PORADNIK DOBREJ KOMUNIKACJI

Rzecznik Praw Pacjenta

PORADNIK DOBREJ KOMUNIKACJI

Praktyczne wskazówki i podpowiedzi dla pracowników placówek medycznych na temat współpracy z pacjentami

Rzecznik Praw Pacjenta

Autor:
Zbigniew Kowalski

Opracowanie graficzne:
VCV Systems Sp. z o.o.
ul. Chmielna 73
00-801 Warszawa,
tel. +48 504 272 992
tel. +48 516 070 927
e-mail: biuro@beeproduction.pl

Wydawca:
Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa
tel. 800 190 590
e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl

Autorzy oraz Rzecznik Praw Pacjenta dołożyli wszelkich starań, by zawarte w niniejszej publikacji informacje były kompletne, aktualne i rzetelne. Broszura stanowi podręczne kompendium informacji związanych ze sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnych z obowiązującym stanem prawnym oraz standardami postępowania wobec pacjentów, którzy oczekują wysokiej jakości usług medycznych. Publikacja jest skierowana do pracowników podmiotów leczniczych oraz wszystkich tych, którzy pragną pogłębić wiedzę nt. praw pacjenta.

Bezpłatny egzemplarz w formie elektronicznej oraz filmy instruktażowe nt. praw pacjenta dostępne są pod adresem: **www.gov.pl/rpp**

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Egzemplarz bezpłatny.

Warszawa, 2022

Spis treści

WSTĘP – o „dobrej” i „złej” komunikacji z pacjentem 4

„Dobra” i „zła” komunikacja 5

Zadbaj o siebie 6

Szacunek 7

Rejestracja, zwana czasem recepcją 8

Ogłoszenia i komunikaty 10

Relacja 11

Nie mamy czasu 14

EMPATIA to zestaw konkretnych podpowiedzi 15

Jak dobrze zacząć? 17

Usiądźmy 21

Inne sfery DOSTROJENIA, czyli język, ton, tempo, mowa ciała 23

Kto pyta nie błądzi, czyli o sztuce zadawania pytań 24

Informowanie pacjentów o niekorzystnym rokowaniu – Protokół SPIKES 26

O współdecydowaniu, czyli Shared Decision Making 28

Autorytet pracowników placówki medycznej i przekonywanie 29

Motywowanie do przestrzegania zaleceń terapeutycznych 32

Aaa jak... asertywność 34

Nie ma trudnych pacjentów, są trudne sytuacje 35

Zamykanie rozmowy i pomost w przyszłość 38

Rozmowa z pacjentem – dzieckiem 39

Co warto przeczytać? 40

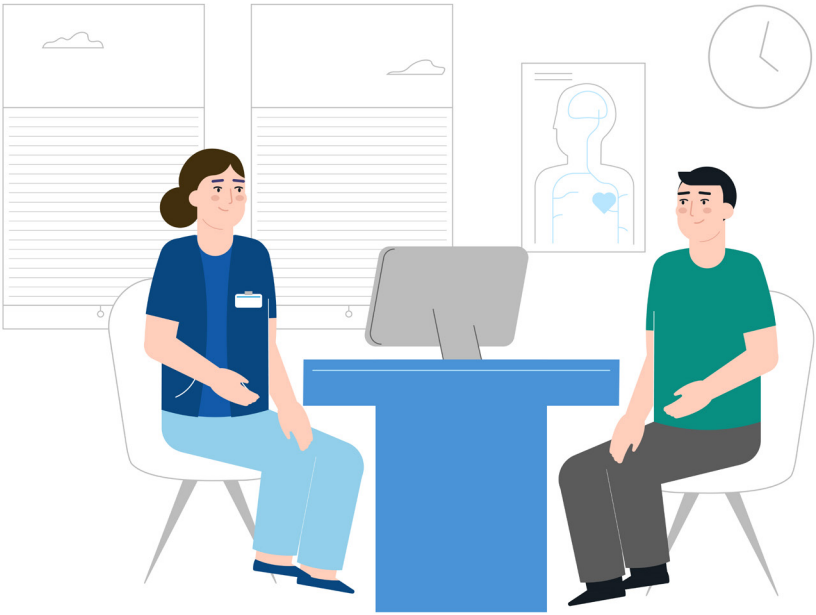
WSTĘP – o „dobrej" i „złej" komunikacji z pacjentem

Czy zgadzasz się z tezą, która brzmi tak:

> ***„Lekarz powinien być raczej skuteczny, a nie komunikatywny. Gdy pacjent jest w potrzebie, bardziej zależy mu na tym, aby go wyleczono, niż aby się z nim właściwie komunikowano"***

Rozszerzmy znaczenie tej tezy na wszystkich pracowników medycznych i niemedycznych, których praca polega m.in. na kontakcie z pacjentem. Zgadzasz się z tym? Moim zdaniem nie ma prostej odpowiedzi TAK lub NIE. Lecz gdyby wybór tylko do tego się ograniczał, odpowiedziałbym NIE. I treścią tego poradnika postaram się przekonać Cię do mojego punktu widzenia. Najpierw jednak odpowiem na pytanie, które zadałem na wstępie. Otóż moim zdaniem pacjenci nawet nie rozważają takiej opcji, że lekarz może być nieskuteczny. I dlatego pacjenci spośród skutecznych lekarzy, wybierają tych, którzy się dobrze komunikują, a odrzucają (nie współpracują) z tymi, którzy pomimo skuteczności, komunikują się źle.

Przygotowałem dla Ciebie przykłady z życia, modele i wskazówki, praktyczne podpowiedzi, przemyślenia i teorie. Wszystko, czego możesz potrzebować, aby Twój kontakt z pacjentem był owocny oraz przystępny dla obu stron relacji.



Kto znajdzie tu coś dla siebie?

- osoby pracujące w rejestracji medycznej (w prywatnych placówkach zwanych czasem recepcją);
- pielęgniarki i pielęgniarze;
- ratowniczki i ratownicy;
- lekarki i lekarze;
- asystentki i asystenci, higienistki i higieniści stomatologiczni;
- wszystkie inne osoby pracujące w placówkach ochrony zdrowia.

„Dobra" i „zła" komunikacja

Komunikacja to wiele więcej niż mówienie. Więcej też niż mówienie i słuchanie. Łacińskie sformułowania *communis*, *communire* oznaczają wszak wspólnotę, czynienie wspólnym. Błędem jest stwierdzanie „wysłano komunikację" mając na myśli przesłanie wiadomości, czy „zakomunikowano" mając na myśli wywieszenie kartki na tablicy ogłoszeń. Oba te działania to po prostu wysłanie komunikatu. Ale – trochę utrudnijmy – gdy nie mówimy lub nie słuchamy, także się komunikujemy. Wysyłamy sygnały innymi drogami – naszą miną, spojrzeniem, czy mową ciała. Zawarta w tytule „dobra" komunikacja to taka, która jest skuteczna i przyjazna jednocześnie. Ze skuteczną komunikacją mamy do czynienia, gdy druga osoba zrozumiała to, co chcieliśmy przekazać, bo sprzyjała temu zarówno treść, jak i forma. Nawet jeśli treść nie jest przyjazna (informacja o podejrzeniu lub rozpoznaniu poważnej choroby) możemy to zrobić w formie, która sprzyja przyjęciu do wiadomości, jej przetworzeniu i postanowieniu o podjęciu określonych działań. „Zła" komunikacja to mówienie niezrozumiałym językiem lub w formie, która powoduje niechęć do zrobienia czegokolwiek z tym, co nasz rozmówca usłyszał. Mam świadomość, że rozważania te brzmią dość filozoficznie i być może nie nadają się, by je umieszczać w poradniku. Dlatego pozostańmy przy stanowisku, że niezależnie od podejmowanych działań, często niezależnie od naszych chęci, komunikujemy się także, gdy nie zauważamy drugiej osoby, lekceważymy jej obecność lub intencjonalnie milczymy. Wówczas mamy do czynienia z czymś, co możemy umownie określić „złą" komunikacją.

Zadbaj o siebie

Przez wiele lat mojego życia mówiliśmy potocznie o „służbie zdrowia”. Dziś owa „służba” oburza wiele osób. Jeszcze kilka lat temu rozgorzała na ten temat dyskusja. Czy taka praca to służba? Z pewnością wykonujemy tzw. zawody pomocowe, czyli – jak mówi nazwa – polegające na udzielaniu pomocy. A osoby wykonujące zawody pomocowe są narażone na syndrom przemęczenia, długotrwałego i nadmiernego stresu, czy wreszcie wypalenia zawodowego. Pamiętaj, że Ty też możesz prosić o pomoc, jeśli uznasz, że tego potrzebujesz.

Żaden poradnik nie zastąpi kontaktu ze specjalistą. Natomiast, jako autor chcę zasłużyć na to, aby przygotowany przeze mnie tekst, który właśnie czytasz, z dumą nosił miano poradnika. Czego więc potrzebuje? Porad i wskazówek do działania! Dlatego zacznijmy w tonie zagrożeń dla osób wykonujących zawody pomocowe. Na szkoleniu z pierwszej pomocy usłyszałem, że „ranny ratownik to słaby ratownik” i że najpierw trzeba zadbać o siebie, aby móc pomagać innym.

Jak to zrobić? Zadbaj o trzy sfery swojego życia:

W kwestii troski o ciało podpowiedź jest bardzo prosta. To 30-minutowy, szybki spacer, 4 lub 5 razy w tygodniu. Dla troski o umysł także mamy proste rozwiązanie. Jest nim 30 minut czytania książki 5 razy w tygodniu. Dodatkowo unikaj telewizji i Internetu na minimum godzinę przed snem. Pozostaje zadbać o ducha. Osoby wierzące mają gotowe rozwiązanie, którym jest modlitwa, wizyty w świątyni, aktywny udział w obrzędach i rozmowy z duchownymi, czy inne praktyki religijne. Osoby niewierzące także mają wybór – np. medytacja, czy mindfullness i inne praktyki związane z treningiem uważności. Dobra komunikacja zaczyna się więc od zadbania o siebie, nie pomijaj tego zadania. Twój dobrostan i wynikające z niego nastawienie do wykonywanej pracy, w tym do kontaktu z innymi ludźmi ma kluczowe znaczenie.

Szacunek

W Słowniku Języka Polskiego (www.sjp.pl) znajdziemy informację, że „szacunek" oznacza *poważanie*, *uznanie*. Czyli mówiąc o szacunku, mamy na myśli poważne traktowanie i uznanie perspektywy, punktu widzenia, potrzeb oraz oczekiwań drugiej osoby. Opieka zdrowotna bardzo potrzebuje wzajemnego szacunku. „Niech pan to powie pacjentom!" – usłyszałem wiele razy podczas wykładów. Głęboko wierzę, że naprawianie świata jest możliwe, ale tylko wtedy, gdy zaczynamy od siebie. Ponieważ siebie i swoje zachowania najłatwiej zmienić. Najtrudniej jest spowodować, aby inni zachowywali się tak, jak ja tego oczekuję. Pacjentom mówię to samo – bez obaw.

W każdej relacji międzyludzkiej mamy określone role. Świadomość naszej roli, a więc jej dobre rozumienie, identyfikowanie się z nią i spełnianie w niej powoduje, że relacja staje się lepsza, bardziej wartościowa. Na czym polegają role w relacji pacjenta z pracownikiem placówki medycznej? Każda osoba w relacji ma swoje prawa i obowiązki. Spróbujmy to uporządkować i przedstawić za pomocą prostej tabeli. Dodam jedynie, że zawiera ona wyłącznie perspektywę komunikacyjną, a nie prawną.

