



POLSKIE TOWARZYSTWO
KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

REKOMENDACJE

POLSKIEGO TOWARZYSTWA KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

DOTYCZĄCE

KSZTAŁCENIA KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNYCH

NA KIERUNKACH LEKARSKIM I LEKARSKO-DENTYSTYCZNYM

Kompetencje komunikacyjne pracowników opieki zdrowotnej należą do podstawowych umiejętności klinicznych. Komunikacja jest narzędziem pracy lekarza, które ma fundamentalne znaczenie na wszystkich etapach procesu leczenia: od ustalenia właściwej diagnozy po efektywne stosowanie terapii dostępnych w przypadku danego pacjenta.

Coraz więcej badań potwierdza, że sam sposób komunikowania się lekarza z pacjentem ma bezpośrednie przełożenie na poziom satysfakcji pacjenta oraz na mierzalne wyniki leczenia. Dobra komunikacja przeciwdziała także wypaleniu zawodowemu wśród personelu medycznego; stale rośnie również znaczenie komunikacji w zespole, która wpływa na skuteczność działania placówek ochrony zdrowia. Paradoksalnie, postęp techniczny i wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań cyfrowych nie zmniejszają roli komunikacji interpersonalnej w praktyce medycznej ani tym bardziej jej nie zastępują.

Znaczenie komunikacji w praktyce klinicznej zostało dostrzeżone także w Polsce i znalazło wyraz w zmianach programu nauczania, szczególnie na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Uczelnie i wydziały medyczne podejmują wysiłki, by coraz skuteczniej włączać kształcenie komunikacyjne w przebieg studiów i wyposażać przyszłych pracowników opieki zdrowotnej w kompetencje niezbędne w ich codziennej pracy.

Warto, aby w ramach tego procesu wdrażać rozwiązania najlepsze, których efektywność potwierdzają wyniki badań naukowych. Dlatego też, opierając się na doświadczeniach polskich i zagranicznych uczelni medycznych, przedstawiamy szczegółowe rekomendacje dotyczące organizacji i przebiegu kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W dalszej perspektywie powinny one być rozszerzone na inne kierunki medyczne i dostosowane do ich specyfiki.

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW Z ROZWIĘCIEM

- Mini-CEX – mini-Clinical Evaluation Exercise (krótkie ćwiczenie oceniające umiejętności kliniczne)
- OSCE – Objective Structured Clinical Examination (obiektywny strukturyzowany egzamin kliniczny)
- PBL – problem based learning (nauczanie na podstawie problemów)
- SDM – shared decision making (wspólne podejmowanie decyzji)
- SJT – situational judgement test (test oceny sytuacji)

Jak rozumieć komunikację medyczną i warunkujące ją kompetencje komunikacyjne.

Aby przybliżyć zagadnienie omawiane w niniejszym dokumencie, odwołujemy się do definicji komunikacji medycznej sformułowanej przez Jana Doroszewskiego w 2007 roku. Zachowując podstawowe założenia tej definicji, wprowadziliśmy do niej elementy, które z perspektywy obecnego stanu wiedzy i doświadczenia praktycznego uznajemy za istotne wyznaczniki komunikacji medycznej. Ostatecznie przyjęte przez nas rozumienie komunikacji medycznej jest następujące:

Komunikacja medyczna to proces porozumiewania się między pracownikami ochrony zdrowia (lekarzami, pielęgniarkami, położnymi i in.) i pacjentami (oraz ich bliskimi), a także porozumiewanie się pracowników ochrony zdrowia między sobą (w zespołach medycznych), zachodzące w ramach stosunku opieki zdrowotnej, tj. postępowania leczniczego lub profilaktycznego.

Najczęściej ma ono formę bezpośredniego kontaktu, ale może także odbywać się za pośrednictwem różnych kanałów komunikacji zdalnej. Nadrzędnym celem tak rozumianej komunikacji jest zapewnienie jak najlepszej opieki zdrowotnej.

Komunikacja medyczna jest także dyscypliną badawczą, która od kilkunastu lat rozwija się w Polsce dynamicznie (świadczy o tym rosnąca liczba badań i publikacji z tego zakresu) i stopniowo się instytucjonalizuje.

