**Ministerstwo Zdrowia**

*(nazwa ministerstwa przeprowadzającego konsultacje)*

**Formularz konsultacji z zainteresowanymi środowiskami**
przeprowadzonej na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ZSK

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kwalifikacji** | Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi |
| **Wnioskodawca** | PRO.PL Agata Hącia |
| **Podmiot zgłaszający uwagi****E-mail do kontaktów****Telefon kontaktowy**  |  |

**Uwagi do wybranych pól wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wybrane pole wniosku** | **Uwaga - uzasadnienie** |
| 1. | **Nazwa kwalifikacji** Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi |  |
| 2 | **Krótka charakterystyka kwaliﬁkacji oraz orientacyjny koszt uzyskania dokumentu potwierdzającego otrzymanie danej kwaliﬁkacji**Zdobycie niniejszej kwalifikacji jest potwierdzeniem, że pracownik ochrony zdrowia posiada umiejętności komunikatywnego (zrozumiałego), sprawnego i skutecznego porozumiewania się z pacjentami oraz ich rodzinami w różnych sytuacjach (np. zbieranie wywiadu, omawianie wyników badań, przekazywanie niepomyślnych wiadomości, formułowanie zaleceń). Pożądane w takich sytuacjach umiejętności oraz postawy w relacji z niespecjalistami (związane ze skutecznością komunikacji) sprowadzają się m.in. do wyjaśniania skomplikowanych kwestii medycznych w sposób zrozumiały dla osób nieposiadających wykształcenia medycznego oraz za pomocą dostosowanej do pacjenta formy przekazu, po uprzednim rozpoznaniu stanu wiedzy, potrzeb i obaw rozmówcy (wynikających z jego potocznej świadomości zdrowotnej). Certyfikat poświadcza ponadto, że osoba mająca tę kwalifikację potrafi budować relację opartą na zrozumieniu, empatii, zaufaniu, poszanowaniu autonomii pacjenta i jego praw oraz angażuje pacjenta w podejmowanie decyzji i współodpowiedzialność za jego zdrowie i dobrostan (psycho-fizyczny). Koszt uzyskania: 2000 zł |  |
| 3. | **Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji**Adresatami kwalifikacji są lekarze, lekarze stomatolodzy, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni, dietetycy. |  |
| 4. | **Wymagane kwalifikacje poprzedzające**Kwalifikacja pełna na poziomie 6 PRK |  |
| 5.  | **W razie potrzeby warunki, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji:**Dyplom ukończenia jednolitych studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym (dla lekarzy i lekarzy stomatologów) lub na kierunku fizjoterapia (dla fizjoterapeutów). Dyplom ukończenia studiów na poziomie licencjatu (dla pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, dietetyków). |  |
| 6.  | **Zapotrzebowanie na kwalifikację** Kwalifikacja odpowiada na społeczną potrzebę poprawy jakości komunikacji między pacjentami (ich rodzinami) i pracownikami opieki medycznej. O konieczności podnoszenia kompetencji komunikacyjnych (w tym językowych) personelu medycznego (na wzór standardów zachodnich) świadczą m.in. niekorzystne dane dotyczące Polski przedstawione w raporcie „Health at a Glance” Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD [1]. Rośnie również liczba skarg składanych przez pacjentów do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, Rzecznika Praw Pacjenta. U podstaw wielu z nich leżą problemy wynikające z nieprawidłowej komunikacji. Kwalifikacja potwierdza, że osoba posiada umiejętności budowania właściwej relacji z pacjentem i jego rodziną, zdobywania i przekazywania informacji w sposób usprawniający proces terapeutyczny, radzenia sobie w szczególnych sytuacjach (np. w obliczu określonych oczekiwań i zachowań pacjenta). W kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych uwzględnione są również kompetencje językowe. Współcześnie są wdrażane zasady posługiwania się prostą polszczyzną, czyli polskim standardem prostego języka (ang. plain language), w urzędach administracyjnych, szczególnie w kontaktach z petentami/klientami (por. Pracownia Prostej Polszczyzny Uniwersytetu Wrocławskiego: http://ppp.uni.wroc.pl/). Dzięki temu Polacy mają szansę lepiej rozumieć język urzędowy i lepiej funkcjonować w przestrzeni administracyjnej. To samo zastosowanie widać w obszarze ochrony