	Pacjentka/pacjent	Pracownica/pracownik placówki medycznej
Ma prawo	➜ być wysłuchaną/ym ➜ być szanowaną/ym ➜ być traktowaną/ym z godnością ➜ do zachowania intymności ➜ wsparcia osób bliskich, jeśli tego potrzebuje i wyraźnie zakomunikuje tę potrzebę ➜ wyrażać swoje oczekiwania ➜ otrzymać informację o problemie w sposób zrozumiały ➜ poznać wszystkie dostępne opcje leczenia i dalszego postępowania ➜ ocenić je bazując na osobistych kryteriach decyzyjnych ➜ nie rozumieć i dopytywać, aby zrozumieć ➜ podjąć decyzję o leczeniu, profilaktyce, czy każdym innym postępowaniu	➜ być szanowaną/ym ➜ być traktowaną/ym z godnością ➜ wyrażać oczekiwania ➜ wykonywać swoje obowiązki zgodnie z procedurami, regulaminem placówki, prawem w sposób niezakłócony ➜ dzielić się swoją fachową wiedzą i doświadczeniem dla dobra pacjentów ➜ zostać wysłuchaną/ym ➜ do wyrażenia sprzeciwu, gdy poczuje się niewłaściwie potraktowaną/ym ➜ prosić o pomoc innych, gdy sytuacja tego wymaga ➜ odmówić współpracy pacjentom, których zachowanie narusza normy współżycia społecznego i prawa pracowników

	Pacjentka/pacjent	Pracownica/pracownik placówki medycznej
Ma obowiązek	➔ stosować się do regulaminu, reguł, zasad i norm obowiązujących w placówce medycznej ➔ udzielić pracownikom medycznym informacji zgodnych z prawdą ➔ współpracować z pracownikami placówki medycznej po to, by umożliwić im niesienie pomocy	➔ udzielić informacji o problemie i możliwych rozwiązaniach w sposób zrozumiały ➔ przedstawić wszystkie dostępne opcje leczenia i dalszego postępowania ➔ pomóc odnieść się do nich bazując na kryteriach decyzyjnych pacjentki/a ➔ współpracować z pacjentami po to, aby ich wspierać w trosce o ich zdrowie

Powyższa tabela zawiera informacje, których przyswojenie ma nam uświadomić rolę, jaką pełnimy w relacjach. Pamiętajmy, zwłaszcza w trudnych momentach, po co spotykamy się z drugim człowiekiem, po co próbujemy nawiązać dialog i współpracę, w imię czego znosimy trud. Nie wszyscy potrafią prezentować swoje oczekiwania w sposób dostosowany do sytuacji. Wiele osób doświadczyło niewłaściwego traktowania i z tego powodu uznaje, że dochodzenie swoich praw powinno odbywać się poprzez podniesiony głos, czy krzyk. Negatywne doświadczenia nie są ani usprawiedliwieniem, ani wytłumaczeniem dla niekulturalnych zachowań i naruszania godności drugiego człowieka. Nie mamy obowiązku się na to godzić. Ale możemy życzliwie spojrzeć na naszych rozmówców i zobaczyć w ich zachowaniu lęk, obawy, źle komunikowane potrzeby i brak umiejętności wyrażenia swoich uczuć. Erez Yoali, jeden z autorytetów w dziedzinie badań nad zaangażowaniem rekomenduje, by komunikować swoje oczekiwania, zamiast po prostu oczekiwać. Jeśli chcemy, by druga osoba zachowała się w określony sposób, powiedzmy jej o tym. Instrukcje i wskazówki mają szczególne znaczenie właśnie w kontakcie z pacjentami. Wyobraź sobie człowieka w labiryncie. To pacjent. Proces załatwiania swoich spraw w palcówce medycznej, proces wyboru leczenia i pełnego uczestnictwa w nim, jest dla pacjentów jak pokonywanie labiryntu. Rolą pracowników placówek medycznych jest wskazanie drogi i pomoc w pokonaniu tego metaforycznego labiryntu.

Rejestracja, zwana czasem recepcją

Rejestracja, przez niektórych zwana również recepcją, jest wizytówką naszej placówki medycznej. Od kontaktu z pracownikami rejestracji wszystko się zaczyna i bardzo często zdarzenia te mają wpływ na dalszy przebieg procesu leczenia. Od jakości pracy recepcji, czyli w praktyce od tego, jak pacjent poczuje się potraktowany, zależy także, czy pacjent

będzie współpracował, czy w razie potrzeby zechce wracać do naszej placówki lub rekomendować ją innym. Dlatego tak ważne jest, aby szczególnie zadbać o to miejsce, a osoby tam pracujące zaopatrzyć w umiejętności profesjonalnej obsługi pacjenta.

Istota funkcjonowania rejestracji to w zasadzie zarządzanie chaosem poprzez nieustanne ustalanie priorytetów. Pracownicy bywają ponadmiarowo zajęci bieżącymi obowiązkami. Przyjmują wizytujących placówkę pacjentów, odbierają telefony, sortują i układają dokumentację, notują, odbierają i wysyłają pocztę elektroniczną, rozmawiają z kurierami, itp. W mniejszych placówkach i w gabinetach prywatnych zdarza się, że oczekiwanie pacjent chętnie zapełniłby sympatyczną rozmową. Na przykład dla zabicia czasu. Ważne jest, by pracownicy rejestracji potrafili dostrzec taką potrzebę u pacjenta. W dużych placówkach jest to oczywiście niemal niemożliwe. Niezależnie od charakterystyki waszej placówki, osoby pracujące w rejestracji muszą sobie dobrze radzić z presją i powinny być świetnie zorganizowane. Bardzo dobrym rozwiązaniem – choć nie jest ono ani trochę łatwe – jest zatrudnianie osób, które autentycznie lubią innych ludzi, cenią sobie kontakt interpersonalny, są uważne, grzeczne i potrafią bez wysiłku prowadzić rozmowę. Wspomniana uważność jest niezbędna, aby pracownicy rejestracji upewnili się, że pacjent wie wszystko to, co niezbędne. Najważniejszym zadaniem rejestracji jest stworzenie atmosfery, w której pacjent czuje się otoczony opieką i nie pozostaje w poczuciu, że jest przeszkodą pomiędzy dzwoniącymi w recepcji telefonami, a wypełnianą dokumentacją. Dlatego tak istotne są umiejętności komunikacyjne.

Wygląd rejestracji również ma niemniejsze znaczenie. Przede wszystkim warto zwrócić uwagę, aby panował tam porządek. Każdy szczegół warto przemyśleć, by miejsce to było przestronne i estetyczne. Aby przekonać się, czy rejestracja wygląda zachęcająco i działa sprawnie, można zainwestować w badanie z wykorzystaniem Tajemniczego Pacjenta, który bardzo szczegółowo określi mocne i słabe strony jej funkcjonowania. Tajemniczy Pacjent może skutecznie podpowiedzieć, czy przebywając w obszarze rejestracji łatwo uzyskać niezbędne informacje, znaleźć szafę lub... kosz na śmieci.

Zadanie z propozycją rozwiązania

W tym samym momencie, w rejestracji znajduje się pacjent, który przyszedł na umówioną wizytę; kolejny, który chce się zapisać; kurier oczekujący na odbiór przesyłki, a dodatkowo dzwoni telefon.

Od czego zaczniesz? Weź pod uwagę dwa kryteria: to, co ważne dla działania naszej placówki. Najważniejsi dla nas są nasi pacjenci. Drugim kryterium jest pilność zadania. Czy może poczekać, czy należy to zrobić już? Najpierw to, co ważne i pilne, czyli pacjent umówiony. Potem sprawa ważna, choć jeszcze nie pilna, czyli pacjent, który chce się umówić. Następnie pilne, czyli kurier. Być może sprawy pilne da się delegować na innych. A co jeśli telefon jest i ważny i pilny jednocześnie? Dopóki go nie odbierzemy, z pewnością taki nie będzie. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzwoni pacjent, a ten jest przecież ważny! Jednak w takich sytuacjach oceń, kto wykonał większy wysiłek i kto się bardziej zaangażował w zgłoszenie swojej sprawy do Ciebie. Ci, którzy stoją przy tobie, napracowali się bardziej niż dzwoniący i należy to uszanować.

Ogłoszenia i komunikaty

Ściany, drzwi i tablice ogłoszeniowe naszych placówek ochrony zdrowia pełne są informacji, których celem jest wywołanie określonych zachowań lub poinformowanie o panujących regułach, czy zasadach. Odwiedzając zawodowo setki poradni i szpitali zebrałem pokaźną kolekcję unikatowych form komunikowania się z pacjentami. Niektóre z nich są prawidłowo skonstruowane, inne są zabawne, ale są też i takie, które moglibyśmy uznać za przerażające. Uporządkujmy zasady tworzenia informacji i ogłoszeń.

Zasada nr 1. Napisz czego chcesz, a nie, czego nie chcesz

W rozdziale „Szacunek” wspominam o pracy Ereza Yoali – eksperta od badań nad zaangażowaniem. Sugeruje on, aby wprost komunikować oczekiwania. „Tutaj wrzuć ręczniki papierowe” – to o wiele lepszy komunikat, niż „Prosimy nie wrzucać ręczników papierowych do toalety”. A komunikatem bardzo niewskazanym jest „Czy w domu też wrzucasz ręczniki papierowe do toalety?”

Zasada nr 2. Oczekuj zachowań, które są możliwe

„Tutaj wrzuć ręczniki papierowe” jest komunikatem poprawnym, jeśli znajduje się na właściwym pojemniku lub w jego pobliżu. Gorzej, jeśli w pobliżu nie da się wypatrzeć lub znaleźć śmietnika. Albo jeśli nie ma do dyspozycji ręczników papierowych. Wówczas ten komunikat irytuje.

Zasada nr 3. Nie krzycz, nie pouczaj, nie wychowuj

Twórz ogłoszenia i komunikaty, używając normalnego pisma, czytelnej i prostej czcionki, z zachowaniem wszelkich zasad pisowni polskiej. Wielkiej litery używaj tylko wtedy, gdy wymagają tego owe zasady. Unikaj pisma drukowanego. Nie przesadzaj z liczbą wykrzykników, znaków zapytania, czy podkreśleń.

Tak	Nie
Tutaj wrzuć ręczniki papierowe. Dziękujemy.	Nie wrzucaj ręczników papierowych do TOALETY!!!!!!
Zapraszamy do rejestrowania swoich wizyt przez Internet lub osobiście w przychodni, od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00 – 12.00	UWAGA!!! PO GODZ. 12.00 ŻADNE WIZYTY NIE BĘDĄ UMAWIANE! O TEJ PORZE PROSIMY REJESTROWAĆ SIĘ PRZEZ INTERNET.
Dla twojej wygody do dyspozycji jest szatnia. Znajdziesz ją na parterze. Możesz też zapytać o nią pracownika naszej poradni. Chętnie pomożemy.	Wejście do gabinetu lekarskiego i zabiegowego WYŁĄCZNIE BEZ OKRYĆ WIERZCHNICH!!! Osoby w kurtkach i w płaszczach nie zostaną wpuszczone!

Relacja

Czy relacja pracownika placówki medycznej z pacjentem może być partnerska? Tak, jeśli się odpowiednio zdefiniuje partnerstwo. W moim głębokim przekonaniu ideą partnerstwa jest dostarczanie wartości. W partnerstwie nie zawsze chodzi o to, byśmy byli sobie równi pod każdym względem. Warunkami są wspomniany wcześniej szacunek, otwartość, życzliwość i świadomość roli. Większa wiedza medyczna profesjonalistów niż pacjentów jest potrzebna do tego, by mogli współpracować zgodnie ze swoimi rolami. Różnica w posiadanej wiedzy nie zaprzecza więc idei partnerstwa, a nawet ją w pewnym sensie tworzy. Jest coś o relacji, co warto zapamiętać.

