świadomości praw i obowiązków pacjenta.		⚠️⚠️
3.2: Organizacja wydarzeń mających na celu promowanie badań i dobrych praktyk w zakresie budowania relacji i komunikacji medycznej, takich jak np. konferencje, warsztaty.		⚠️
4.3: Edukacja dotycząca zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.		⚠️

Grupa, której dotyczy działanie:			Wpływ na poprawę relacji:		Trudność wdrożenia:	
Pacjenci	Kadra zarządzająca	Uczelnie wyższe	Mały	☆☆☆ Łatwe	Średnie	☆☆☆ Trudne
Personel medyczny	Decydenci		Średni			
			Duży			

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

7. KONKLUZJE

Podsumowując, w ramach prac nad Strategią „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami” udało się zdiagnozować szereg wyzwań stojących na drodze do poprawy jakości tych relacji. Bazowano na szerokim przeglądzie literatury i unikalnym w skali kraju, reprezentatywnym, ogólnopolskim badaniu opinii pacjentów wspieranym badaniami jakościowymi przeprowadzonymi z pacjentami, przedstawicielami personelu medycznego oraz ekspertami. Zebrany materiał opracowano w ramach prac warsztatowych i konsultacji eksperckich, co pozwoliło na wyłonienie 5 ogólnych rekomendacji oraz 33 zalecanych działań nakierowanych na poprawę relacji personelu medycznego z pacjentami. Rekomendacje te są adresowane do różnych grup interesariuszy: decydentów, kadry zarządzającej, personelu medycznego, pacjentów i uczelni wyższych. Każda z grup może wiele zrobić na rzecz rozwoju dobrych relacji personelu medycznego z pacjentami. Większość z rekomendowanych działań ma charakter długoterminowy i dotyczy zmian systemowych oraz sposobu myślenia o roli omawianych relacji w procesie leczenia i ich wpływie na efektywność procesu terapeutycznego.

Więcej informacji o przeprowadzonych badaniach oraz szczegółowy opis rekomendowanych działań można znaleźć w pełnym dokumencie Strategii, a informacje szczegółowe o metodologii i wynikach badań opinii można odnaleźć w raportach z tych etapów prac nad Strategią, dostępnych na stronie internetowej www.akademiakomunikacjimedycznej.pl

Rada Programowa Strategii „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami”:

- prof. Marcin Wojnar - przewodniczący
- prof. Tomasz Pasierski
- prof. Roman Ossowski
- dr hab. Aldona Katarzyna Jankowska, prof. UMK
- dr Antonina Doroszevska
- mgr Dorota Minta

Autorzy Strategii „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami”:

- dr Antonina Doroszevska, Studium Komunikacji Medycznej WUM, Zespół Języka Medycznego RJP PAN
- Leszek Denkiewicz, Akademia Komunikacji Medycznej, Nextmedica
- mgr Jędrzej Ochremiak
- mgr Weronika Orczykowska
- mgr Małgorzata Szczepanek
- dr hab. Aldona Katarzyna Jankowska, prof. UMK, CM UMK, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej
- prof. Tomasz Pasierski, Studium Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej WUM
- prof. Marcin Wojnar, Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM

Stowarzyszenie Akademia Komunikacji Medycznej

WeWork, Raffles Plaza: Hotel Europejski
00-071 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 13, 5 piętro
Tel. +48 22 313 14 90
Adres e-mail: biuro@akademiakomunikacjimedycznej.pl
www.akademiakomunikacjimedycznej.pl

© Copyright by Stowarzyszenie Akademia Komunikacji Medycznej, Warszawa 2022

EXECUTIVE SUMMARY



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY



Rzecznik Praw Pacjenta
PATRONAT HONOROWY

PARTNERZY:



PATRONI MEDIALNI:

