

OKULISTYKA

KWARTALNIK MEDYCZNY

ISSN 1505-2753

PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

**PRAWNE I EKONOMICZNE ASPEKTY
KOMUNIKACJI Z PACJENTEM**

prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek



Klinika Chorób Oczu I Katedry Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. N. Barlickiego,
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22
tel. +48(42) 6776 800, fax. +48(42) 6776 801
www.pto.com.pl e-mail: pto@pto.com.pl

*Szanowna Pani Doktor,
Szanowny Panie Doktorze,*

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska lekarzy okulistów oraz lekarzy specjalizujących się z zakresu okulistyki, przedstawiamy Państwu PROGRAM EDUKACYJNY „KOMPENDIUM OKULISTYKI”.

Kontynuujemy program w celu pogłębiania wiedzy z zakresu zarówno podstawowych zagadnień okulistycznych, takich jak diagnostyka jaskry, leczenie przeciwbakteryjne, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem i suche oko, jak i tematyki interdyscyplinarnej z zakresu objawów okulistycznych chorób ogólnych czy leczenia stanów zapalnych u dzieci, oraz realizacji programu samodoskonalenia zawodowego.

Rozwiązanie zadań testowych odnoszących się do tematyki danego numeru pozwoli na uzyskanie punktów edukacyjnych potwierdzonych odpowiednim zaświadczeniem.

Sądzę, że opracowania tematyczne, jakie będziemy cyklicznie wydawać, zainteresują Państwa i przyczynią się do wzbogacenia naszej codziennej praktyki okulistycznej.

prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki
Przewodniczący Zarządu Głównego PTO

PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”
PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”
PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

Zeszyt 3'2014 (27)

PRAWNE I EKONOMICZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek

PATRONAT

POLSKIE TOWARZYSTWO OKULISTYCZNE
KATEDRA I KLINIKA OKULISTYKI II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Opiekun merytoryczny

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

Koordynator programu

dr n. med. Anna M. Ambroziak

OFTAL

WARSZAWA 2014

RADA PROGRAMOWA

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik
 Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz
 Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk
 Prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki
 Dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek
 Dr n. med. Anna M. Ambroziak

WYDAWCA

OFTAL Sp. z o.o.
 ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa
 Oddział: ul. Sierakowskiego 13
 03-709 Warszawa
 tel./fax 22 670-47-40, 22 511-62-00 w. 6245
 Dyrektor Wydawnictwa – Elżbieta Bielecka
 e-mail: ored@okulistyka.com.pl
 www.okulistyka.com.pl

**Zgodnie z ustawą o samodoskonaleniu
 zawodowym uczestnikom programu
 przysługuje 5 pkt edukacyjnych za zeszyty**

© by Oftal Sp. z o.o.

PROJEKT GRAFICZNY

Robert Stachowicz

SKŁAD KOMPUTEROWY

– QLCO. Agencja Reklamowo-Wydawnicza

DRUK

„Regis” Sp. z o.o.

Forma graficzna i treść niniejszej publikacji stanowią utwór chroniony przepisami prawa autorskiego; jakiegokolwiek wykorzystanie bez zgody Wydawcy całości lub elementów tej formy stanowi naruszenie praw autorskich ścigane na drodze karnej i cywilnej (art. 78, 79 i n. oraz art. 115 i n. ustawy z dn. 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych), niezależnie od ochrony wynikającej z przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Możliwy jest przedruk streszczeń.

W latach 2008–2014 ukazały się zeszyty:

- 1/2008 (1):** Jaskra diagnostyka zmian jaskrowych – praktyczne aspekty
- 2/2008 (2):** Leczenie przeciwbakteryjne
- 3/2008 (3):** Powikłania okulistyczne cukrzycy
- 4/2008 (4):** Suche oko
- 1/2009 (5):** Stany zapalne narządu wzroku u dzieci i młodzieży
- 2/2009 (6):** Alergia
- 3/2009 (7):** Objawy chorób ogólnych w okulistyce
- 4/2009 (8):** AMD
- 1/2010 (9):** Objawy okulistyczne w przebiegu tętniaków mózgu
- 2/2010 (10):** Współczesne aspekty diagnostyki i leczenia stwardnienia rozsianego z uwzględnieniem roli lekarza okulisty
- 3/2010 (11):** Objawy okulistyczne przetoki szynjo-jamistej
- 4/2010 (12):** Leczenie jaskry
- 1/2011 (13):** Rola lekarza okulisty w diagnostyce i leczeniu guzów przysadki mózgowej
- 2/2011 (14):** Gruczoły Meiboma – podstawy anatomii, fizjologii oraz regulacji wydzielania
- 3/2011 (15):** Okulistyczne aspekty orzekania o inwalidztwie
- 4/2011 (16):** Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenezy, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki
- 1/2012 (17):** Normy okulistyczne w medycynie pracy
- 2/2012 (18):** Odwarstwienie siatkówki
- 3/2012 (19):** Widzenie barw
- 4/2012 (20):** Zaburzenia powierzchni oka w ujęciu immunologicznym ze szczególnym uwzględnieniem spojówki i nabłonka rogówki
- 1/2013 (21):** Wybrane zagadnienia z orzecznictwa w okulistyce
- 2/2013 (22):** Zaburzenia powierzchni oka
- 3/2013 (23):** Zaburzenia powierzchni oka po zabiegach refrakcyjnych
- 4/2013 (24):** Wpływ przewlekłego leczenia przeciwjaskrowego na powierzchnię gałki ocznej i leczenie operacyjne
- 1/2014 (25):** Ciężki zespół suchego oka – epidemiologia i klasyfikacja na podstawie aktualnych wytycznych ODDISEY Algorytm
- 2/2014 (26):** Cztery płaszczyzny relacji lekarz–pacjent

1. Wstęp

Komunikowanie się to najstarszy proces społeczny definiowany jako zamierzona wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków podejmowana, aby można było poprawić współdziałanie jednostek lub grup społecznych. Celem komunikowania społecznego są: stałe i dynamiczne kształtowanie wiedzy bądź jej zmiana oraz przekazywanie, a także modyfikacja postaw i zachowań zgodna z wartościami i interesami oddziałujących na siebie podmiotów.

Konieczne jest kształcenie lekarzy z zakresu prawidłowego komunikowania się z pacjentem, dowodzą tego liczne badania nie tylko polskie, lecz również europejskie i pozaeuropejskie. Wielu autorów podkreśla, jak ważne są umiejętność dobrego porozumiewania się lekarza z pacjentem, żeby diagnoza była celna, efekty leczenia lepsze, a przekazy dobrze rozumiane przez pacjenta. Kluczowe jest też zidentyfikowanie barier, które występują w tej komunikacji i w zasadniczy sposób przyczyniają się do zmniejszenia efektywności leczenia. Wzajemne oczekiwania pacjenta i lekarza są wypadkową zarówno indywidualnych doświadczeń, jak też stopnia ciężkości choroby, specjalizacji lekarza, miejsca wizyty itd.