Ideą partnerskiej relacji jest bycie dla siebie nawzajem pożytecznym

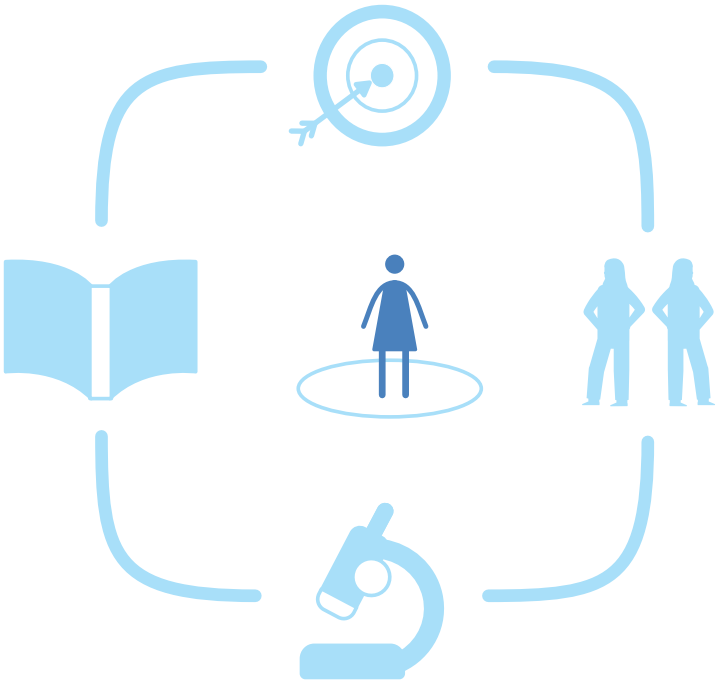
Istnieją cztery główne grupy powodów, dla których wchodzimy w relacje z drugą osobą. Są to:

1. Możliwość realizacji swoich celów, załatwienia swoich spraw, czy osiągnięcia korzyści;

2. Atmosfera współpracy – to tzw. powody towarzyskie. Czasem tym, co nas zbliża i trzyma u boku drugiej osoby jest fakt, że dobrze się czujemy w jej towarzystwie. Znajdujemy dla siebie czas, który spędzamy miło i chcemy, aby to trwało tak często i tak długo, jak to możliwe;

3. Ciekawa osobowość – niektórzy ludzie mają w sobie jakiś magnes, niezwykłe hobby, pasjonujące doświadczenia życiowe, niestandardowy sposób widzenia świata. Nawet jeśli są kompletnie inni, niż my sami (a może właśnie dlatego), chcemy być z nimi w relacji;

4. Potrzebna, przydatna, pożyteczna, łatwo dostępna i wartościowa wiedza (lub informacje).



Prawdziwie partnerskie relacje mamy wtedy, gdy dzięki sobie osiągamy cele i uzyskujemy korzyść, cieszymy się swoim towarzystwem i dobrze spędzamy razem czas, interesujemy się sobą jako ludźmi oraz uczymy się od siebie nawzajem.

Zapamiętaj:

Partnerskie traktowanie pacjenta nie polega na byciu miłym, grzecznym, kłanianiu mu się i witaniu podaniem ręki przy wejściu do gabinetu. Partnerstwo w relacji z pacjentem polega na ustaleniu wspólnych celów i opracowania wspólnego planu działania.

W praktyce najczęściej wygrywają dwie pierwsze grupy powodów. Kiedy idziemy do przychodni w roli pacjenta, to dlatego, że chcemy, aby ktoś udzielił nam pomocy, wystawił skierowanie, zwolnienie, zapisał odpowiednie leczenie na receptę. Kiedy jesteśmy w przychodni w roli medyka, chcemy wykonać swoje zadania najlepiej, jak potrafimy. Na tym polega nasza praca, za którą otrzymujemy wynagrodzenie i próbujemy utrzymać siebie i bliskich. Jeśli drugi człowiek jest nam potrzebny wyłącznie do realizacji naszych celów, nie mamy do czynienia z partnerską relacją. Mamy do czynienia z pewnego rodzaju układem. Takie podejście niekoniecznie jest złe, natomiast nie należy zbyt wiele oczekiwać od układu. Układowi daleko do partnerstwa. Układ trwa tak długo, jak długo jest najbardziej opłacalnym z dostępnych. Natomiast w przypadku związków długoterminowych, jak na przykład w przypadku wieloletniej opieki nad pacjentem chorym przewlekle przez poradnię medycyny rodzinnej, układ to może być za mało. W takim przypadku warto pracować także nad innymi aspektami – nad jakością porozumienia, zainteresować się pacjentem, jako człowiekiem, nie tylko, jako obiektem naszych profesjonalnych działań oraz wymieniać się informacjami. Ponieważ relacja jest partnerska wtedy, gdy pomiędzy dwoma jej stronami działają wszystkie cztery grupy powodów. W partnerskiej relacji medyka z pacjentem osiągamy swoje cele, cieszymy się swoim towarzystwem, interesujemy się sobą, jako ludźmi i uczymy się od siebie oraz wymieniamy ważnymi informacjami. To trudne, ale możliwe. Czy partnerska relacja z pacjentem zawsze jest niezbędna? Nie, nie jest niezbędna zawsze. Pomaga w przypadku opieki długoterminowej. Krótkoterminowo też może pomóc, ale można sobie poradzić innymi, prostszymi metodami budowania kontaktu.

Nie mamy czasu

Wiadomo. I nie będę z tym dyskutował! Słyszałem to setki, a może i tysiące razy podczas szkoleń, czy wykładów. I to jest fakt, którego potwierdzenie znajdziemy w wielu analizach, jak choćby w corocznym raporcie OECD pod nazwą „Zdrowie w skrócie" (Health at glance). Niezależnie od specyfiki prowadzonej działalności leczniczej mamy za mało czasu na kontakt z pacjentami. Dlatego mam dla Ciebie bardzo ważną wiadomość.

Komunikacja pozwala oszczędzać czas

Skuteczna i przyjazna komunikacja powoduje, że szybciej dochodzimy do porozumienia. Błędy w komunikacji przyczyniają się do tego, że spotkanie trwa dłużej, czy też jest mniej przyjemne i znacznie mniej z niego wynika. A czasem nawet nic, więc po prostu marnujemy czas. Doświadczenie upływającego czasu jest wyjątkowo subiektywne. Czasem minuta dla niektórych z nas trwa 30 sekund, dla innych 90. Dużo zależy od tego, co się wówczas z nami dzieje, co robimy, jak się czujemy. Obiektywnie minuta trwa zawsze 60 sekund, a spotkanie z pacjentem... zbyt krótko. Czy możemy to zmienić poprzez właściwą komunikację? Wyjaśnię to za pomocą przykładów.

Pracownicy medyczni – jak wynika z badań – często przerywają pacjentom wypowiedź w obawie, że potrwa ona zbyt długo, a „przecież nie mamy na to czasu". W rozmowie towarzyskiej takie działanie może być niegroźne, ale już podczas zbierania wywiadu lekarskiego wręcz przeciwnie.

— *Co Pani dolega?*

Prawdą jest, że pacjentka w odpowiedzi na to pytanie rzadko zgłosi tylko jedną dolegliwość. Podczas ich wymieniania może się posłużyć kolejnością pojawiania się poszczególnych objawów, a nie poziomem ich dokuczliwości. Pacjentka może też

przyłożyć własną skalę ważności i wymienić objawy od najważniejszego do najmniej ważnego, lub odwrotnie. Czasami też może zostawić na koniec objawy, które powodują zawstydzenie lub niepokój. Zwróć uwagę, jak wiele powstało możliwych interpretacji. Pozostawienie wypowiedzi bez doprecyzowania może spowodować błędną diagnozę.

— ***Czy jest jakiś powód, dla którego wymieniła Pani objawy akurat w takiej kolejności?***
— ***Który z tych objawów pojawił się najpierw?***
— ***Która z dolegliwości dokucza Pani najbardziej?***

Masz do dyspozycji wiele innych możliwych pytań i form poznania perspektywy pacjentki. Tyle o możliwościach. A teraz kilka słów o błędach, które najpierw warto zrozumieć, a potem warto ich unikać. Otóż wiele osób na miejscu lekarza, zamiast poznać perspektywę pacjentki, przerwie jej wypowiedź po pierwszym objawie i zacznie dopytywać o szczegóły.

Z badań Beckman & Frankel (1984) wynika, że wydarza się to średnio po 18 sekundach. Nieco nowsze badania (Marvel i in., 1999) donoszą, że czas ten wynosi 23 sekundy. Tylko 28% pacjentów ma szansę na swobodne dokończenie swojej wypowiedzi. Dlaczego? Bo nie mamy czasu. Obawa przed zbyt rozwleczoną wypowiedzią pacjentów jest głównym powodem przerywania.

A co by się wydarzyło, gdybyśmy nie przerywali? Czy nasz system ochrony zdrowia runie pod naporem rozgadanych pacjentów, opowiadających pracownikom medycznym historię swojego życia?

Polegając na wynikach badania Langewitz (2002) możemy założyć, że:
- jeśli nie przerwiemy pacjentom wypowiedzi, będą mówić średnio przez 92 sekundy;
- w dwóch minutach zmieści się zdecydowana większość, bo 78% pacjentów;
- istnieje ryzyko mówienia naprawdę długo, ponad 5 minut. Dotyczy ono... jedynie 2% pacjentów.

EMPATIA to zestaw konkretnych podpowiedzi

Komunikacja medyczna, jako nauka obfituje w protokoły. Nazywamy tak zestawy wskazówek i podpowiedzi na różne sytuacje. W piśmiennictwie medycznym opisane są też protokoły, które możemy nazwać fundamentalnymi, czyli wskazującymi ogólnie na kontakt profesjonalistów ochrony zdrowia z pacjentami i podpowiadającymi tym pierwszym, na co zwrócić uwagę. Do takich protokołów komunikacyjnych należy **EMPATIA**. Pierwsze litery poszczególnych wskazówek układają się w dobrze brzmiące i często używane w kontekście komunikacji medycznej słowo, ale my przyjrzyjmy się temu, co w środku.

E – emocje

Zadbaj o równowagę emocjonalną w kontakcie. Zauważaj emocje pacjenta, reaguj na nie. Bądź osobą świadomą także swoich emocji.

M – miejsce, czas, osoby

Zwróć uwagę, czy miejsce, w którym rozmawiacie, jest komfortowe dla pacjenta i dla ciebie, czy czujecie się tu swobodnie, czy można w tym miejscu zadbać o godność i intymność drugiego człowieka oraz siebie samego. Czy to dobry moment na tę rozmowę? Czy biorą w niej udział te osoby, które powinny? A może pacjent chciałby zaprosić do rozmowy żonę lub córkę / syna, by towarzyszył mu ktoś bliski?

P – perspektywa pacjenta

Postaraj się zobaczyć problem oczami pacjenta. Czego się obawia, czego nie wie, co go czeka? Widząc to z jego perspektywy, masz znacznie większe szanse na szybsze i skuteczniejsze udzielenie pomocy. Dopytuj pacjenta o jego perspektywę, zamiast się domyślać.

A – adekwatny język

To jedno z podstawowych zagadnień w komunikacji medycznej. Mów językiem najbliższym i najbardziej zrozumiałym dla twojego rozmówcy. Po pierwsze to wzbudza zaufanie (wbrew pozorom), a po drugie powoduje, że będąc lepiej rozumianym, masz większy wpływ na przekonania i w konsekwencji na zachowania pacjenta, a one są kluczowe dla osiągania efektów leczenia.

T – treść

Przygotuj sobie zestaw informacji, z których chcesz skorzystać podczas tej rozmowy z pacjentem. Co dokładnie chcesz przekazać? Co dokładnie pacjent powinien zapamiętać z waszego spotkania?

I – informacje dodatkowe

Spotkanie ma czemuś służyć, a tym czymś jest wypracowanie i wdrożenie planu działania, którego celem z kolei jest poprawa zdrowia pacjenta. Ustalenie planu działania, uporządkowanie kolejnych kroków, umówienie się na czas i metodę weryfikacji (czy pacjent zrobił to, na co się umówiliście, i czy osiągnęliście oczekiwany efekt).

A – adnotacje w dokumentacji

Często uważane za najmniej przyjemne czynności w przypadku zawodów medycznych, ale – czy tego chcemy, czy nie – dokumentacja ma znaczenie dla lepszej jakości współpracy z pacjentem także warto odnotować to, co ważne.