zdrowia. Pacjent i jego zdrowie są w centrum zainteresowania medycyny – a zatem pacjent powinien rozumieć, co się do niego mówi w kwestiach związanych z jego (lub jego bliskich) zdrowiem i życiem. Umiejętności komunikacyjne są potrzebne codziennie w pracy personelu medycznego, w różnych placówkach (publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w ramach prowadzenia własnej praktyki, w pracy w hospicjach oraz i w innych miejscach gdzie pracownicy ochrony zdrowia spotykają się z pacjentami). W ostatnich latach pracodawcy [2] coraz częściej deklarują gotowość do zatrudniania osób, które poza odpowiednią wiedzą medyczną posiadają także kompetencje interpersonalne – zespół umiejętności, które stanowią ramę dla wiedzy i ściśle klinicznej praktyki. Sprawność komunikacyjna personelu medycznego sprzyja budowaniu dobrych relacji z pacjentami i ich rodzinami, tworzy atmosferę bezpieczeństwa, a przez to przekłada się na większą skuteczność leczenia. Zmniejsza ryzyko skarg pacjentów, a pracowników opieki medycznej wyposaża w narzędzia, które pozwalają im rozwijać się i doskonalić jako lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, dietetyk lub ratownik medyczny. Opisane umiejętności zwiększają satysfakcję personelu medycznego z wykonywanej pracy [3], a pacjentom dają poczucie, że oferowana im opieka medyczna jest wysokiej jakości. Kwalifikacja stanowi standard kompetencji personelu medycznego w relacji z pacjentami i ich rodzinami gwarantujące wysoką jakość opieki sprawowanej przez personel medyczny posiadający certyfikat.. Na rynku jest dostępnych wiele kursów, które mają kształtować między innymi kompetencje komunikacyjne. Szkolenia te są prowadzone przez bardzo różne osoby, w programie nierzadko zdarzają się treści odnoszące się do technik sprzedażowych, wywierania wpływu, bez odwołania do wartości będących podstawą relacji personelu medycznego z pacjentami i bez uwzględnienia potrzeb pacjentów, ich praw, przekonań i oczekiwań. Takie podejście buduje przekonanie, że cele personelu medycznego i pacjenta są różne, liczy się jednorazowy efekt, a nie długotrwała relacja oparta na zaufaniu, dająca pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i wpływająca pozytywnie na jego zachowania zdrowotne. [1] Raport „Health at a Glance” Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, dostępny na stronie: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance\_19991312. [2] Szkoła Główna Handlowa, Amerykańska Izba Handlu, Ernst & Young, “Kompetencje i kwalifikacje poszukiwane wśród absolwentów szkół wyższych wchodzących na rynek pracy”, Warszawa 2012, dostępny na stronie: http://firma.sgh.waw.pl/pl/Documents/RKPK\_raport\_2012.pdf. [3] Sahar Abd El-Gawad, “Effective Communication and Job Satisfaction among Staff Nurses Working in Pediatric Intensive Care Units”, “Life Science Journal 2013, 10, 2661-2669. |  |
| 7. | **Odniesienie do kwalifikacji o zbliżonym charakterze oraz wskazanie kwalifikacji ujętych w ZRK zawierających wspólne zestawy efektów uczenia się**Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2012 poz. 631 z późn. zm.) wskazuje na następujące efekty kształcenia, które powinny być realizowane w trakcie kształcenia na kierunku lekarskim: * DW. 4. „rozumie znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w procesie komunikowania się z pacjentami oraz pojęcie zaufania w interakcji z pacjentem”;
* D. W11. „zna zasady motywowania pacjentów do prozdrowotnych zachowań i informowania o niepomyślnym rokowaniu”;
* D. U1. „uwzględnia w procesie postępowania terapeutycznego subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta wynikające z uwarunkowań społeczno-kulturowych”;
* D. U4. „buduje pełną zaufania atmosferę podczas całego procesu diagnostycznego i leczenia”;
* D. U5. „przeprowadza rozmowę z pacjentem dorosłym, dzieckiem i rodziną z zastosowaniem techniki aktywnego słuchania i wyrażania empatii, a także rozmawia z pacjentem o jego sytuacji życiowej”;
* D. U7. „przekazuje pacjentowi i jego rodzinie informacje o niekorzystnym rokowaniu”;
* D. U11. „komunikuje się ze współpracownikami zespołu, udzielając konstruktywnej informacji zwrotnej i wsparcia”.