Celem pracy jest przedstawienie prawnych i ekonomicznych aspektów komunikacji z pacjentem, a ponadto odpowiedź na pytanie, które czynniki wpływają na polepszenie zadowolenia pacjenta z wykonanych usług medycznych i czy prawidłowe komunikowanie się lekarza z pacjentem przyczynia się do uzyskania szybszego efektu leczenia.

2. Aspekty komunikacji

Znaczenie człowieka jako tematu filozofii było różnie interpretowane przez historyków. Sokrates, uważany za mędrca doceniającego wagę spotkań ludzi i ich rozmów, głosił, że należy znaleźć właściwe znaczenie słowa, aby móc dotrzeć do rzeczywistości.

2.1. Proces komunikacji

Można wyróżnić dwie fazy komunikacji: wstępną – polegającą na uświadomieniu sobie, jakie są intencje i cel komunikowania, i właściwą, inaczej zasadniczą – wymianę informacji między nadawcą a odbiorcą. Komunikację możemy podzielić na: dwustronną (nadawca i odbiorca) i jednostronną (przepływ informacji w jedną stronę), bezpośrednią (wprost – jest ona najmniej zakłócona) i pośrednią (z udziałem osób pośredniczących – może ona ulec zakłóceniu). Wyróżnia się też różne style komunikacji interpersonalnej – np. niepartnerski (nieliczenie się z partnerem relacji) i partnerski (równorzędne pozycje partnerów).

Jako „komunikowanie interpersonalne” rozumiemy proces porozumiewania się ludzi, który powinien prowadzić do osiągnięcia określonego celu – uczestniczą w nim dwie osoby lub więcej osób. Komunikowanie interpersonalne to wymiana informacji na temat postrzegania ludzi i siebie. Celem komunikacji jest uzyskanie porozumienia między uczestniczącymi w niej osobami, sam proces komunikowania się jest realizowany za pomocą systemu

sygnałów, które są czytelne dla wszystkich porozumiewających się osób.

3. Regulacje ustawowe prawa pacjenta do informacji

Umiejętne komunikowanie się pracowników ochrony zdrowia z pacjentem jest również związane z prawem pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia i o jego prawach.

3.1. Prawo pacjenta do informacji

Problematyka informowania pacjentów została uregulowana w dwóch aktach ustawowych tj. ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry – u.z.l.i.d. (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.) oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – u.p.p. (tekst. Jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159).

Prawa pacjenta, to zbiór uprawnień, które przysługują człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Są wpisane w prawa człowieka i muszą być przestrzegane przez wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny i to zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Aktem prawnym regulującym prawa polskiego pacjenta jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p., tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159), która okre-

śla: prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ustawa (u.p.p.) ta określa również postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Praw pacjenta zawartych w ustawie mają obowiązek przestrzegać nie tylko osoby wykonujące zawód medyczny, lecz również organy władzy publicznej związane z ochroną zdrowia: Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Do maja 2009 roku podstawowym źródłem uprawnienia pacjenta do informacji o stanie zdrowia była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (u.z.o.z.) w której ujęto, że zgodnie z art. 19. Ust. 1 pkt 2 u.z.o.z. pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Aktualnie konkretne wytyczne określają przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 roku Nr 277, poz. 1634) – (dalej u.z.l.i.d.). Zgodnie z art. 31 tej ustawy „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

Powyżej przytoczony zapis nie określa stopnia konkretyzacji udzielanych informacji. Przyjęto zasadniczo, że informacja o stanie zdrowia może cechować się większym stopniem ogólności. Pozostałe elementy

natomiast powinny być konkretne, szczególnie dotyczy to rozpoznania, które powinno opierać się na wskazaniu konkretnej jednostki chorobowej w języku polskim. Jasno powinny być przedstawione metody diagnostyczne i sposoby leczenia. Pacjentowi przysługuje również informacja na temat alternatywnych metod diagnostyki i leczenia, nawet jeżeli w danej placówce medycznej nie jest to możliwe do wykonania. Należy pamiętać, że metody – i diagnostyki, i leczenia – proponowane pacjentowi powinny być uzasadnione medycznie, a pacjent ma prawo do pełnego udziału w procesie decyzyjnym, dotyczącym zarówno diagnostyki, jak i leczenia.

Przyjęto, że lekarz powinien informować pacjenta zgodnie z wiedzą medyczną o metodach możliwych do realizacji zarówno w placówce, w której jest to świadczenie udzielane, jak też w innej placówce, w innym rejonie, mieście, województwie czy nawet kraju. Za możliwe metody diagnostyki i leczenia uważa się sposoby powszechnie i standardowo wykonywane niezależnie od zasad ich finansowania. Należy również informować o alternatywnym leczeniu eksperymentalnym i jego zagrożeniach.

Zakres obowiązkowej informacji określony art. 9 ust. 2 u.p.p., który pokrywa się z wymogami ustawy o zawodzie lekarza, powinien mieć obiektywny charakter.

Do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta zgodnie z ustawą jest zobowiązany lekarz, a uprawnionym jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Inne osoby mogą uzyskać informacje zgodnie z art. 31 u.z.l.i.d. tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę.

Nie należy zapominać, że zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p.) z 15 lipca 2011 roku Dz. U. Nr 174, poz 1039, poza lekarzem prawo pacjenta do informacji realizują również pielęgniarki i położne w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniacyjnej lub opieki podczas ciąży, porodu i położu.

3.2. Forma informacji

Informacja, która jest adresowana do pacjenta, powinna być dla niego przystępna tzn. dostosowana do jego poziomu intelektualnego. Pamiętać należy, że tę informację trzeba formułować w zależności od poziomu wykształcenia pacjenta (wyższe, średnie, zawodowe, medyczne, niemedyczne) i jego wieku. Forma udzielanej informacji jest dowolna, w naszych realiach jednak najczęściej jest to forma ustna. Jednakże niektóre przepisy wymagają formy pisemnej. Takie informacje wymagane są w jednostkach posiadających akredytację CMJ i certyfikaty jakości ISO. Jako przykład możemy podać transplantologię, w tym przypadku w myśl ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) wymagana jest pisemna informacja dla dawcy żywego przed wyrażeniem zgody o rodzaju zabiegu, ryzyku z nim związanym oraz możliwych następstwach dla jego zdrowia w przyszłości.

Informacja powinna być udzielona pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu w sposób bezpośredni. W wyjątkowych

sytuacjach, bezwzględnie uzasadnionych, może to być informacja telefoniczna, chociaż ze względu na ochronę danych osobowych, a w przytoczonym przykładzie nie jest możliwe ustalenie tożsamości rozmówcy, należy tego unikać. Dodatkowo nie należy zapominać, że pacjent ma prawo do samostanowienia i zrezygnowania z prawa do informacji. Należy jednak mieć na uwadze, że o ograniczeniu dostępu do informacji mogą decydować jedynie sytuacje uzasadniające dobro pacjenta lub też wyraźne żądanie. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 9 ust. 4 stanowi, że pacjent ma prawo żądać, ażeby lekarz nie udzielił mu informacji. Natomiast w art. 9 ust. 5 ustawy wprowadzono klauzulę, że po uzyskaniu informacji pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie.