E	Emocje
M	Miejsce, czas, osoby
P	Perspektywa pacjenta
A	Adekwatny język
T	Treść
I	Informacje dodatkowe (plan)
A	Adnotacje w dokumentacji

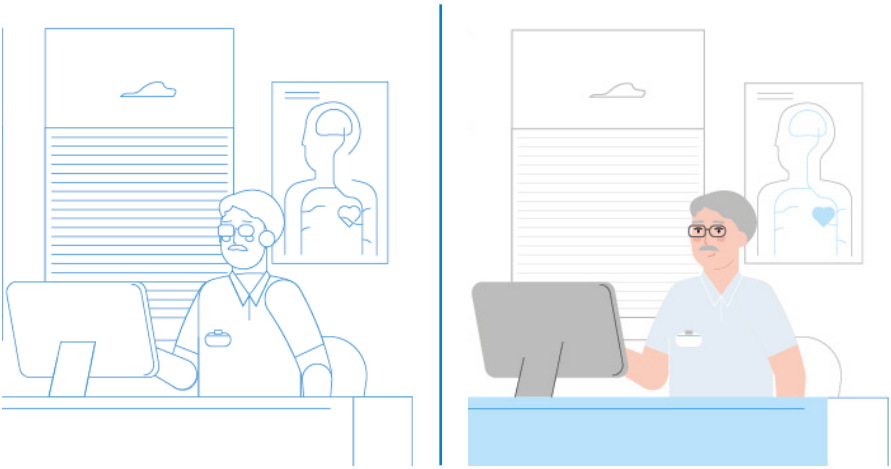
Autorki protokołu EMPATIA, dr hab. Katarzyna Jankowska oraz dr Magdalena Witt publikowały go (2018) z myślą o przekazywaniu niekorzystnej diagnozy, jednak po latach doświadczeń okazało się, że stanowi on bardzo praktyczną podpowiedź także dla codziennych kontaktów profesjonalistów ochrony zdrowia z pacjentami.

Jak dobrze zacząć?

Natura (do spółki z ewolucją) zadbała o to, abyśmy wykształcili dobry model komunikowania się między sobą. I uczyniliśmy to. Każda dobra rozmowa, czyli takie spotkanie, które uważamy za przyjemne i/lub owocne przebiega według naturalnego rytmu. A zaczyna się od **dostrojenia**. To nic innego jak pierwszy etap kontaktu z pacjentem, którego głównym celem jest oswojenie się ze sobą oraz zdobycie wzajemnego zaufania. Dostrojenie w zasadzie polega na „nadawaniu na tych samych falach" i stąd pochodzi nazwa. Tym, co kluczowe w dostrojeniu, a więc na początku naszego spotkania z pacjentem jest pokonanie barier komunikacyjnych.

Istnieje wiele sfer dostrojenia, co oznacza, że możemy przełamywać bariery komunikacyjne oraz pozyskiwać zaufanie rozmówcy za pomocą wielu różnych działań.

Na początek mam do Ciebie pytanie. Poniżej, na obu rysunkach znajduje się ta sama postać. Po lewej stronie zobaczysz wersję niewykończonego obrazka, a przez to postać na nim nie wyraża żadnych emocji. Po drugiej stronie obrazek jest wykończony. Pytanie brzmi: komu szybciej zaufasz na tyle, by szczerze opowiedzieć o problemie, z którym przychodzisz i poprosić o pomoc?



Z naszej roli (o czym pisałem wcześniej) wynikają obowiązki gospodyni, czy gospodarza spotkania. Pod tę rolę podpiszemy więc takie zadania jak przywitanie, omówienie panujących w Twojej placówce reguł, wskazanie drogi, poinformowanie o tym, co będzie dalej, zapewnienie, że można liczyć na Twoje (Wasze) wsparcie i ustalenie, co pacjent powinien zrobić, gdy będzie potrzebował dodatkowych informacji czy dodatkowej pomocy. W kontakcie interpersonalnym – jak w tańcu – ktoś prowadzi. A dokładniej rzecz ujmując, przynajmniej na początku wizyty pacjenta w placówce medycznej, rolę osób prowadzących powinni przyjąć na siebie jej pracownicy. Przed wybuchem pandemii dużo i często dyskutowaliśmy nad powitaniem poprzez uścisk dłoni. Rygor sanitarny w zasadzie zakończył tę dyskusję, stając wyraźnie po stronie przeciwników wykonywania takich gestów. Pozwolę sobie jednak w kilku zdaniach ten gest omówić.

Zacznijmy od tego, że ma on znaczenie ewolucyjne. Kiedyś wyciągnięcie otwartej dłoni w kierunku rozmówcy oznaczało, że „nie mam broni, a więc mam dobre zamiary wobec ciebie". Bardziej podświadomie niż świadomie wciąż ten gest tak czytamy. Otwarta dłoń jest wszak używana w wielu różnych sytuacjach (np. przysięga prawdomówności w sądzie), ale zawsze w dobrej intencji okazania szczerości, otwartości i chęci oraz gotowości do nawiązania współpracy.

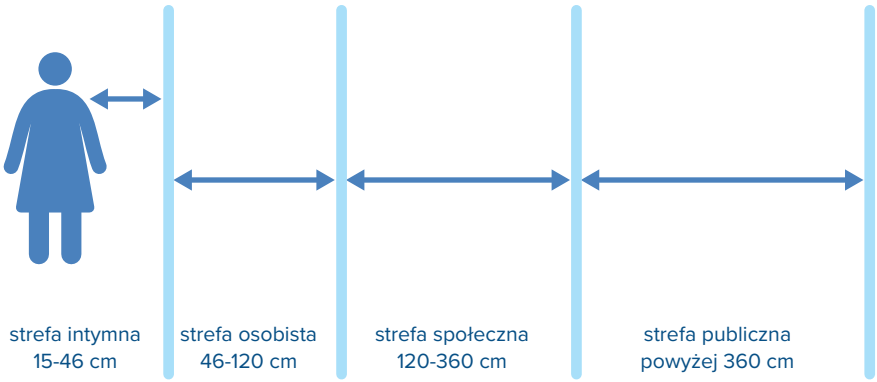
Nie warto jednak wyciągać ręki na przywitanie tylko dlatego, że nakazuje tego „standard obsługi pacjenta", z którymi się nie zgadzasz i który traktujesz jak zestaw niepotrzebnych i niezrozumiałych nakazów. Moja opinia nie jest zachętą do buntu, ani sprzeciwem wobec wdrażania standardów. Wszak sam opracowuję i wdrażam takie standardy w wielu placówkach medycznych. Moja opinia jest apelem o to, aby wszyst-

ko, co robimy w kontakcie z pacjentem, robić z wiarą i przekonaniem, że to słuszne działania. Wymuszone gesty, jak np. nieszczere podanie dłoni skończą się uściskiem „śniętej ryby", który narobi więcej szkody, niż pożytku. Jeżeli – nie tylko z przyczyn sanitarnych – nie podajesz pacjentowi dłoni na przywitanie, możesz wykonać inny gest. Możesz wstać, ukłonić się, uśmiechnąć do pacjenta, nawiązać kontakt wzrokowy.

Zapamiętaj:

Przyjmij na siebie rolę gospodyni / gospodarza spotkania z pacjentem i przywitaj go odpowiednio. Wszystkie te zachowania i gesty, które są przyjazne, a Ty uczynisz je w sposób naturalny, szczerzy, otwarty i niewymuszony będą dobrze odebrane.

Amerykański antropolog, Edward T. Hall uważany jest za prekursora badań nad potrzebą zachowania przestrzeni osobistej pod kontrolą. Dziś nazywamy to proksemiką (od angielskiego słowa *proxemity*, znaczącego *bliskość*). Hall w swojej pracy wskazywał, że każdy z nas ma potrzebę zaznaczania swojego bezpiecznego terenu. Ogradzamy swoją działkę płotem, zamykamy się w pokoju, wybieramy ulubiony fotel w salonie. Ten mechanizm jest dość stary i silny, a odziedziczyliśmy go po naszych zwierzęcych przodkach. Inne podejście do strefy prywatnej, zapewniającej nam poczucie bezpieczeństwa mają zwykle ludzie wychowani i mieszkający w mieście, a inne ludzie ze wsi. Wychowanie i zamieszkanie w mieście oznacza nieustający kontakt z dużą grupą obcych osób na mniejszej przestrzeni, stąd inne podejście do stref ochronnych.



Rozmiary stref ochronnych według Edwarda T. Hall'a.
Badania te prowadzone były wśród przedstawicieli klasy średniej, rasy kaukaskiej, w USA, Kanadzie, Nowej Zelandii, Australii i Wielkiej Brytanii

Co w praktyce oznacza rozmiar naszych stref ochronnych?

Po pierwsze zapamiętaj, że ludzie bronią swojej **strefy intymnej**. To obszar zarezerwowany dla najbliższych. Pokonanie tej strefy jest możliwe tylko za emocjonalnym przyzwoleniem naszego rozmówcy. Pacjent dopuści cię do niej, jeśli będzie czuł, że może ci zaufać i może się czuć przy tobie bezpiecznie. Praktyka medyczna często wymaga zbliżenia na odległość mniejszą niż 45 cm, więc – jak można wnioskować z badań Hall'a – bez pozyskania zaufania pacjenta czynności podejmowane przez ciebie, nawet w najlepszej intencji, mogą być odebrane, jako inwazyjne.

Strefa osobista jest typowa dla aktywności towarzyskich, typu wspólna kolacja z przyjaciółmi albo rodzinne przyjęcie. Gdy atmosfera będzie zbliżona do tego typu wydarzeń, nasz rozmówca bez problemu dopuści nas na taką odległość. Zwracam jedynie uwagę, że używając słowa „atmosfera", mam na myśli rodzaj bliskości między ludźmi, a nie rozbawienia, beztroski, czy innych form spędzania czasu.

Strefa społeczna jest charakterystyczna dla kontaktów z obcymi ludźmi, z którymi coś załatwiamy. Urzędnik, listonosz, pani w sklepiku osiedlowym i... pracownik medyczny, któremu jeszcze nie ufam, z którym dopiero się zapoznaję. Przy nich czuję się bezpiecznie w odległości powyżej 120 cm.

Strefa publiczna to bezpieczny dystans niezależnie od sytuacji.

Zapamiętaj:

Profesjonalny kontakt z pacjentem bardzo często wymaga znalezienia się w strefie intymnej i osobistej. Aby zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, zadbaj o atmosferę porozumienia i bliskości.

Usiądźmy

Gospodarz zaprasza, instruuje oraz wskazuje miejsce dla swojego gościa. Pamiętasz o metaforze labiryntu? Pomóż pacjentom odnaleźć właściwą drogę, bo proste wskazówki i instrukcje, których udzielasz, obniżają poziom lęku, zwiększają poczucie bezpieczeństwa i zachęcają do współpracy. Przykłady? Oto i one:

Jeśli pracujesz w rejestracji placówki medycznej:

— *Zapraszam panią do korytarza piętro wyżej, w okolicy gabinetu nr 14. Proszę tam usiąść i poczekać, a pan doktor panią poprosi, gdy będzie gotów.*

Jeśli jesteś pielęgniarką / pielęgniarzem:

— *Proszę wygodnie usiąść na tym zielonym fotelu. Krew pobiorę z lewej ręki, więc ją może pani oprzeć na podłokietniku. Torebkę i sweter może pani odłożyć tutaj.*

Jeśli pełnisz rolę fizjoterapeutki / fizjoterapeuty:

— *Nasze zajęcia będą wymagały wykonywania różnych ćwiczeń, dlatego proszę założyć coś bardzo wygodnego, np. dres. Jeśli pani woli, mamy do dyspozycji szatnię – osobną dla kobiet, osobną dla mężczyzn – w której będzie pani mogła się przebrać. Koleżanka w rejestracji wskaże pani odpowiednie wejście.*

Jeśli jesteś lekarką / lekarzem:

— *Dzień dobry pani, nazywam się Anna Jaworska. Zapraszam panią tutaj, proszę wygodnie usiąść.*

Z przymrużeniem oka

Kilka tygodni temu pojawiłem się w gabinecie badań USG, jako pacjent. Lekarz przywitał mnie za pomocą słów: *„Co dolega?”* Pomyślałem wówczas, że w świecie poza gabinetem lekarskim nikt do nikogo nie mówi w ten sposób. Dlaczego czasem przychodzi nam do głowy, aby w ten sposób budować zdania? To takie nienaturalne!

Pozycja narożna

Jest dość nietypowa w naszych warunkach i często trudna do zachowania z powodu niewielkiej ilości przestrzeni. Pozycja ta służy jednak swobodnej konwersacji. Łatwiej budować zaufanie. Pozwala zachować własną przestrzeń, ale jednocześnie barier jest mniej. Rozmówcy mogą się swobodnie obserwować i wysyłać oraz odbierać sygnały przesyłane różnymi kanałami.