Kwalifikacja "Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi" na tych efektach uczenia się bazuje, lecz w znacznym stopniu je precyzuje i uzupełnia. Wśród efektów uczenia zawartych w kwalifikacji są ponadto kwestie związane z komunikacją z bliskimi pacjenta. Kwalifikacja „Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi" nie obejmuje kwestii zagadnień związanych z komunikacją ze współpracownikami. |  |
| 8. | **Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji**Kwalifikacja może być wykorzystywana przez osoby: * wykonujące zawód lekarza, lekarza stomatologa, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (przychodnie, szpitale);
* wykonujące zawód lekarza, lekarza stomatologa, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego prowadzące działalność gospodarczą (np. prywatna praktyka);
* wykonujące zawód lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego zatrudnione w różnych instytucjach, zakładach opiekuńczych (np. hospicja, domy opieki);
* poszukujące zatrudnienia w zawodzie lekarza, lekarza stomatologa, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego.
 |  |
| 9. | **Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację**1. Etap weryfikacji * 1. Metody

Do weryfikacji efektów uczenia się zawartych w kwalifikacji dopuszcza się wyłącznie następujące metody (stosowane łącznie): 1. test teoretyczny (również z pytaniami otwartymi);
2. analizę dowodów i deklaracji: nagranie konsultacji (rozmowy z pacjentem i/lub jego rodziną) wraz z pracą pisemną zawierającą analizę przebiegu rozmowy, poruszanych problemów, wykorzystanych umiejętności komunikacyjnych, propozycji rozwiązań problemów (jeśli takie się pojawiły);
3. obserwacja w warunkach symulowanych: 3 stacje OSCE ze standaryzowanym pacjentem sprawdzające w ustrukturyzowany sposób umiejętności z zakresu:
4. zbierania informacji niezbędnych do rozpoznania problemu pacjenta i zaproponowania odpowiednich działań,
5. przekazywania informacji (różnego typu),
6. radzenia sobie z sytuacjami trudnymi emocjonalnie;
7. wywiad swobodny z kandydatem.
	1. Zasoby kadrowe

Weryfikację efektów uczenia się przeprowadza komisja składająca się z minimum 3 osób, z których przynajmniej 2 muszą posiadać: 1. minimum 300 godzin udokumentowanych zajęć z komunikacji medycznej dla studentów kierunków medycznych i
2. udokumentowane doświadczenie w ocenianiu umiejętności komunikacyjnych na uczelni medycznej (np. w czasie egzaminu OSCE).

Przynajmniej jedna z osób w komisji musi posiadać prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa/ pielęgniarki/położnej/fizjoterapeuty/dietetyka/ratownika medycznego oraz posiadać doświadczenie minimum 300 godzin udokumentowanych zajęć z komunikacji medycznej dla studentów kierunków medycznych. Trzecia osoba w komisji musi posiadać minimum stopień naukowy doktora w zakresie językoznawstwa lub w zakresie nauk społecznych oraz być autorem lub współautorem publikacji naukowych bądź referatów na konferencji na temat zagadnień związanych z komunikacją medyczną. * 1. Sposób organizacji walidacji oraz warunki organizacyjne i materialne
1. Sala do przeprowadzenia symulacji z możliwością nagrywania obrazu i dźwięku (wyposażenie: stół, dwa krzesła z możliwością dowolnej aranżacji).
2. Symulowany pacjent (jeden).
3. Komputer z pakietem Office.
4. Etapy identyfikowania i dokumentowanie