Kompetencje komunikacyjne, niezbędne do tego, aby komunikacja medyczna była efektywna, to zbiór wiedzy, umiejętności i postaw, które prowadzą do porozumienia, uwzględniającego pełny kontekst sytuacyjny, między personelem medycznym i pacjentem (oraz jego bliskimi), a także w ramach zespołu medycznego.

PROFIL ABSOLWENTA JAKO EFEKT NOWOCZESNEGO KSZTAŁCENIA

Proces kształcenia lekarzy zależy od kultury medycznej obowiązującej w danych czasach, ale także ewoluuje wraz ze zmieniającym się światem. Kolejne rewolucje technologiczne i cyfrowe (nowe narzędzia diagnostyczne, przyrost i specjalizacja wiedzy, komputeryzacja, telemedycyna), a także zmiany społeczne i kulturowe (wzrost autonomii pacjentów, rosnąca liczba osób chorujących przewlekłe) wpłynęły i wciąż wpływają na sposób uprawiania medycyny. Wymagają od współczesnych i przyszłych lekarzy nowych umiejętności klinicznych, szeroko pojętych kompetencji (w tym komunikacyjnych) oraz dojrzałości emocjonalnej.

Jedno się nie zmienia: medycyna zachowuje swój podstawowy cel - pomoc drugiemu człowiekowi w utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia oraz w sytuacji zagrożenia życia. **Bycie lekarzem to nie tylko świadczenie usług medycznych, lecz przede wszystkim - przywilej budowania z drugim człowiekiem szczególnej relacji, opartej na zaufaniu, szacunku i otwartości, której nie zastąpi żadna maszyna.**

Projektując model szkolenia lekarzy, który ma spełniać różnorodne wymogi i oczekiwania, należy brać pod uwagę czynniki i trendy kształtujące warunki pracy lekarza w nadchodzącej przyszłości. Aby edukacja medyczna była odpowiedzią na jej wyzwania, już dziś należy zmienić priorytety kształcenia na etapie edukacji przeddyplomowej i uwzględnić w nauczaniu kluczowe kompetencje (zwłaszcza komunikacyjne), które pozwolą lekarzom wykonywać zawód efektywnie i wspomogą sprawne działanie całego systemu opieki zdrowotnej.

Chcielibyśmy, aby absolwent uczelni medycznej kształcącej zgodnie z nowoczesnymi standardami i z myślą o przyszłości, w której lekarze będą wykonywać swój zawód, wykazywał się następującymi kompetencjami:

- rozpoznaje perspektywę pacjenta (jego przekonania na temat choroby, oczekiwania, obawy), efektywnie łączy ją z perspektywą biomedyczną na etapie zbierania wywiadu i przekazywania informacji (w zrozumiały sposób);
- ma łatwość interakcji z pacjentem oraz jego bliskimi za pomocą różnych kanałów i form komunikacji (zarówno na etapie diagnozy, jak i w całym procesie terapeutycznym);
- w relacji z pacjentem buduje zaufanie oparte na rozumieniu swojej roli i celu działania, (czyli dbaniu o utrzymanie i rozwój dobrostanu zdrowia pacjenta we współpracy z nim);
- potrafi podejmować decyzje medyczne wspólnie z pacjentem, z poszanowaniem jego autonomii;
- potrafi być doradcą pacjenta i jego przewodnikiem w procesie diagnostycznym i terapeutycznym;
- umiejętnie i świadomie kształtuje relację z pacjentem, także w sytuacjach zwiększonego stresu i napięcia emocjonalnego;
- zachowuje się w sposób dojrzały i empatyczny; wiedza i umiejętności pozwalają mu elastycznie wchodzić w relacje z różnymi pacjentami (i w różnych sytuacjach);
- mając wszechstronną wiedzę medyczną, poszerzoną o elementy innych dziedzin (m.in. psychologii i socjologii), udziela pacjentom wielowymiarowej pomocy w kontekście terapii, a także profilaktyki i wzmacniania zdrowia czy poprawy funkcjonowania, w tym podczas interwencji środowiskowych;
- potrafi przyswajać nową wiedzę i umiejętności oraz dopasowywać je do zmieniających się warunków pracy i wymagań;
- dba o własny dobrostan (stawia sobie realistyczne cele i ma względem siebie wymagania adekwatne do możliwości), bo wie, że od tego zależy sprawne funkcjonowanie jego jako lekarza oraz całego zespołu, którego jest częścią;
- sprawnie komunikuje się z członkami zespołu medycznego, radzi sobie w sytuacjach konfliktowych.