Pozycja obrony i współzawodnictwa

Tak najczęściej wygląda umiejscowienie krzeseł w naszych placówkach. Jesteśmy do tego przyzwyczajeni, co pozwala nam zachować poczucie bezpieczeństwa. Niestety inaczej rozumianego, niż to potrzebne. Pacjent czuje się bezpiecznie nie wchodząc w relację z lekarzem i odwrotnie. A przecież my powinniśmy współpracować. Czy przy takim ustawieniu biurek i krzeseł współpraca jest możliwa? Oczywiście! Może być po prostu bardziej wymagająca.

Inne sfery DOSTROJENIA, czyli język, ton, tempo, mowa ciała

Przyjrzyjmy się pozostałym obszarom, w których warto nadawać na tych samych falach. Dlaczego warto? Ponieważ to właśnie od jakości dostrojenia zależą wszelkie szanse na porozumienie. Jak wspomniałem, dostrojenie ma na celu pozyskanie zaufania rozmówcy. Bez tego pacjent uruchamia szereg mechanizmów obronnych. Szuka słabych punktów naszej wypowiedzi, podważa instrukcje, irytuje się, nie współpracuje. A wszystko to dlatego, że nie czuje się rozumiany. Temu właśnie służy dostrojenie – aby nasz rozmówca w kontakcie z nami poczuł się jak „wśród swoich". Jakie jeszcze sfery nadawania na tych samych falach mają znaczenie? Należy do nich na przykład język, którym się posługujemy. W medycynie język jest prawdziwym wyzwaniem. Głównie dlatego, że medycy między sobą posługują się branżowym żargonem, który jest mieszanką łaciny, greki i angielskiego. Pozycja społeczna osób wykonujących zawody medyczne przez setki lat budowana była na ograniczonym dostępie do wiedzy. Jednakże zmiany cywilizacyjne okazują się dużym utrudnieniem. Pacjenci nie chcą się po prostu podporządkować. Pacjenci często nie słuchają tylko dlatego, że ktoś mówi mądre rzeczy w niezrozumiałym języku. Pacjenci chcą wiedzieć. Chcą rozumieć, akceptować, wyrażać własne zdanie. Chcą wreszcie, aby ich zdanie było wzięte pod uwagę.

> ***„Jeśli nie potrafisz czegoś wytłumaczyć w prosty sposób, to znaczy, że się na tym nie znasz"***

Ten cytat przypisuje się Albertowi Einsteinowi. Wskazuje on dość obrazowo istotę zmian społecznych i zmieniające się wraz z nimi oczekiwania pacjentów. Natomiast zwracając na to uwagę, nie mam na myśli jedynie podziału ról, ale właśnie dostrajanie się rozmówców. Naszym obopólnym celem jest porozumienie i współpraca. Te są niemożliwe do osiągnięcia bez zaufania. A ufamy swoim, więc wyłączenie mechanizmów obronnych zaczyna się w momencie, gdy mój rozmówca okazuje się „swój". Po czym poznajemy „swoich"? We współczesnym świecie zaczynamy od tego samego języka.

Czy mój rozmówca jest „swój", czy „obcy" oceniam także poprzez obserwację mowy ciała. Wokół nich także narosło wiele mitów i błędnych przekonań. Jest natomiast kilka prawd dobrze udokumentowanych wynikami solidnych badań i na nie warto zwrócić uwagę.

Dla poprawy naszych umiejętności komunikacyjnych zwróćmy uwagę na:

Spójność komunikacyjną (zbieżność) – rzecz w tym, aby nie zachowywać się w sposób sztuczny. Ze spójnością mamy do czynienia, gdy to, co mówimy, jak mówimy i jak się przy tym zachowujemy, jest „z tej samej drużyny". W praktyce to jest dość proste. Wystarczy mówić o tym, na czym się znamy i przekonywać do rzeczy, do których sami jesteśmy przekonani. Wyuczone gesty i pozycje, które nasze ciało przyjmuje w trakcie rozmowy, odbierają nam wiarygodność. Niektórzy badacze zagadnień związanych z mową ciała uważają, że sztuczne i wyuczone gesty są gorsze, niż ich brak. Idąc za tą myślą, powinniśmy uznać, iż sztuczny gest przywitania przez podanie ręki będzie gorszy, niż niepodanie ręki w ogóle. I to może być prawda. Natomiast niepodanie ręki też jest gestem oznaczającym chęć pozostania w dystansie i też zostanie przez naszego rozmówcę odczytany oraz różnie zinterpretowany.

Odzwierciedlenia – kiedy nasz kontakt jest dobry (skuteczny, przyjazny) w sposób niezależny od woli, możemy upodabniać się do siebie poprzez przyjmowanie odpowiedniej pozycji, czy wykonywanie podobnych gestów. Patrzymy na naszego rozmówcę i czujemy, jakbyśmy spoglądali w lustro (stąd nazwa „odzwierciedlenia). Ustaliliśmy przed chwilą, że sztuczność nie jest mile widziana. Trzymamy się tego. Natomiast czasem jeden, niezbyt kosztowny gest typu podobna pozycja siedząca może pomóc nam przełamać dyskretny opór. Zachowując się tak, jak twój rozmówca, wysyłasz sygnał, że jesteś „swój / swoja". Tylko nie przesadzaj z udawaniem!

Kto pyta, nie błądzi – czyli o sztuce zadawania pytań

Za kluczową umiejętność komunikacyjną powszechnie uważa się umiejętność zadawania pytań. Właściwe pytania, zadawane we właściwy sposób nie tylko prowadzą nas do poznania stanu rzeczy, a potem do porozumienia, ale też pomagają kontrolować rozmowę. Ci z pracowników placówek medycznych, którzy szczególnie narzekają na brak czasu, mogą wiele zyskać doskonaląc się w zadawaniu pytań. Najbardziej znany podział pytań to ten, który mówi, że są one albo otwarte, albo zamknięte.

Pytania otwarte umożliwiają twojemu rozmówcy podzielić się z tobą szeroką informacją, opinią, poglądami, przekonaniami, czy interpretacją. Silną stroną pytań otwartych jest to, że dzięki umiejętnemu posługiwaniu się nimi, możemy poznać szerszy, barwniejszy i pełniejszy obraz sytuacji przedstawianej przez naszego rozmówcę, ale także lepiej poznać samego rozmówcę.

Jak to zwykle bywa, wszystko ma swoje plusy i minusy, a więc i pytania otwarte mają także wady. Za największą uznajmy fakt, że bywają czasochłonne. Niektóre pytania otwarte mogę też być zbyt trudne dla niektórych pacjentów. Introwertycy w kontakcie społecznym wolą pozostać nieco wycofanymi, na co niekoniecznie pozwalają pytania otwarte. Mogą więc peszyć i wprawiać w zakłopotanie niektórych pacjentów.

Inną rolę pełnią **pytania zamknięte**. Ich główną cechą jest to, że wymagają od rozmówcy podania krótkiej i bardzo konkretnej informacji. Najczęściej prowadzą do odpowiedzi *„tak”* lub *„nie”*. Ale pytaniami zamkniętymi pozyskujemy inne informacje. *„Ile ma pani lat?”* – to klasyczny przykład pytania zamkniętego, gdyż istnieje tylko jedna prawdziwa odpowiedź na to pytanie. *„Czy mierzyła pani ciśnienie minimum raz w tygodniu, zgodnie z naszą umową?”* – kolejne pytanie zamknięte. Podobnie jak: *„Jakie były wyniki tego pomiaru przedwczoraj?”*

Jak sądzę, na tym etapie naszych rozważań nie mamy wątpliwości, że dobra, rzeczowa, ale i przyjazna rozmowa wymaga zadawania obu rodzajów pytań. Umiejętność zamiennego ich stosowania dla podtrzymania płynności rozmowy ukierunkowanej na cel nazywamy **balansem.**

Czym jednak byłaby nawet najlepiej wykształcona umiejętność zadawania pytań i zachowania balansu pomiędzy pytaniami otwartymi i zamkniętymi, bez zdolności wysłuchania odpowiedzi? Prawdziwe, uważne słuchanie to umiejętność niezwykle wymagająca. Dziś, zgodnie z obiegową opinią słuchamy bardziej po to, aby odpowiedzieć, niż po to, aby usłyszeć. Powierzchowność kontaktów człowiek – człowiek z pewnością jest zagrożeniem dla jakości współżycia, a naprawa tego zaczyna się właśnie od doskonalenia umiejętności.

Na przykład umiejętności słuchania. Wyzwaniem w słuchaniu jest nie tylko używanie zmysłu słuchu, ale także utrzymanie koncentracji i uwagi. Istnieje też pojęcie słuchania aktywnego. Wymaga ono wysyłania dodatkowych sygnałów pozawerbalnych, do których należą między innymi kontakt wzrokowy, a czasem także parajęzyk („*hmm*", „*acha*", itp.) Kontakt wzrokowy jest dla pacjenta, z którym rozmawiamy, potwierdzeniem, że nawiązujemy dialog, a przynajmniej próbujemy. Jeśli więc zależy ci, aby twój pacjent czuł się wysłuchany, otoczony opieką i zaangażowany w proces leczenia, utrzymuj z nim kontakt wzrokowy, także podczas słuchania. Jak wiemy, największym utrudnieniem w takim postępowaniu jest administracja, która wymaga od pracowników medycznych jednoczesnego wypełniania dokumentacji i prowadzenia rozmowy. A w takich warunkach trudno o utrzymywanie kontaktu wzrokowego. W takim przypadku możesz ujawnić intencję. Nie mamy wszak żadnych wątpliwości, że pacjent ma potrzebę bycia wysłuchanym. Nie mamy także wątpliwości, że brakuje nam czasu na rozmowę i prawdziwy kontakt człowiek – człowiek. Ujawnienie intencji polega na szczerym zapewnieniu, że twoje zachowanie wynika z dobrego nastawienia i chcesz, aby było właściwie zinterpretowane. Może to wyglądać na przykład tak:

> ***„Przepraszam, że słuchając pani, jednocześnie wpisuję coś do komputera. To, że nie patrzę na panią rozmawiając nie znaczy, że pani nie słucham. Zależy mi jedynie, aby nic z tego, co pani mówi, nam nie umknęło, bo wszystko ma znaczenie."***

Informowanie pacjentów o niekorzystnym rokowaniu – Protokół SPIKES

Przekazywanie informacji o poważnej chorobie jest trudne i emocjonalnie kosztowne dla obu stron relacji. Dlatego też komunikacja medyczna, jako dziedzina nauki ma do zaproponowania szereg różnych, gotowych narzędzi, które pracownikom placówek medycznych mogą nieco ułatwić to zadanie. A z pewnością pozwolą się solidnie przygotować do poprowadzenia trudnej rozmowy. Zacznijmy jednak od wskazówek ogólnych.

- **Po pierwsze** postaraj się zachowywać odpowiedni dystans emocjonalny. Wyobraź sobie odcinek pomiędzy dwoma, skrajnie różnymi biegunami. Z jednej strony masz pełną empatię, a po przeciwnej stronie profesjonalny chłód. Kiedy proponuję odpowiedni dystans, mam na myśli znalezienie się w tej przestrzeni, jednak chodzi o pozycję zdecydowanie bliżej pełnej empatii niż profesjonalnego chłodu. Profesjonalista ochrony zdrowia powinien być osobą empatyczną, ale nie może w pełni odczuwać tego samego bólu, czy strachu, którego doświadczają pacjenci, ponieważ straci zdolność pomagania.

- **Po drugie** koncentruj się na działaniu. Niezależnie od tego, w jak trudnej sytuacji się znajdziesz, pilnuj w tym siebie, ale też delikatnie przywołuj swoich rozmówców, abyście mówili o tym, co można zrobić i o tym, co warto robić. Nie traćcie czasu ani energii, by szukać winnych. Uważaj jednak, by koncentracja na działaniu nie była tym samym, co profesjonalny chłód. Uszanuj stan emocjonalny pacjenta i jego bliskich. To właśnie troska o pacjenta, chęć i gotowość zaopiekowania się nim, niesienia pomocy i wsparcia go jest dla ciebie zachętą i motywacją, by działać. Niech pacjent o tym wie.

- **Po trzecie** pracuj nad sojuszem terapeutycznym. To rodzaj relacji pomiędzy tobą, a twoim pacjentem, w którym jesteście rodzajem zespołu. Zespołu, który ma ten sam cel i wspólnie ustalone zasady dochodzenia do tego celu, jasno opisane i rozdzielone zadania oraz umówione metody kontroli.