Z prawem pacjenta do informacji jest ściśle związany obowiązek lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej obejmującej zarówno wypowiedzi ustne, jak i pisemne. Tajemnicą lekarską są objęte informacje, które pacjent sam powierza lekarzowi, uzyskane przez lekarza w wyniku procesu diagnostycznego i leczniczego oraz dane niezwiązane (np. stosunki rodzinne, zawodowe itp.). Zgoda pacjenta stanowi podstawową przesłankę prawną uchylenia obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej przez personel medyczny, jest to możliwe w myśl art. 40 ust. 2 u.z.l.i.d. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Wyróżnimy dwa podstawowe uprawnienia w kwestii prawa pacjenta do informacji: prawo do informacji o stanie zdrowia i prawo do informacji o prawach pacjenta. Drugie uprawnienie podlega ustawie o pra-

wach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uregulowane zostało w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p.). Zgodnie z art. 16 pkt. 1 tej ustawy to pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach i wskazać miejsce, w którym informacja ta znajduje się w formie pisemnej.

Reasumując, poza prawem do informacji o stanie zdrowia pacjent ma również prawo do informacji na temat rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych i profilaktycznych programów zdrowotnych.

3.3. Podstawy prawne udzielania pacjentowi informacji – prawo międzynarodowe i prawo polskie

Prawo do informacji jest chronione przez normy prawa krajowego i międzynarodowego. W prawie międzynarodowym obowiązuje Model Deklaracji Praw Pacjenta WHO, według niego zgodnie z art. 2 ust. 2 pacjentowi przysługuje prawo do pełnej informacji na temat: jego stanu zdrowia, proponowanych procedur leczniczych, potencjalnych korzyści i ryzyka, alternatyw terapeutycznych oraz konsekwencji zaniechania leczenia. Podkreśla się, że ważne jest, aby ta informacja uwzględniała zdolności poznawcze pacjenta i żeby lekarz unikał fachowej terminologii, która często jest niezrozumiała dla pacjenta. Jeżeli pacjent jest obcokrajowcem, to zgodnie z prawem międzynarodowym szpital, w którym przebywa, zobligowany jest znaleźć tłumacza.

Zgodnie z art. 10 Europejskiej Konwencji Bioetycznej każdy ma prawo do zapozna-

nia się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia, lecz należy respektować życzenia osób, które zapoznać się z nimi nie chcą.

Podobnie jest to regulowane w polskim prawodawstwie. Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159) pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Poza informacją o stanie zdrowia pacjentowi przysługuje również prawo do informacji o prawach pacjenta oraz o udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

3.4. Naruszenie prawa pacjenta do informacji

W polskim prawodawstwie, jako warunek konieczny uzyskania zgody na interwencję medyczną, pacjent ma zagwarantowane uzyskanie dostatecznych informacji. Aby chory mógł świadomie podjąć decyzję, czy wyraża zgodę na interwencję medyczną, czy też jej nie wyraża, powinien być „na leżycie poinformowany”. Zakres informacji reguluje art. 31. ust. 1 u.z.l.l.d.

Należy jednak dostosować informację do możliwości pacjenta, tak aby przekaz był jasny i zrozumiały. Informując chorego, lekarz powinien uwzględnić jego indywidualne cechy i potrzeby. Należy pamiętać, że w toku ewentualnego procesu cywilnego to na pozwanym lekarzu będzie spoczywał obowiązek udowodnienia, że pacjent został należycie poinformowany.

Ani w prawodawstwie polskim, ani żadnym innym systemie prawnym nie

znajdziemy jednak odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób przekazywać informację pacjentowi. W wystąpieniu z dnia 28 listopada 2011 r. Rzecznik Praw Pacjenta (RzPP-ZIP-071-37/MC/11) podkreśla, że prowadzone postępowania wyjaśniające wskazują, że u podłoża nieporozumień między pacjentami a lekarzami często leży nieumiejętność właściwego przekazywania pacjentowi informacji dotyczącej jego leczenia, i uważa, że te informacje są zazwyczaj przekazywane lakonicznie i niezrozumiałym językiem.

Naruszenie prawa pacjenta do informacji może skutkować konsekwencjami natury cywilnoprawnej. Podawane są dwie przyczyny: brak informacji lub przekazanie jej w sposób niewłaściwy oraz samo naruszenie prawa pacjenta do informacji bez względu na kwestię zgody.

Problematyka udzielania pacjentom przystępnej informacji nie mieści się w wąskim kanonie prawnym, żadne przepisy nie są w stanie zagwarantować rzeczywistej umiejętności komunikacji w relacji lekarz–pacjent. W artykule Kamińskiego spotykamy się z argumentacją, że: ... *Sposobu rozmowy z pacjentem, metody udzielania mu informacji młody lekarz uczy się niemal wyłącznie przez obserwację swoich nauczycieli, ale wielki wpływ na ten proces ma kultura osobista, dobre chęci, a nawet ogólna umiejętność formułowania myśli i nawiązywania kontaktu z otoczeniem.* Można wnioskować, że kwestia informowania pacjenta nie jest jedynie obszarem nauki o komunikowaniu – ma to szczególne znaczenia dla lekarzy rozpoczynających karierę zawodową.

4. Podstawy komunikacji interpersonalnej między lekarzem a pacjentem

Komunikacja interpersonalna jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Aktualnie do grupy narzędzi komunikacyjnych wchodzi: telefon, Internet, komputer i wszelkie portale społecznościowe. W kontaktach lekarza z pacjentem jednak nic nie zastąpi rozmowy „twarzą w twarz”. Często lekarze, pielęgniarki i rodziny chorych stają przed bardzo trudnym zadaniem, którym jest rozmowa z pacjentem. Określone ukieunkowanie rozmowy, która pozwoli na utrzymanie równowagi między tymi dwoma kanałami oddziaływań (instrumentalnych i ekspresyjnych), jest niezwykle cenną umiejętnością. Uważa się, że na ocenę wypowiedzi wpływają: treść wyrażona słowami (w 7%), przekaz zawarty w tonie głosu (w 38%) i przekaz zawarty w mimice twarzy (aż w 55%).

Należy pamiętać, że elementami komunikacji interpersonalnej w ochronie zdrowia są przekazy – werbalny i niewerbalny. Komunikacja werbalna obejmuje: język, dokładność i szybkość, percepcję i reakcję na przekaz oraz empatię. Komunikacja niewerbalna to: wyraz twarzy, kontakt wzrokowy, gesty i inne ruchy ciała, kontakt dotykowy, postawa ciała, odległość od pacjenta i wygląd zewnętrzny. Komunikacja niewerbalna wzmacnia przekaz słowny. Według szacunków aż w 93% komunikacja opiera się na przekazie niewerbalnym.

4.1. Poprawna komunikacja z pacjentem

Poprawna komunikacja, a poprawność ta zależy zarówno od postawy pacjenta, jak i postawy personelu medycznego, powinna się objawiać „spotkaniem na wspólnym gruncie”, oznacza to, że wspólny musi być punkt zrozumienia. Chociaż obu stronom zależy na zdrowiu pacjenta, zdarzają się nieporozumienia, które mogą przynieść nieodwracalne skutki.