Instytucja prowadząca proces walidacji zapewnia kandydatom wsparcie doradcy walidacyjnego w zakresie identyfikowania oraz dokumentowania efektów uczenia się. Korzystanie z tego wsparcia nie jest obowiązkowe. Zadaniem doradcy walidacyjnego jest wsparcie kandydata w procesie identyfikowania oraz dokumentowania efektów uczenia się, które mogą zostać potwierdzone metodą analizy dowodów i deklaracji. Doradca walidacyjny: * umie stosować metody i narzędzia pomocne przy identyfikowaniu i dokumentowaniu kompetencji;
* zna zasady weryfikacji dowodów na osiągnięcie efektów uczenia się;
* zna wymagane efekty uczenia się oraz kryteria weryfikacji ustalone dla niniejszej kwalifikacji.
 |  |
| 10. | **Opis efektów uczenia się obejmujący syntetyczna charakterystykę efektów uczenia się , zestawy efektów uczenia się, poszczególne efekty uczenia się w zestawach wraz z kryteriami weryfikacji ich osiągnięcia****Syntetyczna charakterystyka efektów uczenia się**Osoba posiadająca niniejszą kwalifikację wie, jak ewoluował sposób myślenia o relacji lekarz – pacjent, charakteryzuje poszczególne modele tej relacji i wymienia zalety tych, które uwzględniają różnorodne wymiary doświadczania choroby przez pacjenta (i jego bliskich). Dzięki zdobytej wiedzy na temat prawnych i etycznych aspektów komunikowania się z pacjentem osoba z kwalifikacją prezentuje profesjonalną postawę w codziennej pracy z chorymi – na różnych etapach postępowania terapeutycznego. Osoba posiadająca kwalifikację buduje i utrzymuje relacje z pacjentami oraz ich rodzinami, zbiera wywiad, w sposób profesjonalny przekazuje informacje (zarówno proste komunikaty i instrukcje, jak i złożone treści, w tym niepomyślne wiadomości), motywuje pacjenta do przestrzegania zaleceń i wspiera go w długotrwałym procesie leczenia. Potrafi także reagować w sytuacjach trudnych emocjonalnie i dostosowywać komunikację do konkretnych okoliczności w taki sposób, by odpowiadać na potrzeby pacjenta i zmierzać do rozwiązania trudności. Istotną częścią kompetencji osoby z opisaną kwalifikacją jest kompetencja językowa, uwzględniająca perspektywę pacjenta. Osoba posiadająca niniejszą kwalifikację przestrzega ogólnych zasad grzeczności językowej, dobiera słownictwo do potrzeb rozmówcy, wyjaśnia kwestie medyczne w taki sposób, by pacjent je zrozumiał, oraz przekłada słowa pacjenta (lub jego bliskich) na fakty medyczne. **Zestawy efektów uczenia się:**Definiowanie podstawowych zasad budowania relacji i komunikowania się z pacjentem(5 PRK, 30h)Komunikowanie się z pacjentem (5 PRK, 120h)Komunikowanie się z bliskimi pacjenta (5 PRK, 20h)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zestaw efektów uczenia się:** | 1. **Definiowanie podstawowych zasad budowania relacji i komunikowania się z pacjentem**
 |
| **Umiejętności** | **Kryteria weryfikacji** |
| 01. Charakteryzuje podstawowe cechy relacji personelu medycznego z pacjentem oraz czynniki społeczno-historyczne wpływające na tę relację | 1. Omawia modele relacji personelu medycznego z pacjentem jako relacji interpersonalnej i ich ewolucję;
2. Definiuje cele i wartości związane z efektywną opieką i komunikacją z pacjentem, w tym uwarunkowania niesienia pomocy;
3. Charakteryzuje model kompetencji komunikacyjnych lekarza i podaje praktyczne odwołania;
4. Charakteryzuje kluczowe psychologiczne i społeczno-kulturowe czynniki wpływające na komunikację z pacjentem.