ORGANIZACJA KSZTAŁCENIA

Kształcenie kompetencji komunikacyjnych na omawianych kierunkach powinno rozpoczynać się możliwie wcześnie i być optymalnie dostosowane do curriculum, najlepiej, gdyby było stałym elementem programu nauczania w kolejnych latach studiów. W toku kształcenia student powinien rozwijać początkowo wiedzę i właściwe postawy, które przełożą się na umiejętności proste, a z czasem na coraz bardziej złożone.

Kształcenie kompetencji komunikacyjnych należy także integrować z kształceniem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych oraz w centrach symulacji medycznych. Program nauczania powinien być tak zbudowany, aby umożliwiać studentom nabywanie praktycznych umiejętności w zakresie komunikacji, które mają kluczowe znaczenie w praktyce lekarskiej. Aby jak najlepiej kształcić praktyczne umiejętności komunikacyjne, liczebność grup ćwiczeniowych nie powinna przekraczać wielkości grup na ćwiczeniach klinicznych.

Program kształcenia oraz zajęcia z zakresu komunikacji medycznej powinny być na danej uczelni projektowane, koordynowane i realizowane (przynajmniej częściowo) przez wewnętrzną jednostkę odpowiedzialną za kształcenie kompetencji komunikacyjnych. Powierzenie tych zadań jednostce wyspecjalizowanej w komunikacji medycznej zapewnia spójność nauczanych treści na różnych zajęciach, odpowiednie przygotowanie osób uczących przedmiotów komunikacyjnych oraz wykorzystywanie właściwych metod dydaktycznych. W jednostce odpowiedzialnej za nauczanie komunikacji powinni być zatrudnieni specjaliści z zakresu komunikacji medycznej, którzy posiadają certyfikaty poświadczające ich kwalifikacje w tym zakresie. Te czynniki powinny gwarantować wysoką jakość kształcenia.

TREŚCI KSZTAŁCENIA

Przedstawiamy wykaz treści, które należy uwzględnić w programie nauczania komunikacji na kierunkach lekarski i lekarsko-dentystycznym, aby zapewnić spójność oraz wysoki i porównywalny poziom nauczania.

Wymienione zagadnienia dotyczą zarówno kwestii ogólnych (wprowadzających w tematykę komunikacji medycznej i naświetlających ją z różnych perspektyw), jak i szczegółowych (związanych z konkretnymi sytuacjami w pracy lekarza).

Wszystkie podane tematy mają bezpośredni związek z praktyką medyczną.

KOMUNIKACJA MEDYCZNA I JEJ ZNACZENIE W OCHRONIE ZDROWIA

Definicja i zakres komunikacji medycznej

Cele komunikacji medycznej

Znaczenie komunikacji w praktyce lekarskiej

Wpływ komunikacji medycznej na bezpieczeństwo pacjenta

Kompetencje zdrowotne (health literacy) jako wyzwanie komunikacyjne

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI

Rozpoznanie własnego stylu komunikacji

Indywidualizacja kontaktu z pacjentem (umiejętność rozmawiania z pacjentami w poszanowaniu ich perspektywy oraz indywidualnego sposobu funkcjonowania)

SOCJOLOGICZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI

Mechanizmy wpływające na zachowania komunikacyjne w relacjach interpersonalnych

Role społeczne lekarza i pacjenta oraz ich wpływ na komunikację

Autorytet lekarza

Wizerunek lekarza w przestrzeni publicznej

Komunikacja a różnice językowe i kulturowe

PRAWNE ASPEKTY KOMUNIKACJI

Prawne aspekty informowania pacjenta (zgoda poinformowana)

Prawne aspekty komunikacji z bliskimi pacjenta

Komunikacyjne przyczyny pozwów sądowych

ETYCZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI

Znaczenie komunikacji w budowaniu relacji i zaufania między lekarzem i pacjentem

Komunikacja jako podstawa przestrzegania praw pacjenta

Komunikacja we wspólnym podejmowaniu decyzji medycznych (SDM)

JĘZYKOWE ASPEKTY KOMUNIKACJI

Funkcje wypowiedzi i terapeutyczna funkcja słowa w warunkach dobrego dialogu

Poznanie doświadczenia pacjenta na podstawie jego wypowiedzi (narracji)

Przekładanie języka specjalistycznego (i żargonu medycznego) na język ogólny

Podstawowe zasady polskiej etykiety językowej (m.in. formy adresatywne, reguły grzeczności językowej w różnych sytuacjach, np. podczas wizyty lekarskiej, badania fizykalnego i in.)