4.1.1. Cechy poprawnej komunikacji z pacjentem

- Wiarygodność, profesjonalizm i życzliwość.
- Indywidualne podejście.
- Przewaga słuchania.
- Zgodność przekazów werbalnych i niewerbalnych.
- Zrozumiałość i prostota przekazu.
- Stymulowanie do przekazu zwrotnego.
- Poznawanie potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie.
- Zadawanie pytań otwartych, które dają możliwość swobodnej wypowiedzi.
- Zadawanie pytań dotyczących problemów psychologicznych, nie tylko somatycznych.
- Zachęcanie do wyjaśniania problemów, które pacjent sygnalizuje tylko ogólnikowo.
- Umiejętne posługiwanie się ciszą.

We wzajemnych kontaktach lekarza z pacjentem ważne jest zachowanie spójności między przekazem werbalnym a niewerbalnym. Efektywna komunikacja lekarza z pacjentem to taka, w której mię-

dzy jej uczestnikami istnieją kontakty intelektualny i emocjonalny. Inaczej można powiedzieć, że jest ona akceptowana przez pacjenta, a treść przekazywanych zaleceń jest jasna.

4.2. Komunikacja w placówkach medycznych

Odpowiednie funkcjonowanie placówek medycznych w znaczącej mierze opiera się na komunikowaniu w czterech równorzędnych obszarach, którymi są: komunikacja z pacjentem, komunikacja między personelem, komunikacja w procesie zarządzania oraz zdolność do porozumiewania się z otoczeniem. Wszystkie te elementy są ważne, składają się na zarządzanie z sukcesem i nie należy ich zaniedbać. Nieograniczony rejonizacją pacjent może wybierać placówki medyczne, z usług których chce korzystać, i w tym świetle staje się klientem, o którego one zabiegają, konkurując ze sobą. Najczęściej na wybór pacjenta mają wpływ personel lekarski i jego kompetencje. W ostatnim czasie coraz więcej informacji (szczególnie na forach internetowych) dowodzi, że pacjenci oceniają placówkę medyczną, kierując się obowiązującymi w niej zasadami prawidłowej komunikacji. Ponieważ leczenie to nie tylko czynności instrumentalne, lecz również właściwe podejście do pacjenta, uważa się, że jeśli personel stosuje właściwe zasady komunikacji, pacjent chętniej przestrzeże zaleceń, łatwiej przyjmuje informacje o swojej chorobie i ma tym samym większe szanse na wyleczenie.

4.3. Komunikacja między pacjentem a lekarzem jako podstawowy element leczenia

Ponieważ w ostatnich dziesięcioleciach znacznie wzrosła świadomość pacjentów, lekarze coraz precyzyjniej objaśniają im zagadnienia związane ze zdrowiem i chorobą. Komunikacja między pacjentem a lekarzem zatem stała się niezwykle istotnym elementem leczenia.

Porozumienie między lekarzem a pacjentem w znaczący sposób wpływa na przebieg procesu leczenia, a tym samym i zdrowienia. Jeżeli pacjent nie zrozumie lekarza i nieprawidłowo stosuje się do jego zaleceń, nie tylko nie usprawni procesu leczenia, lecz nawet mu zaszkodzi. Powszechnie wiadomo, aby leczenie było skuteczne, potrzebna jest dyscyplina w przestrzeganiu zaleceń lekarza, zarówno w odniesieniu do zasad, jak i czasu stosowania leków, a także odpowiedniej diety oraz zmiany trybu życia. Dlatego też niezastąpiony jest prawidłowy dialog lekarza z pacjentem i niejednokrotnie jego rodziną.

Od dawna zwraca się uwagę, jak ważna jest odpowiednia komunikacja jako składowa opieki nad pacjentem. Dawniej to lekarz decydował, o czym poinformuje pacjenta i w jaki sposób to zrobi, a pacjent bez pytań akceptował zalecenia lekarza. Dzisiaj jest inaczej – pacjent wymaga od lekarza dokładnej informacji zarówno w odniesieniu do metod diagnostycznych, jak i sposobu leczenia. Śledząc aktualne piśmiennictwo, możemy zauważyć, że na edukację pacjentów mają wpływ media,

np. pacjenci dzielą się własnymi doświadczeniami na forach internetowych, wiedzę czerpią z Internetu i z publikacji nienaukowych, a wiadomo, że dobra jakość informacji przyczynia się znacząco do wzrostu satysfakcji pacjentów z opieki i szybkiego powrotu do zdrowia. Niezmienna pozostaje reguła, że prawidłowa relacja lekarza z pacjentem jest uwarunkowana zdobyciem zaufania pacjenta.

4.4. Konsekwencje niewłaściwej komunikacji interpersonalnej

Konsekwencją niewłaściwej komunikacji lekarza z pacjentem są: obniżenie satysfakcji pacjenta ze świadczeń medycznych i powstawanie barier komunikacyjnych. Do barier zaliczamy niedoinformowanie pacjenta wskutek posługiwania się lekarzy specjalistycznym słownictwem medycznym, niedoinformowanie pacjenta dotyczące sposobu realizowania usługi medycznej, a ponadto tworzenie przez pacjentów wewnętrznych informacji takich jak pogłoski, plotki i zwerbalizowane niepokoje, według których pacjenci oceniają jakość usług medycznych.

Analiza informacji i przewidywanie sposobu ich przepływu odgrywają znaczącą rolę w skuteczności i efektywności procesu leczenia.

4.5. Bariery komunikacyjne

Obecnie uważa się, że kluczowe jest przygotowanie lekarzy do prawidłowej

komunikacji z pacjentem. Problematyka ta znalazła odzwierciedlenie w procesie pozyskiwania zdolności psychologicznych takich jak: empatia, aktywne słuchanie, prowadzenie rozmowy terapeutycznej, odczytywanie sygnałów niewerbalnych itp. Chociaż znalazło się dla niej miejsce w programie nauczania, nadal jednak jest niedoskonała.

W Polsce, a także w niektórych krajach Unii Europejskiej komunikacja w relacji lekarz–pacjent nie wypada najlepiej. Najczęściej z powodu zachowań takich jak: nieodpowiadanie na pytania pacjentów, nienawiązywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą i demonstrowanie złych nawyków – okazywanie pośpiechu i zniecierpliwienia oraz nieprecyzyjne wyrażanie się. W konsekwencji nieefektywna komunikacja wyzwała niezadowolonych pacjentów a nawet agresję i może doprowadzić do roszczeń. Według opinii lekarzy więcej czasu, który mogliby poświęcić pacjentowi, usprawniłoby komunikację – nie byłoby wówczas pacjentów niezadowolonych, a w konsekwencji efekty ekonomiczne placówek medycznych byłyby lepsze.