 |
| 02. Wykorzystuje wiedzę na temat aspektów prawnych w trakcie komunikacji z pacjentem | 1. Posługuje się procedurami dotyczącymi praw pacjenta związanymi z ochroną danych osobowych i dostępem do informacji o stanie zdrowia;
2. Posługuje się procedurami związanymi z prawami pacjenta do intymności i prywatności;
3. Posługuje się procedurami związanymi z zasadą przestrzegania tajemnicy zawodowej;
4. Charakteryzuje znaczenie i zasady procesu świadomej zgody.
 |
| 03. Charakteryzuje zasady profesjonalnej postawy zawodowej | 1. Wymienia zasady odpowiedniego do miejsca pracy wyglądu, ubioru oraz zachowania;
2. Definiuje czynniki sprzyjające zaufaniu pacjenta do personelu medycznego;
3. Opisuje pojęcie autonomii pacjenta w procesie podejmowania decyzji;
4. Wymienia metody zarządzania własnymi emocjami.
 |
| **Zestaw efektów uczenia się:** | 1. **Komunikowanie się z pacjentem**
 |
| **Umiejętności** | **Kryteria weryfikacji** |
| 01. Buduje i utrzymuje relację z pacjentem | 1. Nawiązuje relację terapeutyczną oraz stosuje metody podtrzymywania relacji z wszystkimi pacjentami bez względu na uwarunkowania psychospołeczne pacjentów w różnych miejscach i okolicznościach świadczenia usług zdrowotnych (np. wizyta domowa, przychodnia, SOR);
2. Wykorzystuje komunikację niewerbalną w rozmowie z pacjentem w sposób adekwatny do przebiegu rozmowy i spójny z komunikacją werbalną;
3. Uzgadnia cele konsultacji, angażując pacjenta w proces podejmowania decyzji oraz w realizację uzgodnionych postanowień;
4. Stosuje metody podtrzymywania relacji sprzyjające realizacji celów klinicznych (diagnostyczno-terapeutycznych), z zachowaniem dobrostanu lekarza oraz zapewnieniu realistycznego zaspokojenia potrzeb pacjenta;
5. Stosuje pojęcia nieoceniające;
6. Przejawia inicjatywę w oferowaniu informacji pacjentowi;
7. Zachęca pacjenta do zadawania pytań i dzielenia się wątpliwościami.
 |
| 02. Prezentuje profesjonalną postawę wobec pacjenta i jego bliskich. | 1. Prezentuje zainteresowanie i życzliwość wobec przekonań i emocji pacjenta i jego rodziny;
2. Prezentuje otwartość na różne systemy wartości pacjenta;
3. Stosuje zróżnicowane środki okazywania empatii (werbalne, np. zapewnianie o zrozumieniu i pozawerbalne, np. nawiązanie i podtrzymanie kontaktu wzrokowego);
4. Uzyskuje tzw. świadomą zgodę pacjenta, np. na procedurę diagnostyczną lub leczniczą;
5. Uwzględnia przekonania i preferencje pacjenta przy podejmowaniu decyzji diagnostyczno-terapeutycznych;
6. Aktywnie angażuje pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących postępowania medycznego;
7. Stosuje sądy nieoceniające innego pracownika ochrony zdrowia, nawet pomimo zachęty czy prośby ze strony pacjenta lub jego rodziny.
 |
| 03. Posługuje się językiem polskim, stosując kulturę języka w relacji z pacjentem i jego bliskimi | 1. Stosuje zasady etykiety w komunikowaniu interpersonalnym: grzeczne formy powitalne i pożegnalne z kontaktem wzrokowym (Proszę!, Zapraszam!, Dzień dobry, proszę wejść; Do widzenia), formy poleceń rozpoczynane od proszę…, formy adresatywne: zwroty do pacjenta na pan/pani;
2. W określonych sytuacjach zakładających dłuższą relację z pacjentem, np. podczas rozmowy przed operacją, na początku terapii lub rehabilitacji, uzgadnia z pacjentami formy zwrotów (pyta, jak może się do nich zwracać, czy np. pani/panie + imię, pyta o ulubioną formę imienia);