OGÓLNE KOMPETENCJE KOMUNIKACYJNE WYKORZYSTYWANE NA RÓŻNYCH ETAPACH KONSULTACJI

Umiejętności komunikacyjne służące do budowania relacji z pacjentem

Komunikacja werbalna i niewerbalna w relacji lekarza i pacjenta

Umiejętności komunikacyjne w telemedycynie

Aktywne i uważne słuchanie - metody usprawniające komunikację

Empatia i empatia poznawcza (w tym empatia kliniczna) oraz ich znaczenie w komunikacji medycznej

Bariery komunikacyjne

Asertywność w komunikacji

KOMUNIKACJA W PRZEBIEGU KONSULTACJI LEKARSKIEJ

Nawiązywanie kontaktu i rozpoczynanie konsultacji
Proksemika w kontakcie lekarza z pacjentem
Komunikacja z bliskimi pacjenta
Nadawanie struktury konsultacji i drogowskazy

WYWIAD LEKARSKI

Struktura wywiadu
Wywiad a elementy rozumowania klinicznego (identyfikacja obrazu klinicznego, weryfikacja hipotez)
Umiejętności komunikacyjne wspierające efektywność zbierania informacji
Komunikacyjne aspekty badania przedmiotowego

PERSPEKTYWA PACJENTA

Rozpoznawanie perspektywy pacjenta (przekonań, oczekiwań, obaw, emocji)
Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne pacjenta
Uwzględnianie perspektywy pacjenta w planowaniu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego

WYJAŚNIANIE I PLANOWANIE

Metody usprawniające przekazywanie informacji i ich zapamiętywanie
Metody włączania pacjenta w decyzje medyczne
Wykorzystanie narzędzi (aplikacji) i modeli, schematów ułatwiających pacjentowi zrozumienie zagadnień medycznych

MOTYWOWANIE PACJENTA

Rozpoznawanie źródeł motywacji pacjenta i gotowości do realizacji zaleceń
Stosowanie metod wzmacniających motywację pacjenta
Angażowanie pacjenta w proces terapeutyczny i zachowania prozdrowotne
Utrzymywanie motywacji pacjenta w chorobach przewlekłych

ZAMYKANIE KONSULTACJI

Tworzenie siatki bezpieczeństwa (planu awaryjnego)
Podsumowanie wizyty i wspólna akceptacja planu działania

KOMUNIKACJA W SYTUACJACH SZCZEGÓLNYCH

Radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta
Komunikacja związana z tematami intymnymi (osobistymi)
Komunikacja niepewności i ryzyka
Przekazywanie niepomyślnych wiadomości (protokół EMPATHY)
Komunikacja w sytuacjach związanych z agresją
Komunikacja błędu
Komunikacja w sytuacjach nagłych i w stanach zagrożenia życia
Komunikacja w chorobach przewlekłych
Komunikacja w opiece terminalnej
Komunikacja w pediatrii
Komunikacja w geriatricznie
Komunikacja w psychiatrii
Komunikacja w opiece nad osobami z niepełnosprawnościami

KOMUNIKACJA W ZESPOŁACH MEDYCZNYCH

Zasady komunikacji w zespole medycznym
Komunikacja w sytuacjach konfliktowych w zespole

Rekomendowane przez nas metody kształcenia grupują się w następujące typy:

METODY PODAJĄCE

- wykład
- prezentacja
- anegdota
- opowiadanie

METODY PROBLEMOWE

- studium przypadku
- PBL
- film
- gra dydaktyczna
- dyskusja
- burza mózgów
- poprawianie scenariuszy rozmowy

METODY WALORYZACYJNE

- odgrywanie ról
- wizualizacja
- ważne czytanie (tekstów literackich i narracji o chorobie i niepełnosprawności)
- refleksyjna dyskusja
- refleksyjne pisanie

METODY PRAKTYCZNE

- symulacja - rozmowa z symulowanym pacjentem, omówienie i informacja zwrotna
- pisanie scenariuszy interakcji z pacjentem
- rozmowy z awatarami pacjentów (z wykorzystaniem sztucznej inteligencji)
- rozmowy z prawdziwymi pacjentami

Metody dydaktyczne powinny być dobierane do celów i warunków nauczania. Sugerujemy, aby w dydaktyce komunikacji medycznej w jak największym stopniu wykorzystywać metody praktyczne, kształtujące wszystkie obszary kompetencji komunikacyjnych.