Mając za sobą odpowiednie przygotowanie mentalne, możesz przystąpić do prowadzenia rozmowy, której celem jest przekazanie informacji o niekorzystnym rokowaniu. Wykorzystaj do tego jeden z najbardziej rozpowszechnionych protokołów w komunikacji medycznej, jakim jest protokół SPIKES.

S	Setting (usiądźmy)	zaproś pacjenta, poproś, aby usiadł, upewnij się, że w rozmowie biorą udział te osoby, na których zależy pacjentowi i o udział których prosi
P	Perception (percepcja i perspektywa)	zapytaj, co pacjent już wie o swoim stanie i swojej chorobie, co o tym sądzi
I	Invitation (zaproszenie)	zapytaj, czy pacjent chce i czy jest gotów, abyś omówił/a wyniki badań, diagnozę, podzielił/a się rozpoznaniem
K	Knowledge (wiedza, informacje)	przekaż informację o tym, co wiesz, powiedz, co mówią wyniki badania, przedstaw diagnozę, wyjaśnij, upewnij się, czy pacjent nie potrzebuje, by coś dopowiedzieć, wyjaśnić, lub powtórzyć
E	Emotnions (emocje)	zadbaj o rezonans emocjonalny, dostrzeż emocje pacjenta, zapytaj, czego najbardziej się obawia, powiedz, że jest Ci przykro i że żałujesz, że masz złe wieści
S	Strategy (strategia i plan działania)	powiedz, co w tej sytuacji można zrobić, zaproponuj działania, podaj proste i konkretne instrukcje

O współdecydowaniu, czyli Shared Decision Making

Wiele zdań w niniejszym poradniku dotyczy współpracy. Współpracy, której głównym celem jest przyjęcie na siebie zarówno przez pracowników medycznych, jak i przez pacjentów, właściwej części odpowiedzialności. Robimy to po to, by osiągnąć efekty leczenia. Oznacza to także, że rozmowa, którą prowadzisz z pacjentem, powinna być dla niego zachętą do brania odpowiedzialności na siebie. Czyli jednocześnie powinna angażować pacjenta i motywować go do działania. Cała współczesna medycyna akademicka nie ma już żadnych wątpliwości co do faktu, że poprawa jakości leczenia wymaga większego udziału pacjentów. Dlatego badacze komunikacji medycznej poszukują coraz to nowych metod prowadzenia rozmów, dzięki którym pacjenci chętniej i bardziej współpracują, więcej dają od siebie, a dodatkowo, sami pilnują, jakie efekty to przynosi. Tym, czego potrzebujemy, są metody komunikowania, które niwelują opór. Z wiedzy na temat motywacji wiemy chociażby, że pacjenci chętniej stosują się do zaleceń, które współtworzyli (lub takie mają przekonanie). Dlatego przy podejmowaniu decyzji o leczeniu uczestnictwo pacjentów także ma znaczenie. Często pacjent milcząco akceptuje pomysły medyków w gabinecie, albo sprawia takie wrażenie, a po jego opuszczeniu kieruje się do... innego gabinetu, po inną poradę i inny pomysł na leczenie.

Co zrobić, aby zniwelować opór pacjenta, zwiększyć jego zaangażowanie, podzielić się z nim częścią odpowiedzialności za efekty i skuteczniej leczyć?

Od kilku lat szczególnie ważnym, szeroko stosowanym i badanym na różne sposoby modelem jest forma dialogu o nazwie Shared Decision Making – w wolnym tłumaczeniu z angielskiego: *współdecydowanie* lub *wspólne podejmowanie decyzji*. Jak może wyglądać taka rozmowa? Składa się ona z pięciu kroków, a ich opis znajdziesz w poniższej tabeli.

Shared Decision Making	
1	Powiedz pacjentowi, że jego udział w podjęciu decyzji o wyborze danej metody leczenia (czy podjęciu innego działania) jest ważny i ma ogromne znaczenie dla efektów.
2	Omówcie plusy i minusy wszystkich dostępnych opcji leczenia (czy innego postępowania, nad którym się zastanawiacie).
3	Pomóż pacjentowi odnieść się do jego kryteriów decyzyjnych, aby łatwiej było mu nabrać przekonania.
4	Podejmijcie wspólną decyzję.
5	Upewnij się, czy wystarczająco jasno i precyzyjnie umówiliście się na kolejne kroki, czy tak samo rozumiecie plan dalszego działania, czy macie na to zgodę.

Co daje stosowanie modelu Shared Decision Making w praktyce?

WZROST	SPADEK
➔ świadomości choroby ➔ świadomości leczenia ➔ satysfakcji z opieki ➔ efektów leczenia	➔ poczucia zagrożenia ➔ ryzyka konfliktu decyzyjnego ➔ oporu

Autorytet pracowników placówki medycznej i przekonywanie

Zaangażowanie pacjentów i zachęcenie ich do współpracy może zależeć nie tylko od ich motywacji. Do motywacji, która jest tematem niezwykle ważnym w procesie leczenia, wrócimy w dalszej części poradnika. Czasami owo zachęcenie do współpracy może wymagać po prostu przekonywania. Czym jest przekonywanie od strony psychologicznej? Na czym polega i jak działa? W pewnym uproszczeniu możemy przyjąć, że przekonywanie polega na trafianiu do trzech sfer wpływu naszego rozmówcy, a dokładniej mówiąc na:

1. Dostarczeniu niezbędnych informacji, czyli na trafieniu „do głowy" pacjenta;

2. Sprowokowaniu do działania poprzez podanie prostej i sugestywnej instrukcji, nauczenie pacjenta określonego działania (obsługa inhalatora, samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego), albo też dokładne wytłumaczenie co, jak, kiedy i gdzie warto zrobić. Metaforycznie mówimy o trafianiu „do mięśni" pacjenta;

3. Zmianie nastawienia, czy też postawy. Inaczej rzecz ujmując chodzi o spowodowanie, że pacjent uwierzy w celowość i wartość działań, do podjęcia których zachęca go pracownik placówki medycznej. W tym przypadku mówimy o trafianiu „do serca" pacjenta.

Co zrobić, by przekonać?

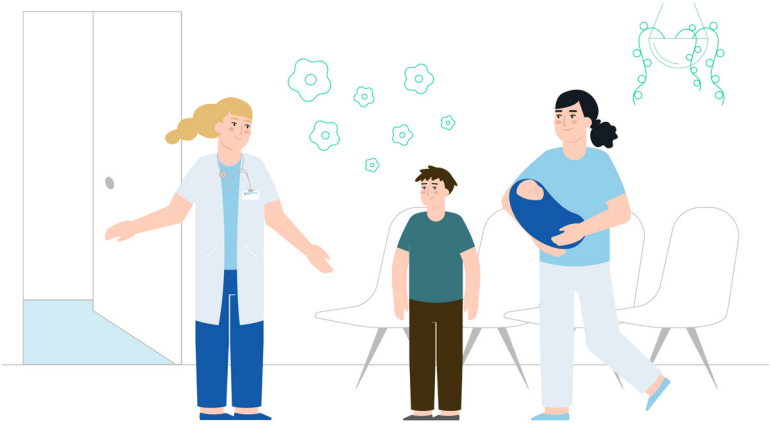
Najczęściej popełniany błąd w przekonywaniu to swego rodzaju ograniczenie działania jedynie do pierwszej sfery, a więc po prostu poinformowanie. Samo przekazanie informacji może ci pomóc w przekonywaniu, ale może też nie wystarczyć. Nie zapominaj o wskazówkach do działania. Nie pozostawiaj również przypadkowi zmiany nastawienia.

Czy zmiana nastawienia w krótkiej rozmowie w ogóle jest możliwa? Bywa trudna, ale oczywiście jest możliwa. Aby zmienić nastawienie pacjenta, możesz skorzystać z jednego z wielu dostępnych sposobów. Skuteczną metodą jest na przykład reguła autorytetu. Pacjenci uznający za autorytet lekarza lub innego pracownika placówki medycznej, chętniej i częściej ulegają jej, czy jego zaleceniom. Warto jednak nadmienić, że autorytet to zjawisko społeczne, które bazuje na zaufaniu, poczuciu bycia pod opieką, gotowości autentycznego korzystania z czyjejś wiedzy. Słowo „autorytet" jest powszechnie mylone z wizerunkiem, czy pozycją społeczną. Pozycja społeczna medyka, a zwłaszcza lekarza, lub też jego wizerunek może, ale nie musi działać na pacjenta. Co więc jest takiego w autorytecie?

Jak wspomniałem, uważam autorytet za zjawisko psychologiczne, czyli zestaw procesów, które zachodzą pomiędzy ludźmi. Są cztery różne źródła autorytetu, z których powstają cztery jego rodzaje. Każdy rodzaj autorytetu daje inne możliwości.

Twoja rola w relacji z pacjentem, zadania i obowiązki zawodowe nadają ci **autorytet strukturalny**. Pozwala on porządkować relację, informować o zasadach współpracy, czy regułach. Natomiast poza tym siła jego oddziaływania w dłuższej perspektywie nie jest duża. Kiedy powiesz do pacjenta: „Proszę tak robić, bo ja tak panu mówię. Pracuję w poradni i się na tym znam", nie spodziewaj się spektakularnych efektów.

Efekty pojawiają się przy korzystaniu z tzw. **autorytetu wiedzowego**, czy też związanego z wiedzą. Bierze się on ze zdolności wytłumaczenia w sposób zrozumiały i przekonujący. Nie wystarczy więc posiadać dużej wiedzy. Trzeba jeszcze umieć z niej zrobić pożytek w kontakcie z pacjentem. Ten rodzaj autorytetu zwiększa u pacjenta poczucie bezpieczeństwa. Pacjent chętniej współpracuje z medykami, o których myśli, że „w razie problemu, będą wiedzieli, co zrobić".



Autorytet moralny sprowadza się do konsekwentnego przestrzegania reguł. Warto być przykładem. Pacjent umówiony na godzinę 8.30 chciałby być przyjęty o 8.30. Jeśli przyjmiemy go o 9.15, nasze słowo mniej znaczy. Dlaczego pacjent ma stosować się do reguł, jeśli my ich nie przestrzegamy? Pomimo tego, że mamy zwykle dobre wytłumaczenie dla spóźnień. Gdy palący lekarz informuje o szkodliwości palenia, także jest mniej wiarygodny. O to mniej więcej chodzi w autorytecie moralnym.

I wreszcie **autorytet charyzmatyczny**, czyli bardzo silny mechanizm wywierania wpływu na innych. Charyzma jest definiowana na wiele różnych sposobów. Dla naszych celów uznajmy, że chodzi tu o zdolność zarażania innych własnym systemem wartości. O zdolność powodowania, że inni ludzie zaczynają wierzyć w to, w co my wierzymy. W relacji z pacjentem sprowadza się to np. do mówienia o badaniach i o leczeniu z taką wiarą i tak dużym przekonaniem, że pacjent nie ma wątpliwości, iż to dla niego najlepsze rozwiązanie.

Zapamiętaj:

Zdolność okazywania zainteresowania, troska i przekonanie do tego, co mówisz oraz jak mówisz, są prawdziwymi źródłami autorytetu i skutecznie oddziałują na pacjentów.

Motywowanie do przestrzegania zaleceń terapeutycznych

W psychologii motywacja nazywana jest **stanem gotowości do podjęcia określonych działań, służącym zaspokojeniu potrzeby.** Pacjenci potrzebują motywacji do różnego rodzaju działania:

- stosowania się do zaleceń terapeutycznych, np. regularnego przyjmowania leków, pozbycia się szkodliwych nałogów, wprowadzania zmian w stylu życia;
- działań profilaktycznych i kontrolnych, np. wykonywania badań;
- podjęcia decyzji o poddaniu się określonym zabiegom, oraz wielu innych.