3. Dostosowuje środki ekspresji językowej do sytuacji komunikacyjnej (m.in. do stanu emocjonalnego pacjenta).
 |
| 04. Przeprowadza wywiad z pacjentem | 1. Modyfikuje sposób przeprowadzania wywiadu w zależności od celu wywiadu, ilości czasu, stanu pacjenta (wstępny wywiad - triage, stan ostrego zagrożenia życia i zdrowia, SAMPLE, zbieranie wywiadu ze świadkami);
2. Zadaje pytania otwarte, zamknięte, przesiewowe (skriningowe, tzn. „co jeszcze?”), uwzględniając sytuację, w której przebiega wywiad z pacjentem;
3. Stosuje zasady aktywnego słuchania (parafrazy, odzwierciedlenia emocji, klaryfikacje, podsumowywania), tak aby usprawniały komunikację i ułatwiały wzajemne zrozumienie;
4. Identyfikuje i wyjaśnia wraz z pacjentem używane przez niego określenia i opisy dolegliwości, odwołując się do wiedzy o podstawowych sposobach opisywania przez pacjentów dolegliwości (np. bólowych);
5. Pozyskuje istotne biomedycznie informacje oraz dane dotyczące wpływu dolegliwości na funkcjonowanie pacjenta w różnych sferach życia;
6. Pozyskuje informacje dotyczące przekonań, obaw, oczekiwań pacjenta;
7. Wymienia zasady i metody zbierania wywiadu ukierunkowanego na cel, umożliwiającego efektywne rozumowanie kliniczne.
 |
| 05. Przekazuje pacjentowi informacje w sposób zrozumiały, dbając o odpowiedni dobór środków językowych | 1. Wykorzystuje techniki przekazywania informacji wspomagające zrozumienie i zapamiętanie (np. dzielenie informacji na mniejsze porcje, dawanie przestrzeni do zadawania pytań, podkreślanie kluczowych informacji, podsumowanie informacji przez pacjenta, notatki lub schematyczne rysunki dla pacjenta);
2. Modyfikuje sposób przekazywania informacji, dopasowując go do cech pacjenta (używanego przez niego języka, jego ograniczeń poznawczych, percepcyjnych, wiekowo-rozwojowych) oraz sytuacji, w której znajduje się pacjent (uwzględniając jego stan emocjonalny, obawy, oczekiwania i wiedzę na temat danego problemu medycznego);
3. Posługuje się językiem zrozumiałym dla pacjenta: świadomie i umiejętnie dopasowuje słownictwo, w tym zakres używanych terminów medycznych, do poziomu wiedzy i możliwości poznawczych pacjenta;
4. Sprawdza, czy pacjent prawidłowo (tj. zgodnie z intencją nadawcy) rozumie używane pojęcia, które mogą być mylone lub których znaczenia w języku medycznym i ogólnym mogą się różnić (np. mięsak / mięśniak / mięczak zakaźny: nazwy zakończone na -ak kojarzone z rakiem; dieta, zmiana, narośl, guz /rak / nowotwór);
5. Przekłada terminy specjalistyczne (np. nazwy chorób, procedur medycznych, urządzeń; nazwy z zakresu anatomii i fizjologii człowieka) na język ogólny, czerpiąc – w zależności od potrzeb rozmówcy – z różnych rejestrów polszczyzny (m.in. z języka ogólnego i potocznego);
6. Poznaje perspektywę pacjenta (tj. do wiedzę, przekonania, obawy, oczekiwania) związane z przekazywanymi informacjami;
7. Odwołuje się do perspektywy pacjenta (tzn. wiedzy, przekonań, obaw i oczekiwań) w trakcie przekazywania informacji nich.
 |
| 06. Podejmuje działania mające na celu zmotywowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń | 1. Wyznacza i komunikuje cele, przedstawia korzyści zmiany nawyków oraz trudności związane z wprowadzaniem zmian w życie;
2. Wykorzystuje metody motywowania pacjenta do zmiany zachowania, uwzględniając współdecydowanie i współodpowiedzialność pacjenta.
 |
| 07. Efektywnie komunikuje się w sytuacjach trudnych emocjonalnie | 1. Definiuje czynniki wyzwalające i podtrzymujące zachowania pacjenta lub bliskich pacjenta, w tym identyfikuje źródła przekonań i towarzyszących emocji w kontekście psychologicznym i kulturowo-społecznym;
2. Opisuje minimum jeden protokół przekazywania niepomyślnych informacji;
3. Przekazuje pacjentowi niepomyślne informacje w sposób dostosowany do sytuacji i potrzeb pacjenta;
4. Stosuje techniki mające na celu zmniejszenie niepokoju i wyciszenie zachowań agresywnych pacjenta i rodziny, odnosząc się do perspektywy pacjenta i jego bliskich;
5. Rozmawia z pacjentem na temat jego oczekiwań uwzględniając perspektywę pacjenta;
6. Rozmawia z pacjentem na tematy związane z intymnymi sferami zdrowia i życia, uwzględniając potrzeby oraz trudności związane z poruszaniem takich tematów przez pacjenta;
7. Komunikuje niepewność w sposób dostosowany do kontekstu medycznego oraz sytuacji pacjenta niepewność;
8. Posługuje się zasadami informowania o ryzyku;
9. Posługuje się zasadami informowania o błędzie medycznym;
10. Rozpoznaje własne emocje i stosuje metody zarządzania nimi.
 |
| **Zestaw efektów uczenia się:** | 1. **Komunikowanie się z bliskimi pacjenta**
 |
| **Umiejętności** | **Kryteria weryfikacji** |
| 01. Omawia znaczenie osób bliskich w opiece nad pacjentem | 1. Charakteryzuje rolę osób bliskich w sytuacji choroby;
2. Charakteryzuje zasady komunikacji z opiekunem prawnym pacjenta nieletniego;
3. Charakteryzuje rolę bliskich pacjenta w wieku podeszłym w opiece nad nim;
4. Charakteryzuje rolę bliskich pacjenta z zaburzeniami psychicznymi w opiece nad nim;
5. Omawia prawa pacjenta do intymności i poufności w kontekście przekazywania informacji osobom bliskim oraz rozmowy w obecności członka rodziny lub osoby bliskiej.
 |
| 02. Angażuje osoby bliskie w proces opieki nad pacjentem | 1. Komunikuje się w triadzie pacjent – bliscy pacjenta – personel medyczny przestrzegając praw pacjenta, dbając o potrzeby chorego i angażując bliskich do rozmowy;
2. Pozyskuje informacje od osoby bliskiej potrzebne w opiece nad pacjentem;
3. Przekazuje osobie bliskiej niezbędne informacje (dotyczące diagnozy, zaleceń) w sposób zrozumiały, uwzględniający podmiotowość, autonomię oraz prawo do prywatności pacjenta.
 |

 |  |
| 11 | **Okres ważności dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji i warunki przedłużenia jego ważności**Bezterminowo |  |
| 12 | **Nazwa dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji**Certyfikat |  |
| 13 | **Uprawnienia związane z posiadaniem kwalifikacji**Nie dotyczy |  |
| 14 | **Kod dziedziny kształcenia***Pole obowiązkowe (art. 15 ust. 1 pkt. 7). Kod dziedziny kształcenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.).*72 - Ochrona zdrowia |  |
| 15 | **Kod PKD***Pole obowiązkowe (art. 15 ust. 1 pkt 7). Kod Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD).*85.59.B - Pozostałe pozaszkolne formy edukacji, gdzie indziej niesklasyfikowane |  |
| **Inne uwagi** |
|  |  |  |

**Ogólne uwagi na temat kwalifikacji**

|  |
| --- |
|  |

**Podsumowanie powyższych uwag**

|  |
| --- |
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest uzasadniona – głos aprobujący [ ]  |
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest nieuzasadniona – głos negujący [ ]  |
| **Data** |  |
| **Podpis osoby reprezentującej podmiot zgłaszający uwagi** |  |