W tym miejscu należy się zastanowić, jaki wpływ na ten stan rzeczy mają ograniczenia, zakazy i nakazy zadekretowane rozporządzeniami, zarządzeniami, ustawami ministerialnymi, jak też warunki ekonomiczne panujące w placówkach służby zdrowia. Regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia nakładają na lekarzy obowiązek przestrzegania określonego schematu przyjmowania pacjentów, lecz nie zawsze jest to wykonalne. Personel medyczny podkreśla, że ponad miarę rozbudowany aparat

prawno-administracyjny często utrudnia jego pracę, skłaniając do nieracjonalnych zachowań. Bywa, że rozbudowane przepisy zmuszają do wszczynania procedur niezgodnych z podstawowymi intuicjami etycznymi. Prawnicy zaś dowodzą, że prawo bywa czasami błędnie interpretowane przez personel medyczny.

4.6. Aspekt ekonomiczny w komunikacji interpersonalnej a efekty leczenia

Korzyści płynące z prawidłowego i dogłębnego porozumienia lekarza z pacjentem są niedoceniane, a przecież można do nich zaliczyć regulację emocji pacjenta, sprecyzowanie jego potrzeb, oczekiwań i wymagań. Właściwa komunikacja z pacjentem jest podstawą profesjonalnej opieki medycznej, znamy to z codziennej praktyki. Przykładem mogą być badania dotyczące znaczenia komunikacji interpersonalnej w chirurgii i w leczeniu bólu kooperacyjnego. Pacjentów przypisano do dwóch grup. Na dwa tygodnie przed zabiegiem pacjentów z jednej grupy dokładnie przeszkolono – poinformowano na temat występowania bólu pozabiegowego i omówiono, w jaki sposób organizm odpowiada na zabieg i reaguje na leki. Pacjentów z drugiej grupy nie informowano ani o skutkach zabiegu, ani o możliwości wystąpienia bólu, ani o negatywnych skutkach stosowania leków przeciwbólowych. Badanie dowiodło, że aż 90% pacjentów z grupy dokładnie poinformowanych nie

użyło leków przeciwbólowych, z grupy nieinformowanych natomiast wszyscy pacjenci (100%) zastosowali leki przeciwbólne. Pacjenci z grupy poinformowanych o tym, że organizm ludzki jest w stanie wytworzyć działanie przeciwbólne, odczuwali ból w znacznie mniejszym stopniu niż pozostali. Pacjenci którzy zrozumieli, że w wielu sytuacjach wydzielane przez organizm naturalne endorfiny wystarczają, aby ból był odczuwany w mniejszym stopniu, nie stosowali dodatkowej terapii przeciwbólowej.

W tym miejscu należy przypomnieć, że w wielu publikacjach efekt *placebo* jest również tłumaczony odpowiednią komunikacją i zrozumieniem przekazu przez pacjenta.

Warto dla pacjentów przygotować materiały informacyjne takie jak: filmy, ulotki, informacje pisemne, żeby poprawić ich kondycję i wzmocnić satysfakcję z leczenia. Poświęcenie czasu i pieniędzy na przygotowanie materiałów informacyjnych i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie odpowiedniej komunikacji z pacjentem przynosi wymierne skutki w postaci skrócenia czasu rekonwalescencji. Ponadto nie da się przecenić tego, że poinformowany pacjent nie będzie rościł pretensji do lekarza i w wielu sytuacjach szybciej zaakceptuje niedogodności i ujemne skutki terapii.

Problemy przysparzają też informacje na temat przygotowania pacjenta zarówno do inwazyjnych badań diagnostycznych, jak i do zabiegów chirurgicznych. Niezrozumienie przekazu może skutkować nieprawidłowym przygotowaniem do tych procedur i koniecznością ich powtórzenia bądź też przesunięcia na kolejny termin.

To z kolei wiąże się ze stratą i czasu, i pieniędzy – stratą czasu, ponieważ i pacjent, i osoba wykonująca procedurę muszą do sprawy podejść jeszcze raz. Nierzadko pacjent dojeżdża z dalszej odległości, angażuje osoby towarzyszące i musi reorganizować zaplanowane zajęcia. Strata pieniędzy, ponieważ za niewykonaną procedurę lub też jej powtórzenie nie uzyskamy odpowiedniej zapłaty.

Właściwa komunikacja między personelem medycznym a pacjentem jest podstawą skutecznego leczenia. Poziom świadomości oraz wykształcenie społeczeństwa wzrastają, wiąże się z tym konieczność przekazywania pacjentom coraz bardziej istotnych informacji na temat ich stanu zdrowia, przyczyn choroby, wskazań do stosowania danej terapii oraz możliwych efektów. Istotnym czynnikiem warunkującym sukces jest właściwa komunikacja, zarówno wewnątrz placówki, jak i z podmiotami zewnętrznymi. Na skuteczność i efektywność porozumiewania się z pacjentem wpływają nie tylko wiedza i doświadczenie lekarza, ale również relacje z innymi pracownikami, struktura i kultura organizacyjna systemu wynagradzania i inne czynniki kształtujące postawy personelu medycznego.

5. Podsumowanie

Procesem komunikacji w relacji lekarz–pacjent rządzą pewne zasady, których należy przestrzegać. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że komunikacja, czyli

przekaz informacji, jest jednym z najważniejszych procesów w medycynie, stanowi podstawę rozpoznania choroby i jej leczenia, a niekiedy, w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym, bywa jedyną formą terapii.

Zdobywanie umiejętności porozumiewania się z pacjentem jest coraz częściej przedmiotem dyskusji dotyczącym kształcenia lekarzy, bowiem interakcja, która zachodzi między lekarzem a pacjentem, może stanowić podstawę leczenia, a nie tylko być jego tłem. Nie należy zapominać, że umiejętności komunikacyjne pozwalają na uniknięcie błędów i nieporozumień między lekarzem a pacjentem. Istotne jest zarówno udzielanie pacjentowi właściwych informacji, jak również uzyskanie od niego świadomej zgody na leczenie po uprzednim dokładnym poinformowaniu o jego sytuacji. Temu zagadnieniu poświęca się coraz więcej uwagi. Zrozumienie istoty choroby, stosowanie się do zaleceń lekarza, zażywanie przepisanych lekarstw to elementy bardzo ważne w procesie leczenia. Aby przebieg procesu leczenia był właściwy, musi dojść do porozumienia w relacji lekarz–pacjent. Zdarza się, że edukowanie pacjenta, informowanie go o diagnozie, problemach leczenia i rokowaniu to kwestie krytykowane w opiece medycznej.

Uważa się, że prawidłowe zarządzanie zakładami opieki medycznej ma niezwykle istotne znaczenie w procesie osiągania wysokiej jakości usług medycznych. Jest związane z prawidłową komunikacją w relacji lekarz–pacjent, w dużej mierze zależną od „dojrzałości” personelu medycznego.