METODYKA OCENIANIA

Ocena umiejętności praktycznych ma kluczowe znaczenie w procesie kształcenia i powinna być stałym elementem programu nauczania.

W trakcie kształcenia rekomendujemy stosowanie dwóch rodzajów oceniania: kształtującego (formative assessment) oraz podsumowującego (summative assessment). Pierwsze służy weryfikacji i ukierunkowaniu aktualnych umiejętności i wiedzy studenta, drugie zaś ma na celu wystawienie oceny końcowej z danego kursu, przedmiotu lub bloku przedmiotów.

Zarówno klasyczne egzaminy ustne (tzw. przyłóżkowe), jak i niektóre pisemne formy egzaminacyjne (takie jak np. SJT) oceniają elementy umiejętności komunikacyjnych, jednak robią to w sposób selektywny i nieustrukturyzowany. Dlatego chcemy podkreślić, że rekomendowanymi przez nas metodami oceny kompetencji komunikacyjnych są: OSCE lub Mini-Cex przeprowadzany w warunkach szpitalnych i/lub ambulatoryjnych. Nasz wybór motywujemy tym, że te dwie metody umożliwiają wieloaspektową ocenę umiejętności komunikacyjnych studentów, a przy tym cechują się wysoką rzetelnością (reliability) i trafnością (validity).

Jesteśmy świadomi wyzwań i zagrożeń stojących przed nauczaniem komunikacji medycznej w Polsce. Do najważniejszych barier, jakie dziś dostrzegamy na tym polu, należą m.in.: niepełne rozumienie (także w środowisku medycznym) odrębności i interdyscyplinarnych podstaw tej dyscypliny, błędne utożsamianie komunikacji z technikami perswazyjnymi (czy nawet manipulacyjnymi), a także traktowanie kompetencji komunikacyjnych jako czegoś osobnego względem praktyki klinicznej.

Na poziomie kształtującej się już w kraju dydaktyki w zakresie komunikacji medycznej istotnym wyzwaniem jest stworzenie na wszystkich uczelniach właściwych i standaryzowanych warunków nauczania i oceny (zarówno od strony treści, metodyki i sprzyjającego środowiska nauczania, jak i przygotowania kompetentnej kadry dydaktycznej). Pamiętać należy także o tym, że kompetencje komunikacyjne zawierają w sobie istotny wymiar umiejętności, a to oznacza, że wymagają kształcenia ustawicznego (nie tylko na etapie przeddyplomowym, lecz także później).

Towarzyszy nam przekonanie, że odpowiedzialne i mądre wprowadzanie nauczania komunikacji medycznej na polskich uczelniach ma ogromne znaczenie dla przyszłości systemu ochrony zdrowia, efektywności pracy lekarzy i zespołów medycznych, a w rezultacie dla jakości otrzymywanej przez pacjentów opieki.

Niezbędne do tego zmiany programowe i organizacyjne powinny mieć charakter ewolucyjny, a nie rewolucyjny. Największe szanse na powodzenie daje stopniowe integrowanie dotychczasowego modelu nauczania z elementami nowymi, któremu towarzyszyć będzie zmiana mentalna - przekonanie, że te działania są potrzebne i krok po kroku wprowadzają nas w medycynę jutra.

Martyna Borowczyk

(Zakład Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Marta Chojnacka-Kuraś

(Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego)

Antonina Doroszevska

(Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Aldona K. Jankowska

(Zespół Naukowo-Dydaktyczny Komunikacji Medycznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika)

Zbigniew Kowalski

(Komunikacja z Pacjentem.pl)

Maria Libura

(Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie)

Łukasz Matecki

(Zakład Dydaktyki Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Agata Stalmach-Przygoda

(Zakład Dydaktyki Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Murzynowo Kościelne, styczeń 2020

Bydgoszcz, Kraków, Olsztyn, Poznań, Warszawa, marzec 2021