Natomiast w potocznym rozumieniu, często mylimy motywację z czymś, co nazywa się „filozofią kija i marchewki". Wielu pracowników placówek medycznych błędnie uważa, że sam fakt bycia chorym rodzi potrzebę wyzdrowienia, a to z definicji czyni pacjenta zmotywowanym. Szereg danych z badań klinicznych potwierdza, że stosowanie się do zaleceń terapeutycznych, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych pozostawia wiele do życzenia. A co za tym idzie, za niska jest także skuteczność leczenia. Owszem, doświadczenie dostarcza nam przykładów na to, że – w niektórych sytuacjach – widmo zagrożenia, (poważna choroba) rozumiane bywa także, jako kara, czyli ów „kij". To z kolei powoduje rozpoczęcie przez pacjenta pożądanego działania. Tak się zdarza, ale nie zawsze. Bywa i tak, że możliwość zyskania nagrody, którą może być wyzdrowienie lub poprawa jakości życia, czyli „marchewka" jest motorem napędowym działania pacjenta. To też się zdarza. Ale nie powinniśmy motywacji pacjentów pozostawiać przypadkowi i liczyć na to, że się zdarzy. Zwłaszcza, że dzięki dokonaniom nauk społecznych w połączeniu z nowoczesnymi metodami neuroobrazowania, od pewnego czasu wiemy już, że niektóre z naszych przekonań na temat motywacji są błędne. Ale przede wszystkim wiemy, że niewielkim wysiłkiem możemy istotnie zwiększać motywację pacjentów do działania i przyczyniać się do większej skuteczności leczenia, czyli głównego celu naszej pracy w ochronie zdrowia. Jak to się robi? Jak zmotywować pacjenta do działania? Istnieją trzy obszary wpływające na motywację. Są to:

Autonomia

Najlepsze dostępne rozwiązania to te, które... sami wymyśliliśmy! Jeśli pacjent uzna, że zaproponowane rozwiązania zostało wymyślone przez niego, lub co najmniej miał wpływ na jego kształt, miał coś do powiedzenia przy jego tworzeniu, znacząco zwiększy to motywację do zastosowania owego rozwiązania w praktyce. Pacjenci lubią mieć wpływ na to, co i jak robią, lubią być zaangażowani w działania, które ich dotyczą, lubią, chcą i mają prawo podejmować decyzje. W kontakcie z pacjentem warto go więc angażować do współpracy bardziej, niż mówić mu, co ma robić. Warto z pacjentem omawiać dostępne opcje leczenia i wszelkie inne aspekty wymagające wyboru i podjęcia decyzji. Na przykład korzystając z omówionego w niniejszym poradniku protokołu Shared Decision Making.

Zachowanie lekarza szanującego autonomię pacjenta może wyglądać tak:

— *Jaki ma pan pomysł na to, aby pamiętać o codziennym przyjmowaniu leku?*
— *Z których zaznaczonych w tej tabeli pokarmów mogłaby pani zrezygnować i czym może je pani zastąpić?*

Mistrzostwo

To nazwa umowna, pochodząca z nowoczesnych publikacji na temat motywacji. W praktyce oznacza, iż motywuje nas wykonywanie tych zadań z którymi sobie radzimy, a demotywuje i frustruje robienie tego, co dla nas zbyt trudne, czy uciążliwe. Tak więc skuteczność i efekt podejmowanych przez pacjenta działań ma wpływ na to, czy uczyni je częścią swoich codziennych działań prozdrowotnych, czy też je porzuci.

Co zrobić, by motywować pacjenta używając do tego elementów mistrzostwa?

- **naucz pacjenta, jak obsługiwać inhalator leków wziewnych, czy jak samodzielnie mierzyć poziom cukru, lub ciśnienie tętnicze;**
- **przy wizytach kontrolnych sprawdzaj, jak pacjent to robi i powiedz – jeśli to prawda, że pacjent dobrze sobie radzi, a jeśli nie, daj kolejne wskazówki do działania;**
- **chwaląc pacjenta, odnoś się do działań i ich efektów (bardzo dobrze pan to robi), a nie posługuj się etykietami (jest pan bardzo pojętny).**

Cel

Cel jest motywujący, jeśli go rozumiemy i jeśli jego osiągnięcie jest dla nas atrakcyjne. Uważaj na to, aby cele dla pacjenta nie brzmiały zbyt abstrakcyjnie. Obniżenie ryzyka śmiertelności o 15% w ciągu 10 lat tak właśnie może dla pacjenta brzmieć. Parametry opisane wynikami badań laboratoryjnych mogą być dobrym celem, ale nie zawsze wystarczą. Obniżony poziom węglowodanów wyrażony konkretną wartością warto połączyć z elementami samopoczucia, na przykład z ustąpieniem pewnych dokuczliwych objawów. Niższe wartości ciśnienia tętniczego, które łatwo zmierzyć i zobaczyć gołym okiem to dobry cel, ale jeszcze lepszy będzie, gdy dopowiesz, że dzięki temu pacjent uniknie bólu głowy, obrzęków, zmniejszy ryzyko zawału, czy udaru. Przy każdym spotkaniu z pacjentem poświęć trochę czasu na rozmowę o tym, po co to wszystko, co pacjent dzięki temu uzyska, skąd będzie wiedział, że było warto – jak sprawdzi, że cel został osiągnięty. Cel, który jest motywujący, nie powinien być też zbyt odległy. Dlatego warto wyznaczać cele długoterminowe, ale przeplatać je celami krótkoterminowymi, czyli na okres od teraz, od obecnego spotkania do następnej wizyty.

Zapamiętaj:

Jasno określony cel, którego osiągnięcie możemy w prosty sposób sprawdzić podczas następnego spotkania, udział pacjenta w podejmowaniu decyzji i proponowaniu rozwiązań oraz proste i praktyczne wskazówki do działania to istota motywowania pacjenta.

Aaa jak... asertywność

Asertywność to kolejna postawa, która może poprawić jakość twoich relacji z innymi, w tym z pacjentami. A przydaje się zarówno w codziennych obowiązkach, jak i w sytuacjach trudnych, np. wymagających stanowczości, czy też odmowy.

Zapamiętaj, że asertywność to nie jest umiejętność odmawiania. Asertywność nie jest też zdolnością postawienia na swoim. Ponieważ – jak wspomniałem w pierwszym zdaniu tego rozdziału – asertywność jest postawą, a więc tym, co czujesz. W asertywności przede wszystkim chodzi o zachowanie równowagi pomiędzy uległością, a agresją. Uległość to stan, w którym zgadzasz się na to, co ważne dla pacjenta, nawet swoim kosztem. Z kolei agresja to stan, w którym chcesz postawić na swoim, także kosztem pacjenta. Asertywność jest więc emocją, która znajduje się dokładnie pośrodku przeciwnych biegunów, którymi są uległość i agresja.

W praktyce może to wyglądać tak:

> ***Pacjent oczekuje przesunięcia terminu zabiegu na inny, wcześniejszy. Może to nastąpić jedynie poprzez jawne złamanie reguł.***

Możesz zachować się w jeden z trzech sposobów, które będą zdeterminowane przez twoje nastawienie:

1. ULEGLE – użal się i zlituj nad pacjentem. Uwierz, że akurat ten pacjent ma prawo pominąć kolejkę, że system jest niedoskonały i krzywdzi tego pacjenta, a także ciebie, bo stawia cię przed koniecznością podejmowania trudnych decyzji. Zaryzykuj i złam reguły, a jednocześnie naraź siebie na negatywne konsekwencje, byleby zrobić dla pacjenta coś, czego oczekuje.

2. AGRESYWNIE – uznaj, że oczekiwanie pacjenta jest szczytem bezczelności, że pacjent ma wyjątkowo wysokie mniemanie o sobie, a jednocześnie próbuje tobą manipulować. Odwołaj się do swojego poczucia obowiązku, do zasad, którymi się kierujesz. Powiedz, że takie decyzje podejmowane są w oparciu o diagnozę i te same kryteria wobec wszystkich. I dopowiedz, żeby pacjent nie przesadzał z oczekiwaniami. Niech grzecznie czeka na swoją kolejkę i cieszy się, że może korzystać z refundowanej procedury medycznej.

3. ASERTYWNIE – uszanuj trudną sytuację pacjenta i jego poczucie zagubienia, jego obawy, czy lęki. Możesz uznać, że właśnie to skłoniło pacjenta, by cię prosić o złamanie reguł. Następnie odwołaj się do panujących w twojej placówce zasad i koniecznie zapewnij, że te zasady są dla ciebie ważne. Wyjaśnij, że decyzję o terminie podejmowane są w oparciu o diagnozę i te same kryteria dla wszystkich.

Do czego może się nam przydać lepsze rozumienie tych różnic i zdolność zachowania się w różny sposób? Otóż odmowa uległa zachęca do podejmowania kolejnych prób. Eskaluje żądania, umacnia oczekiwania. Odmowa agresywna zniechęca do dalszej współpracy i buduje o nas złą opinię. Jedynie odmowa asertywna pozwala wyznaczyć granicę, ale nie zniechęca do współpracy na przyszłość.

Nie ma trudnych pacjentów, są trudne sytuacje

Tytuł niniejszego rozdziału nie jest pobożnym życzeniem, tylko wskazówką do działania. Sformułowanie „trudny pacjent" stało się popularne, pomimo tego, że jego używanie niesie za sobą negatywne konsekwencje. Jeśli myślimy o drugim człowieku, że jest trudny, podejmujemy ryzyko, iż zamiast szukać szans na porozumienie, próbujemy sobie poradzić z nim, z człowiekiem, a nie z sytuacją. Inwestujemy energię i czas, aby wygrać z naszym rozmówcą, aby go pokonać. Szkoda na to czasu. Poświęćmy ten czas na szybkie poradzenie sobie z trudnościami, na znalezienie wyjścia z sytuacji. Jak się czujesz, gdy pacjent samodzielnie zmienia zalecone przez ciebie dawkowanie leku lub wykonuje badania, nie informując cię o tym? Czasem lekarze odbierają takie zachowanie jako podważanie ich kompetencji. Niestety nie zawsze możemy to wykluczyć.

Pamiętaj jednak, że tego typu samodzielność pacjenta może mieć różne podłoże. Intencja pacjenta może być pozytywna, jak np. troska o swoje zdrowie i chęć większego zaangażowania się w leczenie. Intencja może być też negatywną konsekwencją błędów we wcześniejszej komunikacji, jak choćby brak zaufania do lekarza. Co możesz zrobić w takiej sytuacji? Rywalizacyjne zachowania zwykle nie przynoszą spodziewanego skutku. W takich sytuacjach możesz po pierwsze zaakceptować stan rzeczy. Badanie już wykonano, a lek w innej dawce został już przyjęty.

Jednakowoż akceptacja stanu zastanego nie oznacza wcale, że nie należy tego zmienić i że trzeba się na to godzić. Szukanie rozwiązań, zamiast szukania winnych i oskarżenia są lepszym wyjściem. Jeśli działanie pacjenta rzeczywiście wynika z braku zaufania, warto coś zrobić dla poprawienia jakości relacji. Jeśli pacjent po prostu wykonał dodatkowe badania, możesz wyrazić uznanie dla jego samodzielności i zapoznać się z wynikami, a następnie je zinterpretować. Wszak celem każdej rozmowy lekarza z pacjentem jest koncentracja na tym, co można i co warto zrobić.

Inną emocją stanowiącą opór w rozmowie jest wstyd. Wstyd, według badaczy, to postawa, czyli stan emocjonalny, odczuwany po przekroczeniu norm moralnych i zasad obowiązujących w danym środowisku. Może stanowić istotną barierę w komunikacji z pacjentem. Poczucie wstydu bywa ważnym hamulcem w relacji. W przypadku borykania się ze wstydem podczas rozmowy warto wziąć pod uwagę fakt, że może on być objawem wrażliwości pacjenta. W poradzeniu sobie ze wstydem pacjenta pomoże ci zrozumienie jego perspektywy. Wykorzystaj umiejętność zadawania pytań.

Innym wyzwaniem jest rozmowa na temat kosztów leczenia. Nie wszystkie uznane przez klinicystów metody są refundowane w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, a rynkowy koszt niektórych z nich nawet przez zlecających je lekarzy uważany jest za wysoki. Pamiętaj, że pojęcia „drogie – tanie" są pojęciami bardzo subiektywnymi i dlatego używanie ich w rozmowie z pacjentem zwykle obarczone jest ryzykiem. O tym, czy dana metoda leczenia jest droga, czy tania, decyduje jedynie osoba, która za to płaci. Każda inna osoba ma prawo mieć swoje zdanie, ale nie powinna go używać w rozmowie. Używanie takich sformułowań jest formą emocjonalnego ubarwienia wypowiedzi.