Piśmiennictwo

1. Barański J, Steciwka A, Waszyrski E: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Astrum, 2000.
2. Boratyńska M, Konieczniak P: *Prawa pacjenta*. Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o. Warszawa 2001, s. 248.
3. Bredart A, Boulec C, Dolbeault S: *Doctor-patient Communications and satisfaction with care in oncology*. *Curr Opin Oncol*. 2005, 17(4), 251–254.
4. Czerw A, Religioni U, Matuszna A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D: *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*. *Hygeia Public Health*. 2012, 47(3), 247–253.
5. Dobek-Ostrowska B: *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław ASTRUM Wrocław, 2004, 1–10.
6. Gawor A, Gerber-Leszczynsyn H, Nawrat M, Nowak R: *Some Psychological Aspects of Communication Between a Doctor and a Patient*. *Adv Clin Exp Med*. 2006, 15, 1, 157–161.
7. Gordon T, Edwards WS: *Rozmawiać z pacjentem*. Academica, Warszawa 2009.
8. Griffin E, [przekł. Olga i Wojciech Kubiński oraz Magdalena Kacmajar] *Podstawy komunikacji społecznej*. Gdańsk 2003, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
9. Griffin RW: *Podstawy zarządzania organizacjami*. [Przekł. Michał Rusiński, red. nauk. przekł. Zofia Mikołajczyk PWN]. Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 1996/2005, 554.
10. Ha JF, Longnecker N: *Doctor-Patient Communication: A Review*. *Ochsner J*. 2010, 10(1), 38–43.
11. Hartman J, Waligóra M: *Etyczne aspekty decyzji medycznych*. Wolters and Kluwer 2011.
12. Hebanowski M, Kliszcz J, Trzeciak B: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1999 i 2005.
13. Kamiński B: *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinicysty*. *PiM* 1999, nr 3, 112.
14. Karkowska D: *Prawa pacjenta*. Wolters and Kluwer, Warszawa 2004, 309, 358.
15. Khan TM, Hassali MA, Al-Haddad MSM: *Patient-physician Communication Barrier: A Pilot Study Evaluating Patient Experiences*. *J Young Pharm*. 2011; 3(3): 250–255.
16. Kliszcz J, Trzeciak B: *Komunikacja w relacji lekarz-pacjent*. (Materiały pomocnicze dla studentów) Wyd. II poprawione. Gdańsk, Akademia Medyczna w Gdańsku, 1998.
17. Kwiatkowska A, Krajewska-Kulak E, Panka W: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o. Lublin 2003, Rozdział 1, 11–28; Rozdział 2, 29–76.
18. Maciąg A: *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz-pacjent w medycynie*. Studia i Materiały. Wydział Zarządzania UW, 2008, 1, 125–133.
19. Mayerscough PR, Ford M: *Jak rozmawiać z pacjentem (Talking with Patients)*. Tłum. S. Pikiel, Gdańsk 2002.
20. Nestorowicz M: *Prawo medyczne*. TNOiK, Toruń 2004: str 146, 187.
21. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*. CeDeWu. Centrum Doradztwa i Wydawnictwo. Warszawa 2008.
22. Paszkowska M: *Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia*. <http://abc.online.wolterskluwer.pl/WKPLOnline/content.rpc?nro=151097800&class= Dz. U. 2012.159: art.9>.
23. Sheridan ChL, Radmacher SA: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne 1998.
24. Sobierajski T, Karkowska D: *Efektowna komunikacja lekarza z pacjentem. Poradnik dla lekarzy o skutecznych metodach przekonywania barier w relacji z pacjentem*. Gazeta Wyborcza 2007.
25. Sobierajski T: *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem? Medycyna Praktyczna Szczepienia*. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego 2012/01 <http://www.mp.pl/artykuly/66891>
26. Stangierska I, Horst-Sikorska W: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007, tom 1, 58–68.
27. Sugai DY, Deptula PL, Parsa AA, Parsa FD: *The importance of Communication in the Management of Postoperative Pain*. *Hawaii J Med Public Health*. 2013, 72(6), 180–184.
28. Śliwka M: *Prawo pacjenta do informacji o ryzyku i skutkach zabiegu medycznego*. <http://abc.online.wolterskluwer.pl/WKPLOnline/content.rpc?nro=151098187&class=>
29. Waitzkin H: *Doctor-patient Communications. Clinical implications of social scientific research*. *JAMA* 1984, 252(17), 2441–2446.

Proszę wskazać prawidłowe odpowiedzi

1. Komunikowanie się to proces społeczny definiowany jako:

- A. Zamierzona wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków.
- B. Niezamierzona wymiana niewerbalnych znaków.
- C. Niezamierzona wymiana werbalnych znaków.
- D. Wymiana doświadczeń związana z ochroną zdrowia.
- E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.

2. Uważa się, że mędrce, który docenił spotkania z ludźmi i rozmowy z nimi, jest:

- A. Hipokrates.
- B. Zanussi.
- C. Sokrates.
- D. Aremis.
- E. Kant.

3. Jako „komunikowanie interpersonalne” rozumiemy:

- A. Proces porozumiewania się ludzi.
- B. Wymianę informacji na temat postrzegania ludzi.
- C. Wymianę informacji na temat postrzegania siebie.
- D. Wymianę informacji na temat postrzegania ludzi i siebie.
- E. Wszystkie ww. odpowiedzi są prawidłowe.

4. Prawo pacjenta do informacji jest regulowane przez:

- A. Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
- B. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 1996 roku.
- C. Ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

D. Żadną z ustaw, jest to regulacja wewnątrzśrodowiskowa.

E. Prawidłowe są odpowiedzi A i C.

5. Aktualnie konkretne wytyczne określają przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 roku Nr 277, poz. 1634) – (dalej u.z.l.l.d.). Zgodnie z art. 31 tej ustawy lekarz ma obowiązek nieudzielania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu:

- A. Przystępnej informacji o jego stanie zdrowia.
- B. Informacji o rozpoznaniu.
- C. Informacji zawierającej propozycję zastosowania metod diagnostycznych i leczniczych.
- D. Informacji o stanie zdrowia poprzedniego pacjenta.
- E. Informacji o następstwach zastosowanego leczenia albo następstwach zaniechania leczenia.

6. Komunikację możemy podzielić na:

- A. Dwustronną i jednostronną.
- B. Bezpośrednią i pośrednią.
- C. Interpersonalną i partnerską.
- D. Wszystkie ww. odpowiedzi są prawidłowe.
- E. Prawidłowe są odpowiedzi A i B.

7. Obowiązek przestrzegania praw pacjenta zawartych w ustawie nałożono nie tylko na osoby wykonujące zawód medyczny, lecz również na organy władzy publicznej związane z ochroną zdrowia: Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Kto oprócz osób wykonujących zawód medyczny jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta?

- A. Organów władzy publicznej związane z ochroną zdrowia.

- B. Narodowy Fundusz Zdrowia.
 C. Podmioty udzielające świadczeń medycznych.
 D. Prawidłowe są odpowiedzi A i C.
 E. Wszystkie ww. odpowiedzi są prawidłowe.
- 8. Jak konkretne powinny być informacje udzielane pacjentowi:**
- A. Bardzo ogólne.
 B. Szczegółowe z uwzględnieniem rozpoznania i metod diagnostycznych.
 C. Ogólne – jedynie wskazujące na jednostkę chorobową.
 D. Szczegółowe na tematy: rozpoznania, metod diagnostycznych, leczenia z uwzględnieniem alternatywnych metod diagnostyki i leczenia.
 E. Informacji nie udziela się pacjentowi, tylko jego rodzinie.
- 9. Za możliwe metody diagnostyki i leczenia uważa się techniki powszechnie i standardowo wykonywane niezależnie od zasad ich finansowania, należy również informować pacjenta o alternatywnym leczeniu eksperymentalnym i jego zagrożeniach. Powyższe zdanie jest:**
- A. Prawdziwe.
 B. Fałszywe.
 C. Niepełne.
 D. Dotyczy tylko pacjentów nieubezpieczonych.
 E. Dotyczy tylko pacjentów ubezpieczonych.
- 10. Zakres obowiązkowej informacji określa:**
- A. Art. 25 ust 3 u.p.p., który pokrywa się z wymogami ustawy o prawach pacjenta
 B. Art. 9 ust 26 u.p.p. nie pokrywający się z wymogami ustawy o zawodzie lekarza
 C. Art. 9 ust. 2 u.p.p., który pokrywa się z wymogami ustawy o zawodzie lekarza,
 D. Art. 25 ust 2 u.p.p. nie pokrywający się z wymogami ustawy o zawodzie lekarza
 E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.
- 11. Do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta zgodnie z ustawą jest zobowiązany lekarz. Kto zgodnie z art. 31 u z.I.I.d. jest uprawniony do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta?**
- A. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
 B. Pacjent – przedstawiciel ustawowy pacjenta tylko wtedy, kiedy pacjent wyrazi na to zgodę.
 C. Przedstawiciel ustawowy – pacjent tylko wtedy, kiedy jest zdrowy.
 D. Pacjent lub inna osoba, którą wskaże lekarz.
 E. Rodzina pacjenta.
- 12. W naszych realiach najczęściej informacji udziela się w formie:**
- A. Ustnej – w transplantologii i ortopedii.
 B. Ustnej, chyba że przepisy wymagają formy pisemnej.
 C. Pisemnej, oprócz transplantologii – tu obowiązuje forma ustna.
 D. Pisemnej, z wyjątkiem chorób wewnętrznych.
 E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.
- 13. Prawa pacjenta to zbiór uprawnień, które:**
- A. Przysługują człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych.
 B. Są wpisane w prawa człowieka.
 C. Muszą być przestrzegane przez wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny w sektorach publicznym i prywatnym.
 D. Prawidłowe są odpowiedzi A i C.
 E. Prawidłowe są odpowiedzi A, B i C.
- 14. Czy informacja o stanie zdrowia pacjenta powinna być dostosowana do jego poziomu intelektualnego?**
- A. Tak, ale tylko wtedy, kiedy pacjent nie potrafi czytać i pisać.
 B. Tak, niezależnie od tego, jaki jest poziom intelektualny pacjenta, ma być do niego dostosowana.

- C. Tak, żeby pacjent mógł ją przekazać rodzinie.
- D. Nie ma to znaczenia.
- E. Nie, ma być dostosowana do poziomu intelektualnego rodziny pacjenta.

15. Kiedy można telefonicznie udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta i komu?

- A. Można udzielać osobie postronnej, lecz tylko wtedy, kiedy pacjent wyrazi na to zgodę.
- B. Można udzielać zawsze i wszystkim.
- C. Nie można udzielać nikomu, ponieważ nie możemy zidentyfikować odbiorcy.
- D. Można udzielać pytającemu, np. członkom rodziny, w wyjątkowych sytuacjach, które są bezwzględnie uzasadnione.
- E. Prawidłowe są odpowiedzi A i D.

16. O czym stanowi Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 9 ust. 4:

- A. Że pacjent ma prawo żądać, żeby lekarz nie udzielił mu informacji.
- B. Że pacjent musi przyjąć wszystkie informacje, których lekarz mu udzieli.
- C. Że pacjent musi wskazać osobę, której udzielamy informacji.
- D. Że pacjenta należy ubezwłasnowolnić, jeżeli nie chce, ażeby mu udzielono informacji.
- E. Że pacjent nie ma prawa samostanowienia.

17. Tajemnicą lekarską są objęte informacje, które pacjent sam powierza lekarzowi, uzyskane przez lekarza w wyniku procesu diagnostycznego i leczniczego oraz dane niezwiązane. Co rozumiemy przez dane niezwiązane?

- A. Stosunki rodzinne pacjenta.
- B. Informacje zawodowe.
- C. Powiązania majątkowe.
- D. Prawidłowe są odpowiedzi A, B, C.
- E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.

18. Prawo do informacji o prawach pacjenta podlega ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uregulowane zostało w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p.). Zgodnie z art. 16 pkt. 1 tej ustawy nieprawdą jest, że:

- A. Pielęgniarka ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach.
- B. Pielęgniarka ma obowiązek wskazać miejsce, w którym znajduje się informacja o prawach pacjenta.
- C. Lekarz informuje pacjenta o jego prawach w formie pisemnej.
- D. Lekarz nie ma prawa informować pacjenta o jego prawach.
- E. Pielęgniarka w myśl ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje miejsce, w którym znajdują się informacje o prawach pacjenta.

19. Która ustawa reguluje prawo pacjenta do informacji:

- A. Ustawy o wolnych zawodach z 2013 roku.
- B. Art. 76 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- C. Art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 6 listopada 2008 roku tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159).
- D. Art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 10 maja 1945 roku tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. pozycja 1110).
- E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.

20. Na kim, w pozwie cywilnym, spoczywa obowiązek udowodnienia, że pacjent został należycie poinformowany:

- A. Na pacjencie, który skarży lekarza.
- B. Nie ma potrzeby udowadniania.
- C. Na pozwanym lekarzu.
- D. To zależy, o co pacjent skarży lekarza.
- E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawidłowa.

21. W prawie międzynarodowym obowiązuje Model Deklaracji Praw Pacjenta WHO, według niego zgodnie z art. 2 ust. 2 pacjentowi przysługuje prawo do pełnej informacji na temat: jego stanu zdrowia, proponowanych procedur leczniczych, potencjalnych korzyści i ryzyka, alternatyw terapeutycznych oraz konsekwencji zaniechania leczenia. Podkreśla się, że ważne jest, aby ta informacja uwzględniała zdolności poznawcze pacjenta, czyli należy:

- A. Unikać fachowej terminologii, która często jest niezrozumiała dla pacjenta.
- B. Zapewnić tłumacza, jeżeli pacjent jest obco-krajowcem.
- C. Udzielać informacji w języku obowiązującym w kraju, w którym pacjent jest leczony.
- D. Prawdopodobnie są odpowiedzi A i C.
- E. Prawdopodobnie są odpowiedzi A i B.

22. Często lekarze, pielęgniarki i rodziny chorych stają przed bardzo trudnym zadaniem, którym jest rozmowa z pacjentem. Uważa się, że na ocenę ich wypowiedzi wpływają:

- A. Treść wyrażona słowami (w około 7%).
- B. Przekaz zawarty w mimice twarzy (w 90%).
- C. Przekaz zawarty w tonie głosu (w około 38%).
- D. Przekaz zawarty w mimice twarzy (w około 55%).
- E. Prawdopodobnie są odpowiedzi A, C i D.

23. Które ze zdań wymienionych poniżej jest nieprawdziwe:

- A. Konsekwencją niewłaściwej komunikacji lekarza z pacjentem są obniżenie satysfakcji pacjenta ze świadczeń medycznych i powstawanie barier komunikacyjnych.

- B. Efektywna komunikacja lekarza z pacjentem to taka, w której między jej uczestnikami istnieje kontakty intelektualny i emocjonalny.
- C. W ostatnich dziesięcioleciach znacznie obniżyła się świadomość pacjentów, lekarze nie muszą precyzyjnie objaśniać im zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą.
- D. Odpowiednia komunikacja jest składową opieki nad pacjentem.
- E. W ostatnich dziesięcioleciach znacznie wzrosła świadomość pacjentów, lekarze coraz precyzyjniej objaśniają im zagadnienia związane ze zdrowiem i chorobą.

24. Konsekwencją niewłaściwej komunikacji lekarza z pacjentem są obniżenie satysfakcji pacjenta ze świadczeń medycznych i powstawanie barier komunikacyjnych. W tym zdaniu:

- A. Prawdziwa jest wypowiedź z pierwszej części zdania.
- B. Cała wypowiedź jest nieprawdziwa.
- C. Cała wypowiedź jest obojętna dla zdrowia pacjenta.
- D. Cała wypowiedź jest prawdziwa.
- E. Prawdziwa jest wypowiedź z drugiej części zdania.

25. Do barier komunikacyjnych nie zaliczamy:

- A. Niedoinformowania pacjenta wskutek posługiwania się lekarzy specjalistycznym słownictwem medycznym,
- B. Niedoinformowania pacjenta dotyczącego sposobu realizowania usługi medycznej.
- C. Tworzenia przez pacjentów wewnętrznego obiegu informacji.
- D. Zwerbalizowanych niepokojów pacjentów służących im do oceny jakości usług medycznych.
- E. Żadna z ww. odpowiedzi nie jest prawdziwa.

PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

Zeszyt 2'2014 (26)

CZTERY PŁASZCZYZNY RELACJI LEKARZ–PACJENT

dr n. hum. Małgorzata Majewska

Odpowiedzi na pytania

1 D	6 B	11 A	16 C	21 B
2 B	7 A	12 B	17 D	22 A
3 D	8 B	13 A	18 B	23 B
4 A	9 C	14 C	19 D	24 A
5 C	10 D	15 A	20 A	25D



PROGRAM EDUKACYJNY
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

Zeszyt 3'2014 (27)

PRAWNE I EKONOMICZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek

Odpowiedzi na pytania*

imię i nazwisko

adres

.....

tel. e-mail:

1.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

2.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

3.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

4.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

5.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

6.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

7.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

8.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

9.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

* Odpowiedzi na pytania zawarte w zeszytce 3'2014 (27) prosimy odsyłać do 31 grudnia 2014 roku.



10.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

11.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

12.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

13.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

14.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

15.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

16.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

17.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

18.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

19.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

20.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

21.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

22.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

23.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

24.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

25.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych z zachowaniem gwarancji poufności danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

podpis

data

11th ISOPT Clinical – 2014 June 19–22, Reykjavik, Iceland

Podobnie jak co roku jednym z głównych tematów konferencji była problematyka zaburzeń powierzchni oka. Szczególnie wyczerpująco przedstawiano zagadnienia związane z możliwościami terapeutycznymi leczenia immunomodulującego.

Zapalenie jest jednym z elementów mechanizmu zaburzeń homeostazy jednostki łzowej w stanach przewlekłych, powierzchnia oka bowiem jest bardzo specyficzną jednostką immunologiczną zarówno anatomicznie, jak i funkcjonalnie.

Cyklosporynę A (CsA) stosuje się przeciwwzpalnie i antyapoptotycznie, leczenie nią daje dobre rezultaty, ponieważ znacząco zmniejsza występowanie działań nieporządanych – lepiej niż klasyczne leczenie przeciwwzpalne steroidami. Dotychczas była dostępna (poza formułami recepturowymi) jedynie w stężeniu 0,05-procentowym w roztworze, który ograniczał jej działanie jedynie do powierzchni oka (nie wykazuje penetracji przez rogówkę). Nowe substancje, przedstawiane podczas konferencji, charakteryzują nawet 25-krotnie większą rozpuszczalnością.

Obecnie trwają badania nad opracowaniem kilku formuł farmakologicznych (np. 0,1-procentowej cyklosporyny w postaci nanoemulsji kationowej pozbawionej konserwantów, przeznaczonej do stosowania raz dziennie). Niektóre spośród nich są już nawet w procesie rejestracji.

Zgodnie ze schematem przeciwwzpalnego leczenia ciężkiego zespołu suchego oka zaleca się stosowanie CsA przez 6 miesięcy, steroidów zaś do 2 miesięcy (podstawą prowadzonego równoległe leczenia substytucyjnego są oczywiście preparaty sztucznych łez niezawierające konserwantów).

Badania SICCANOVE, omawiane przez dr. A. Leonardi, polegają na 6-miesięcznej obserwacji (faza III) wieloosrodkowej, randomizowanej, kontrolowanej i prowadzonej zgodnie z zachowaniem zasad podwójnej ślepej próby. Do badania włączono 492 pacjentów z objawami suchego oka [(tear break-up time – TBUT < lub = 8 s, corneal fluorescein staining – CFS > lub = 2, < lub = 4 (od 2 do 4 w zmodyfikowanej skali Oxford), test Schirmera bez znieczulenia > lub = 2 i < 10 mm/5 min (w skali od 2 do 10), lissamine green staining – LGS (skala van Bijsterveld > 4) i co najmniej jeden symptom (oznaka) suchego oka (> lub = 2 w skali od 0 do 4), punkty obserwacyjne to włączenie do badania (dzień 0), 1. miesiąc (dzień 28.), 3. miesiąc (dzień 84.) i 6. miesiąc (punkt końcowy – dzień 168.)].

Uzyskano istotną statystycznie poprawę obserwowanych parametrów, ze szczególnym uwzględnieniem CFS jako parametru obrazującego przewlekłe uszkodzenie zapalne powierzchni oka.

Miejscowo stosowana cyklosporyna może być potencjalnie wykorzystana w leczeniu wielu schorzeń okulistycznych o podłożu zapalnym, takich jak już przedstawiony i występujący najczęściej spośród nich zespół suchego oka, powikłania po przeszczepach wysokiego ryzyka, zapalenia błony naczyniowej o podłożu autoimmunologicznym czy wiosenne zapalenia rogówki i spojówki.

Opracowała dr n. med. Anna M. Ambroziak

**Informacje dotyczące programu
dostępne są na stronie www.pto.com.pl**

PARTNER PROGRAMU



Po wypełnieniu dołączonej karty odpowiedzi
proszę przekazać ją przedstawicielowi firmy Santen OY
Przedstawicielstwo w Polsce
lub odesłać na adres:

Santen Oy S.A. Przedstawicielstwo w Polsce
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Nr 18/107
02-366 Warszawa

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt telefoniczny:

+48(22) 668 60 04

+48(22) 668 59 88

lub mailowy na adres: biuro@santen.com.pl