Jeśli lekarz nie decyduje o tym, ile kosztuje badanie dodatkowe, czy lek i dodatkowo nie płaci za to badanie z własnej kieszeni, nie najlepszym rozwiązaniem jest myślenie, a tym bardziej mówienie pacjentowi, czy jest ono drogie, czy tanie. Zgodnie ze sztuką komunikowania, lekarz informuje pacjenta o wskazaniu do danego leczenia. Jeśli zalecona przez ciebie forma leczenia, czy też dodatkowego badania nie jest refundowana, poinformuj pacjenta o cenie – podając jej wysokość, ale zrób to bez emocjonalnego interpretowania. Gdy słysząc to, pacjent wyrazi swoje obawy lub niezadowolenie, możesz podjąć dyskusję, podzielić się swoim zdaniem i odczuciami. Jednak nie warto od tego zaczynać. Możesz niepotrzebnie wywoływać dyskusję i oprócz ryzyka potencjalnego oporu, stracić czas. Bardzo często lekarze chcą przygotować pacjenta i uprzedzić jego potencjalnie negatywne zaskoczenie w aptece. Ale to samo zrobisz podając cenę i pozwalając ją dowolnie zinterpretować. Niekoniecznie warto samodzielnie budować negatywne nastawienie tak długo, jak długo ono nie powstało. Pozwól pacjentowi samodzielnie ocenić i radzić sobie z problemem dopiero wtedy, gdy on powstanie, zamiast go wywoływać.

W rozdziale poświęconym pytaniom i słuchaniu wspomniałem m.in. o ujawnieniu intencji, jako przykładzie niewymagającej umiejętności komunikacyjnej, która może wiele zmienić w dyskontowaniu oporu. Jednak większość problemów w relacji pracowników placówek medycznych z pacjentami zaczyna się od niewłaściwego nastawienia i przede wszystkim od nadmiernych oczekiwań.

Co zrobić w sytuacji, gdy pacjent przekracza granice dobrego wychowania i łamie reguły współżycia społecznego wyrażając na temat ciebie i twoich współpracowników sformułowania obraźliwe?

Amerykański psycholog Marshall Rosenberg, uznany w świecie autor wielu opracowań i książek, na szczególnie trudne emocjonalnie sytuacje proponuje model, który nazwał modelem „porozumienia bez przemocy" (w oryginale: *non-violence communication; NVC*). Metoda ta bardzo rozpowszechniła się na całym świecie, także w Polsce, gdzie znajdują się centra akredytujące konsultantów i trenerów uczących metody NVC. Model ów, w bardzo uproszczonej, ale praktycznej wersji składa się z czterech kroków, a jego opis wraz z przykładem zawiera poniższa tabela.

Wyobraź sobię sytuację, w której pacjent mówi do ciebie: *„Na wszystko u was trzeba czekać godzinami. Macie tu taki bajzel, że niedługo wszyscy poumieramy przez was. Bałaganiarze!"*		
krok	wyjaśnienie	przykład wypowiedzi
SPOSTRZEŻENIE	nazwij konkretne zachowanie pacjenta, do którego chcesz się odnieść, ale uważaj: nie oceniaj zachowania, nie oceniaj pacjenta – po prostu powiedz, do którego konkretnie zachowania się odnosisz	*Kiedy pan nazywa nas bałaganiarzami i mówi, że przez nas poumieracie...*
UCZUCIA	zawsze masz prawo powiedzieć, jak się w danej sytuacji czujesz, więc nazwij swoje emocje, ale uważaj: swoje emocje, ale nie mów o emocjach pacjenta	*Jest mi przykro. Źle się z tym czuję, a nawet czuję się obrażony/a*
POTRZEBA	powiedz, na czym Ci zależy, czego potrzebujesz	*Zarówno ja, jak i moje koleżanki jesteśmy tu po to aby państwu i pacjentom pomagać i troszczyć się o was*
PROŚBA	wyraź swoje oczekiwanie wprost, podsumuj i zamknij swoją wypowiedź	*Dlatego proszę poczekać na swoją kolej i proszę tak do mnie nie mówić*

Zamykanie rozmowy i pomost w przyszłość

Na początek informacja ważna i porządkująca. Choć to pojęcia zbliżone, zamykania rozmowy nie należy mylić z jej zakończeniem. Zamykanie jest rodzajem umiejętności, łączącej w sobie podsumowanie, ustalanie planu i potwierdzania uzgodnień. Poukładajmy to dla jasności. Zamykanie rozmowy odbywa się poprzez uzyskiwanie zobowiązania. Inaczej rzecz ujmując, chodzi o umówienie się na coś, zawarcie pewnego rodzaju szczegółowego porozumienia i ustalenie celów, metod oraz kryteriów, dzięki którym w przyszłości będzie można ocenić efekty, a także wzajemnie się rozliczyć. Chodzi o to, by spotkanie z pacjentem nie kończyło się domysłami i niedomówieniami. Powinno kończyć się „pomostem w przyszłość". Zamykanie rozmowy składa się z podsumowania omówionych, tak samo zrozumianych i zaakceptowanych przez ciebie i pacjenta korzyści oraz zaproponowania dalszych działań.

W rejestracji:

— *Ponieważ zależy pani na wizycie w godzinach porannych, zapisuję panią na czwartek, pojutrze, 12-ego, o 8.20. Proszę być w przychodni mniej więcej 10 minut wcześniej, czyli około 8.10. Dzień wcześniej otrzyma pani SMS przypominający. Gdyby z jakiegoś powodu nie mogła pani przybyć umówionego dnia, proszę o informację telefoniczną dzień wcześniej, w środę, do godz. 16.00. Na tej wizytówce znajdzie pani numer telefonu do nas. Czy zapisać pani te informacje dodatkowo?*

W gabinecie lekarskim:

— *Zgodziliśmy się oboje, że zbyt duża tabletka utrudniała pani przełykanie, więc zapisałam pani na recepcie ten sam lek, ale pod inną nazwą i w mniejszej, łatwiejszej do przełknięcia tabletce. Podobnie jak wcześniej, będzie ją pani przyjmowała raz dziennie, rano, każdego dnia. Spodziewamy się poprawy ciśnienia, czyli poniżej 140 na 90 do czasu następnego naszego spotkania, za około 2 miesiące. Proszę mierzyć ciśnienie samodzielnie, w tym dzienniczku notować wartości, a oprócz tego, podczas wizyty za 2 miesiące zmierzę pani ciśnienie tu, w gabinecie i ocenimy, czy zmiana leku na łatwiejszy do przyjmowania poprawi pani stan zdrowia. Czy chce pani coś dodać lub o coś dopytać?*

W związku z poszanowaniem autonomii, o którym wspominam przy okazji omawiania motywacji, lekarz może też, zamykając rozmowę podsumować pytaniem:

— *Proszę wymienić trzy główne zadania, z jakimi wychodzi pani ode mnie?*

Dzięki takiej formie budowania narracji lekarz nie tylko sprawdza poziom zrozumienia i zapamiętania, ale przede wszystkim zwiększa poziom zaangażowania pacjentki i – w duchu *concordance* (współodpowiedzialności) – dystrybuuje na nią istotną część odpowiedzialności.

Rozmowa z pacjentem – dzieckiem

Wszystkie nasze rozważania zawarte w tym poradniku mają zastosowanie w rozmowie z pacjentami i członkami ich rodzin niezależnie od wieku samych pacjentów. Jeśli zaś twój pacjent jest małoletnim dzieckiem, warto wziąć pod uwagę jeszcze kilka elementów ponadstandardowych.

Byłoby idealnie, gdyby rodzice przygotowali małego pacjenta na wizytę w twojej placówce. To jednak dość rzadkie. Dlatego gdy odwiedza cię mały pacjent z rodzicem, zainwestuj choćby kilkadziesiąt sekund w przedstawienie siebie, ewentualnie twoich współpracowników (jeśli są obecni w trakcie rozmowy) i opisz prostymi słowami plan spotkania. Chodzi o to, aby złagodzić lęk przed nieznanym, który u dzieci może być większy, niż u pacjentów dorosłych.

Do małego pacjenta zwracaj się bezpośrednio, używając jego imienia. W ten sposób okazujesz dziecku, a także jego rodzicom, szacunek. Dodatkowo zwiększasz szansę na pozyskanie ich zaufania.

Dzieci powyżej szóstego lub siódmego roku życia wolą bardziej formalne podejście i zwykle lepiej czują się, siedząc tuż obok jednego z rodziców. Dzieci młodsze bywają bardziej ruchliwe. Chętnie i z ciekawością mogą przemieszczać się po pomieszczeniu. Uszanuj tę różnorodność i zrób wszystko, by dzieci w twojej placówce czuły się bezpiecznie.

Zwróć uwagę, aby w gabinecie, w którym rozmawiacie z dzieckiem i jego rodzicami nie były wyłożone na wierzch niebezpieczne przedmioty i pewien sprzęt medyczny. Niektóre z tych rzeczy, a raczej ich widok, może nieść za sobą nieprzyjemne skojarzenia. Dotyczy to na przykład narzędzi chirurgicznych, czy realistycznych modeli anatomicznych. Niegroźne przedmioty używane rutynowo typu stetoskop, czy latarka to zwykle żaden problem.

Są takie placówki medyczne oraz takie kultury (inne kraje), gdzie odchodzi się od noszenia białych fartuchów. Może to mieć znaczenie zwłaszcza w kontakcie z dziećmi. Czasem biały fartuch może nadto onieśmielać małych pacjentów. Dlatego w pediatrii popularne stają się kolorowe stroje i kolorowy wystrój wnętrz. Wszystko po to, aby pacjenci dobrze się czuli w kontakcie z nami.

Co warto przeczytać?

W trakcie pracy nad niniejszym poradnikiem korzystałem z następującego piśmiennictwa, które – przy okazji – serdecznie polecam wszystkim zainteresowanym pogłębianiem wiedzy i doskonaleniem swoich umiejętności komunikacyjnych.

- Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy, W. Feleszko, M. Nowina-Konopka, Ł. Małecki, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
- Medycyna stylu życia, red. D. Śliż, A. Mamcarz, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
- Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań, red. Gaciong Z., Kardas P., Wydawnictwo Index Copernicus, Warszawa 2015.
- Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego, red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016.
- Postępowanie paliatywne w opiece perinatalnej. red. M. Rutkowska, S. Szczepaniak, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
- Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice; Glyn Elwyn; Ph.D. J. Gen. Intern. Med. 2012 Oct; 27(10) 1361-1367.
- Jak rozmawiać z pacjentem; Myerscough P.R., Ford M. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.
- Efekt wioski. Jak kontakty twarzą w twarz mogą uczynić nas zdrowszymi, szczęśliwszymi i mądrzejszymi; Susan Pinker; Wydawnictwo Charaktery, Kielce, 2015.
- Porozumienie bez przemocy. O języku serca; Marshall Rosenberg; Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa, 1999.
- Drive. Kompletnie nowe spojrzenie na motywację; Daniel H. Pink; Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa, 2011.

Zbigniew Kowalski

Jeden z pierwszych w Polsce nauczycieli akademickich nauczających studentów wydziału lekarskiego metod porozumiewania się z pacjentami. Z wykształcenia jest negocjatorem i specjalistą ds. komunikacji.

Jest autorem kilku istotnych badań opinii, jak np. oczekiwania Pacjentów wobec Lekarzy. Od 2000 roku prowadzi treningi, wykłady motywacyjne, warsztaty i debaty. Z jego wiedzy skorzystało dotychczas ponad 120 000 osób, w tym **ponad 70 000 lekarzy** i 25 000 farmaceutów. Współpracuje jako wykładowca z wyższymi uczelniami i towarzystwami naukowymi.

Pełni funkcję Przewodniczącego Sekcji Motywacji Pacjentów Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

Od wielu lat występuje na najważniejszych zjazdach, konferencjach i kongresach medycznych.

Telefoniczna Informacja Pacjenta
800 190 590

www.gov.pl/rpp

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Rzeczpospolita Polska
Rzecznik Praw Pacjenta
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny