

ВРАЧ VS ПАЦИЕНТ? ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОГО КОНФЛИКТА

Песнева Ольга Вячеславовна
Советник по организации здравоохранения
Всероссийского союза пациентов

Проект «Горячая линия для юридической помощи гражданам в сфере здравоохранения» реализуется на средства Фонда президентских грантов

25.06.2020



ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНФЛИКТА

Конфликт (от лат. - conflictus, столкновение) - высшая степень развития разногласий в системе отношений людей, социальных групп, социальных институтов, общества в целом, характеризующаяся противоборством, приводящим к устранению этих противоречий.

Это означает столкновение в конкретной ситуации противоположных по направленности тенденций, мотивов, установок, интересов, потребностей, норм или типов поведения.

КОНФЛИКТЫ В СИСТЕМЕ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ

Суть конфликтов заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

- **Объективные конфликты** вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов (отказ в госпитализации; требования покупки ЛС, и др.)
- **Субъективные конфликты**- связаны с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре, «неправильная» диагностика или «не то» назначение терапии.
- **Нереалистичные конфликты** имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, — когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью.
Этот конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНУ КОНФЛИКТА



ГРАЖДАНИН ПАЦИЕНТ – КТО ВЫ?

Гражданин

- Ждет перемен 96%
- Имеет высокую приспособляемость к кризису
- Патриот страны
- Сдержанный оптимист в перспективах развития страны и пессимист по отношению развития региона

Доверие

- Доверие Президенту 84%
- Доверие региональным властям 38%
- Доверие здравоохранению 55%
- Доверие лечащему врачу 70%

Заинтересованности

- Сильная и справедливая федеральная власть
- Человечная и справедливая власть в регионах
- Профессиональные исполнители
- Понятные законы
- Более важны перемены в городе, чем в стране

Сохраняет консервативные ценности

- Семья
- Дети
- Друзья
- Трудовой коллектив

Основные ожидания от государственных служб

- Агрессия по отношению к себе
- Неправедливость

Основные страхи

- Бедность
- Безработица
- Нездоровье детей
- Нездоровье себя и близких

ГРАЖДАНИН ВРАЧ –ВИДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Важные качества врача

- Профессионал, специалист
- Сострадающий, человечный
- Эрудированный

- Носитель традиционных ценностей
- Патриот
- Высокоморальный

Пациент считает, что врач должен иметь

Доступ к
образованию

Достойную
зарплату

Социальный
пакет

Правовую
защищенность

Свободу
воли

То, что не имеет значения

Вероисповедание

Элитарность

Благосостояние

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ВИДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ЭФФЕКТИВНЫМ

ДОСТУПНЫМ

КАЧЕСТВЕННЫМ

БЕЗ УНИЖЕНИЙ

СПРАВЕДЛИВЫМ

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ

МЗ РОССИИ – главный методолог и высший арбитр в организации общественного здоровья

Страховые медицинские организации – эффективные участники системы общественного здоровья, помощники врачам и защитники пациентов

Региональные органы управления здравоохранением – универсальные исполнители и ответчики качеству оказания медицинской помощи

ЗНАЧИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- **ОПТИМИЗАЦИЯ** системы – увеличение дистанции между врачом и пациентом
- **УЖЕСТОЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ** - нервозность системы, приоритет «не навредить», а не «помочь»
- **РЕГЛАМЕНТАЦИЯ** - повышение нагрузки на врача
- **УЖЕСТОЧЕНИЕ** регулирования фармацевтической отрасли - проблемы с лекарственным обеспечением
- **СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ** и вымывание старшего поколения - нехватка специалистов, перегрузки
- **НЕРАВНОМЕРНОСТЬ РАЗВИТИЯ:** региональные диспропорции, соседство высокотехнологичной помощи с дефицитом ресурсов
- **КОНКУРЕНЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА**, следом за которым идет финансирование

КОНФЛИКТ ИДЕОЛОГИЙ ВНУТРИ СИСТЕМЫ

«Одной ногой» – в старой патерналистской модели, другой – в развитии превентивной медицины



Идеология вовлечения человека

VS

Деперсонификация: «не здоровье человека, а борьба с болезнью»

КЛЮЧЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАЦИЕНТА

- **РАЗВИТИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ:** коммерческая модель «клиент всегда прав»
- **СНИЖЕНИЕ ПОКУПАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ:** часть пациентов возвращается к бесплатной медицине с привычками потребителя платных услуг
- **ПОВЫШЕНИЕ МОБИЛЬНОСТИ,** дефицит времени: запрос на удобство и экономию
- **ПРИВЫЧКА ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ:** здравоохранение не успевает отвечать на запрос новых удобных форматов
- **ПОВЫШЕННОЕ ВНИМАНИЕ К ЗДОРОВЬЮ** становится более информированным и критичным, хочет понимать и выбирать
- **СТРЕСС ИЗ-ЗА ИЗБЫТКА ПРОТИВОРЕЧИВОЙ ИНФОРМАЦИИ:** нуждается в проводнике и доверии
- **ВЕРА В СИЛОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ:** считает обращение в прокуратуру наиболее эффективным инструментом

РАЗНЫЕ КУЛЬТУРЫ ОТНОШЕНИЯ К ВРАЧУ

Общество все более дифференцируется, сохраняются прежние различия и появляются новые



Долг, внимание, врач – «целитель»
VS
Сервис, услуга, заказчик - исполнитель

... И РАЗНЫЕ ЗАПРОСЫ

Практикуют нетрадиционные виды оздоровления
Натуропаты
Веганы
etc

ИТОГ ИЗМЕНЕНИЙ - РАЗРЫВ ДОВЕРИЯ НА ВСЕХ УРОВНЯХ

Пациент

Дезориентирован общественным мнением, СМИ.
Имеет не оправдавшиеся ожидания.
Испытывает страх (смерти, инвалидности, расходов)

ВРАЧ И МЕДПЕРСОНАЛ

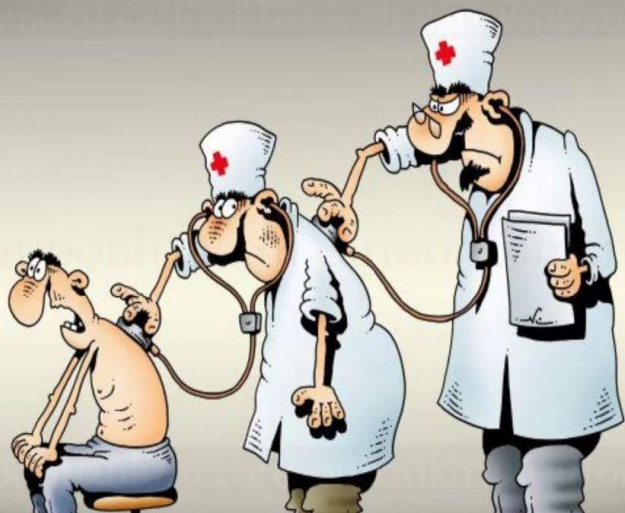
Недовольство оплатой труда условиями, ролевой конфликт.
Рост нагрузок. СЭВ.
Давление со стороны пациентов и гос. системы ЗО, СК, СМИ

Административные структуры

Борьба за показатели
Непрозрачность критериев оценки КМП
Дефицит и непрозрачность финансирования
Критика со стороны врачебного и пациентского сообществ

СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ

Недовольство со стороны проф. Сообществ. Попытки стандартизировать оказание МП
Попытки медиации конфликтов



ПАЦИЕНТ – СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ

ПАЦИЕНТ

Видит обман

Считает систему
незаинтересованной в
пациенте

Недоволен и жалуется при
встрече с любым барьером и
дефицитом

- Ностальгия о прошлом, стереотипы о низком качестве медицины в сравнении с зарубежной
- Ощущение внутрисистемного кризиса, общая деморализация
- Позднее обращение и самолечение
- Недоступность всех возможных вариантов лечения

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Воспринимает требования
как необоснованные

Чувствует уязвимость, боится
давления

60%

ПАЦИЕНТСКИХ
ЖАЛОБ ЯВЛЯЮТСЯ
НЕОБОСНОВАННЫ
МИ (ПО ДАННЫМ
ПАЦИЕНТСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ)

Пациент – врач: последствия изменений

ПАЦИЕНТ

- Ждет внимания. Не понимает врача, который «сидит в компьютере»
- Ждет разъяснений. Не понимает назначений и перепроверяет
- Хочет индивидуального подхода
- Подозрителен после череды инфоповодов о врачах-вредителях
- Подвержен стереотипам о тотально плохом образовании врачей
- Хотел бы иметь постоянного врача, а не череду сменяющихся

ВРАЧ

- Испытывает перегрузки
- Обижен на изменение роли: лечение – не услуга, врач – не сервис
- Выполняет все возрастающие формальные обязанности
- Видит пациента безответственным: поздние обращения, неисполнение предписаний
- Воспринимает расспросы и перепроверки как недоверие к себе.
- «Пациентский экстремизм»
- Ждет угрозы (пациент, СМИ, регуляторы)

34%

- РОССИЯН НЕ
ДОВЕРЯЮТ
ВРАЧАМ.
ФОМ, 2019



...И МЫ ПОЛУЧАЕМ СТОРОНЫ КОНФЛИКТА



УРОВЕНЬ КОНФЛИКТОГЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА



Зависит от:

- материально-технической базы лечебного учреждения;
- квалификации медицинского персонала;
- коммуникативной компетентности персонала (способности устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми).
- качества и стоимости оказываемых услуг;
- оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.

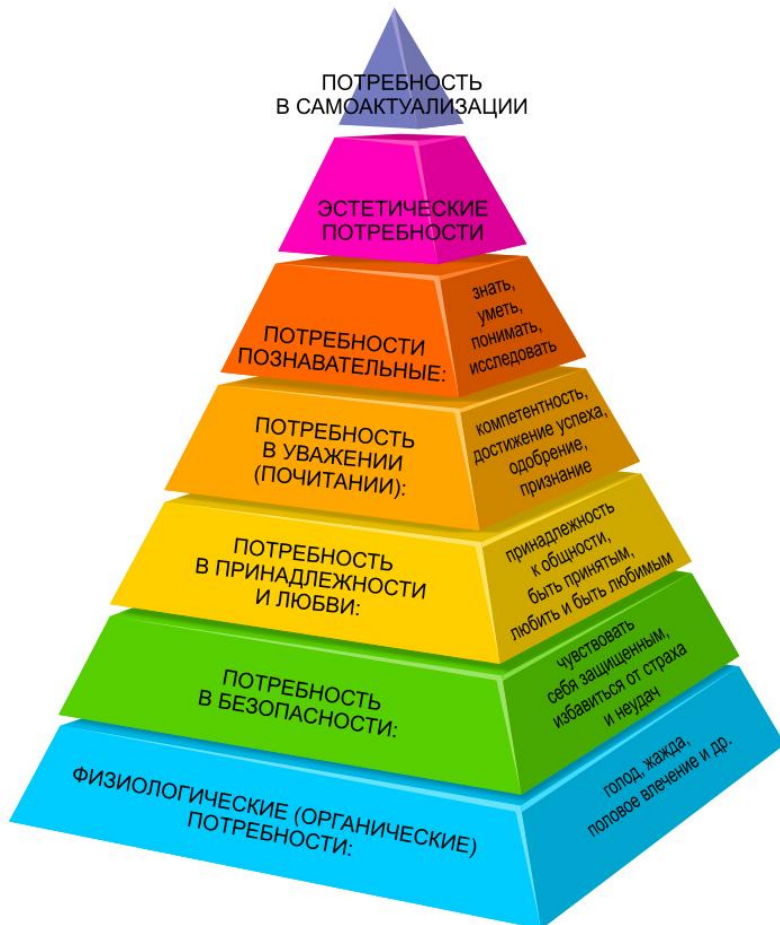
КОНФЛИКТ В МЕДИЦИНЕ



Медицина, как область, затрагивающая важнейшие интересы каждого человека — жизнь и здоровье — не может существовать без конфликтов. В защите этих интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти разумные границы

ПИРАМИДА МАСЛОУ

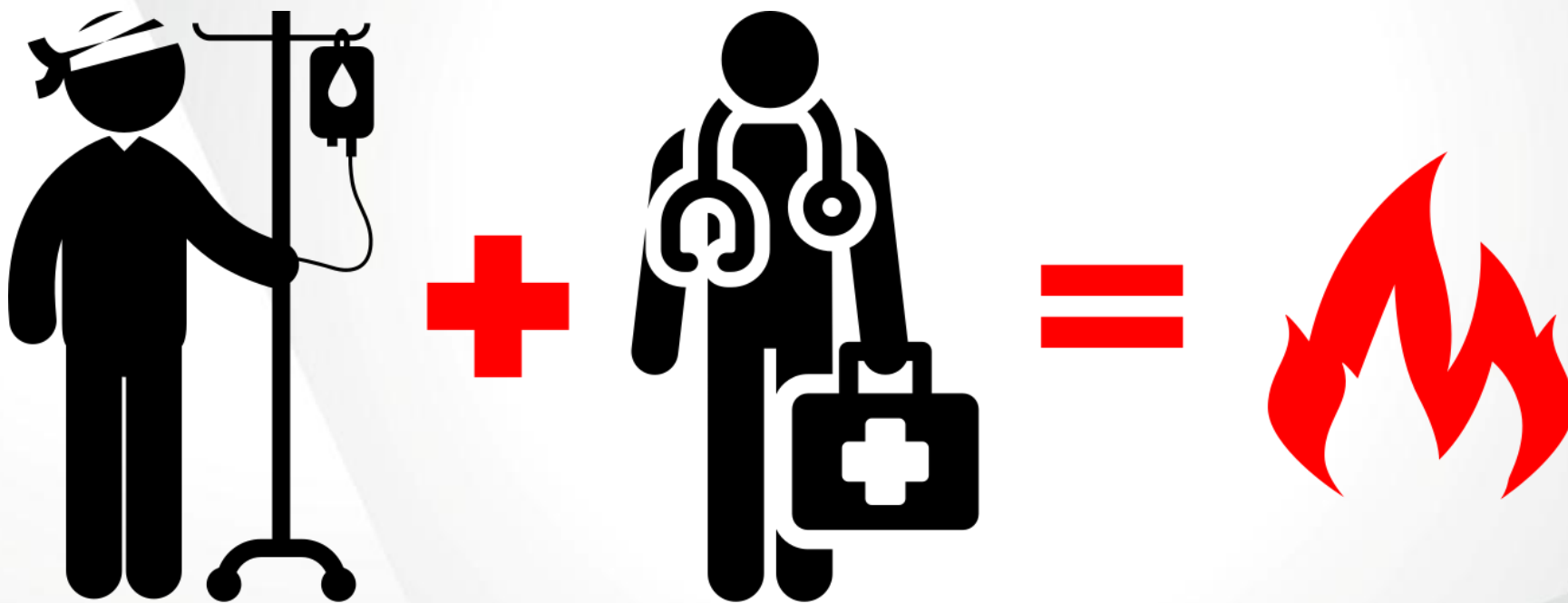
Эмоции связаны с удовлетворением или неудовлетворением потребностей. Если наши потребности не удовлетворяются, мы, как правило, испытываем отрицательные эмоции.



- **Пациенты** попадают в больницу в несколько измененном состоянии психики из-за своего болезненного состояния
- Многие опасаются за свою жизнь - и такая тревога может быть сильнее боли.
- Их потребность в безопасности или стабильности нарушена.
- Они боятся, тревожатся, требуют к себе повышенного внимания.

Врач тоже имеет потребности (в том числе и неудовлетворенные) и связанные с ними эмоции

Слагаемые конфликта



ПАЦИЕНТ КАК УЧАСТНИК КОНФЛИКТА

Испытывает страх (тяжелой болезни или смерти, потерять работу, инвалидизации или физической ущербности, боязнь ограничений лечебным режимом или диетой, страх перед вероятными болезненными или эмоционально некомфортными лечебными или диагностическими манипуляциями; опасения по поводу непредвиденных и возможно немалых расходов, связанных с лечением)

Не доверяет врачу

- общественное мнение (стереотипы)
- недостаток знаний о болезни (о своем здоровье)
- неудовлетворенность действиями, манерами, поведением врача
- опасается зависимости (в силу складывающихся обстоятельств).

Испытывает физический дискомфорт (болевые ощущения, одышка, длительное ожидание приема в некомфортных условиях, например, стоя в душном коридоре)

Испытывает душевный дискомфорт (тревога, страх, фрустрация. Всё это, так или иначе, искажает восприятие ситуации, ухудшает процессы торможения, повышает беспокойство и агрессивность).

Находится под влиянием эндогенных (внутренних) факторов. Большинство болезней влияет на центральную нервную систему. Из-за плохого самочувствия пациент может отреагировать на слова или действия врача неадекватно.

Обладает личностными особенностями

ВРАЧ КАК УЧАСТНИК КОНФЛИКТА

- **Провоцирует пациента «мелочами»** Мягкий халат, резкое приглашение в кабинет даёт возможность больному высказать недовольство
- **Недостаточно общается с пациентом.** Если выдать информацию завуалированно или в малых количествах, у больного может возникнуть ощущение, что врач не уделяет ему должного внимания.
- **Затягивает очередь или уделяет мало времени.** Нехватка времени связана с перегруженностью врачей, а также нормативами, которые не учитывают необходимость общения с пациентом. За 10 минут специалисту крайне трудно опросить человека, провести первичный осмотр, заполнить необходимые документы, поставить диагноз, назначить обследование (если необходимо) и лечение. В результате приходится либо затягивать прием, либо проводить его формально. Оба варианта могут привести к конфликтам.
- **Назначать неудобные обследования или непростое лечение.** Пациенты могут не понимать, для чего им необходимо проходить ту или иную процедуру или в очередной раз сдавать кровь. Требуется длительное подробно разъяснение, почему необходимо пройти обследование.
- **Обладает личностными особенностями.** Эмоциональные перегрузки, ночные дежурства и переработки со «сложными» пациентами могут вызвать негативную реакцию у врача, что приводит к конфликту.

ВРАЧ ПРОФЕССИОНАЛ ИЛИ ЧЕЛОВЕК?



Врач, как и пациент, имеет свои личностные особенности

-затруднения в процессе работы естественно включают у врача механизмы психологической защиты, вплоть до ответной агрессии, направленной на пациента.

-находится под влиянием длительных переработок, ночных дежурств и прочих эмоциональных перегрузок.

Всё это истощает психику и постепенно формирует **синдром профессионального выгорания**

Синдром эмоционального выгорания у врачей

СЭВ- реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов, представляющая собой выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

- ▶ Среди врачей общей практики высокий уровень тревоги в 41% случаев, клинически выраженная депрессия - в 26% случаев
- ▶ В 7,8% - резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям
- ▶ признаки СЭВ выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% - синдром в фазе "истощения»



Факторы, способствующие эмоциональному выгоранию врача

Главная причина СЭВ - психологическое переутомление в ситуации, когда требования длительное время преобладают над ресурсами

- высокая рабочая нагрузка
- неадекватная оплата труда
- неопределенность в оценке выполняемой работы
- невозможность влиять на принятие решений
- неоднозначные требования к работе
- однообразная и бесперспективная деятельность
- необходимость проявлять эмоции, не соответствующие реальным
- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы
- отсутствие социальной поддержки со стороны коллег и руководства
- постоянный риск штрафных санкций
- угроза уголовного преследования
- прессинг со стороны СМИ

Врач и пациент. Какие мы в конфликте ?



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ ВРАЧЕЙ

Сопереживающий

Способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента

Директивный

Врач выступает в роли учителя, указывающего как следует поступать и что делать в ситуации болезни (патерналистская модель медицины)

Эмоционально-нейтральный

Эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы и технократический подход к лечению

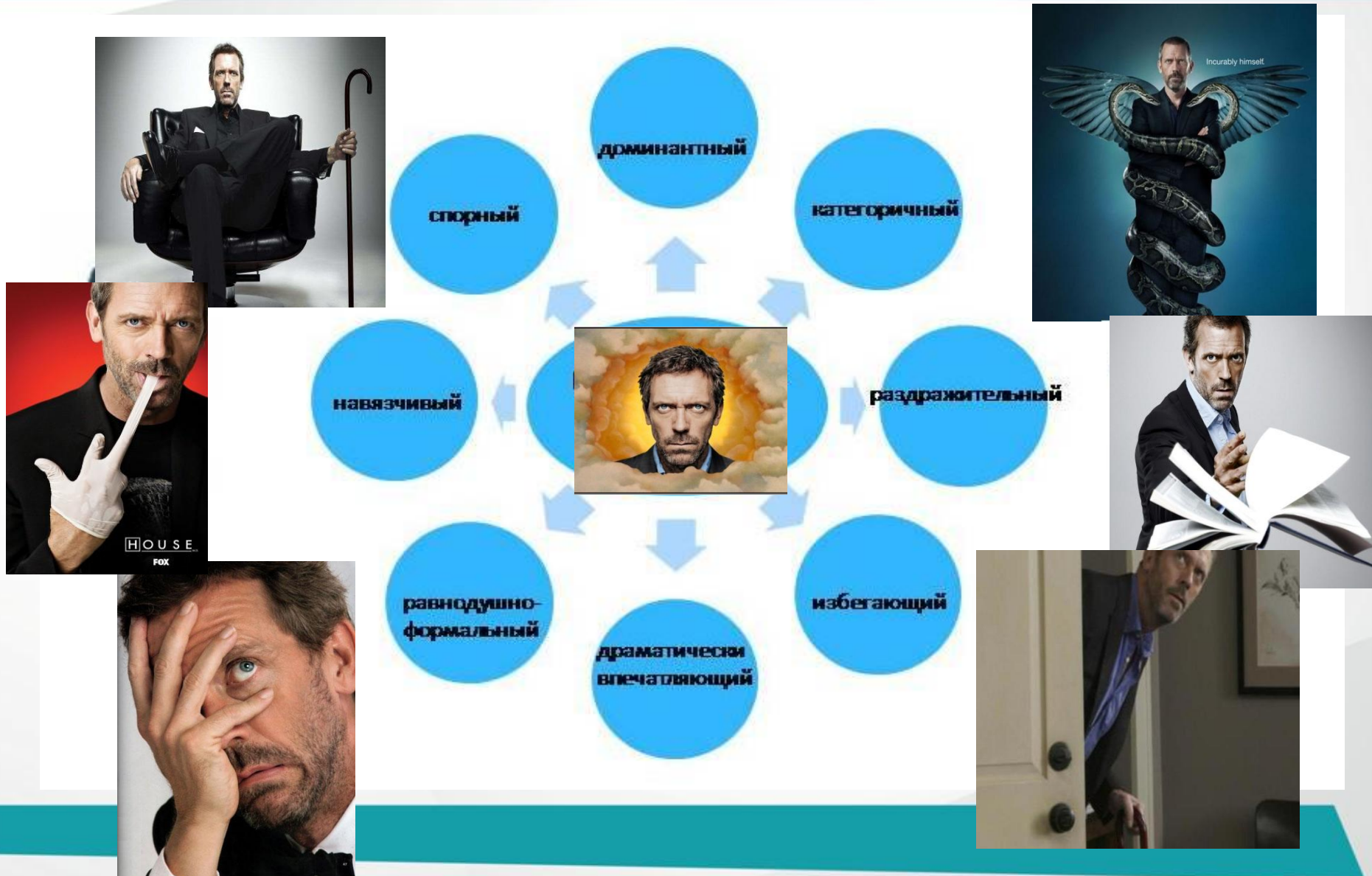
Недирективный

Основан на принципе партнерства, лечебные установки больному даются не в виде указаний, а косвенно, не игнорируя точку зрения пациента

ЭФФЕКТИВНЫЕ СТИЛИ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА

- **«точный»** - стиль, нацеленный на точность и аккуратность передаваемой и считываемой информации;
- **«внимательный»** - стиль, демонстрирующий истинный интерес к тому, что говорит собеседник;
- **«дружелюбно-открытый»** - стиль, поощряющий вклад собеседника в общение при котором человек может выражать свои чувства;
- **«успокаивающий»** - расслабляющая стратегия, направленная на снижение тревожности человека;
- **«воодушевленный»** - эмоционально-позитивный с частым использованием невербального поведения (зрительный контакт, доброжелательность в лице, доброжелательная интонация и др.)

НЕЭФФЕКТИВНЫЕ СТИЛИ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА



НЕЭФФЕКТИВНЫЕ СТИЛИ В ОБЩЕНИИ

Краткие характеристики

- - **«доминантный»** - уничижительно доминирующий стиль, направленный и подчеркивающий доминирующую позицию и снижение роли собеседника в общении, проявляющийся в грубом, снисходительном отношении;
- - **«спорный»** - упрямо и настойчиво доказывающий правоту, не допуская каких-либо других мнений собеседника, с проявлением категоричных безапелляционных высказываний;
- - **«категоричный»** - с проявлением безапелляционных высказываний, обобщений и выводов;
- - **«раздражительный»** - ворчание, выплеск накопившегося раздражения на окружающих, откровенная грубость, нападки и агрессия;
- - **«драматически-впечатляющий»** - стиль, связанный с преувеличением эмоциональной окраски при общении, а также направленный на желание произвести впечатление.
- - **«равнодушный»** - полное безразличие к человеку, обвинение в притворстве, формальное контактирование;
- - **«избегающий»** - стиль, связанный с нежеланием контактирования с собеседником, в результате которого максимально избегаются все виды контактирования (вербальное, невербальное), происходит перебивание и игнорирование собеседника.
- - **«навязчивый»** - стиль, связанный с настоятельным желанием навязать свое мнение.

12 ПСИХОТИПОВ ПАЦИЕНТОВ



Известный советский терапевт, профессор Роман Лурия в 1935 году ввел в клиническую медицину понятие **«внутренней картины болезни»**.

Оно включает все эмоции, которые испытывает пациент, его самочувствие и в целом представление о болезни.

В 1980 году врачи Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством А. Личко выявили и сформулировали **12 психотипов пациентов**. Эта концепция и сейчас активно применяется в медицинской психологии

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ

ИДЕАЛЬНЫЙ ПАЦИЕНТ КАКИМ ВИДЯТ ВРАЧИ ПАЦИЕНТА



1. Гармоничный психотип это пациенты, которые реально оценивают тяжесть заболевания, не приукрашивая и не преуменьшая самочувствие.

Они привержены к лечению и стремятся помогать врачу успешно бороться с недугом

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ

Пирсинг - фигня!
Меня беспокоит насморк!



2. Эргопатический (стенический) психотип. Такие пациенты обычно уходят от болезни в работу. Для них важно не потерять профессиональный статус, поэтому диагностика и лечение зачастую отходят на второй план.

3. Анозогнозический (эйфорический) психотип. Пациент отрицает болезнь, отбрасывает мысли о ее возможных последствиях. Часто такие люди отказываются от обследования и визита к врачу, рассчитывая самостоятельно разобраться или надеясь, что «само пройдет».

Важно! у этих людей не нарушена социальная адаптация, они могут самостоятельно справиться со своими психологическими проблемами.

Важно! эргопатический и анозогнозический типы не всегда охотно сотрудничают с врачом.

Они, почувствовав улучшение, часто прекращают лечение до следующего обострения

ПАЦИЕНТ И ВРАЧ – ПРОТИВОСТОЯНИЕ ИЛИ СОТРУДНИЧЕСТВО ?

В целом по оценкам различных экспертов

- только от 18 до 32% жалоб связано собственно с качеством оказания медицинской помощи.
- **В основном, 68-82% жалоб связаны с качеством общения «врач - пациент».** Эти жалобы практически не содержат обращений «по существу», то есть качество медицинских услуг, оборудования, условий не подвергается сомнению.

Выводы

- **возможности могут быть в том, чтобы управлять ожиданиями пациентов.**
- **существует большой потенциал для уменьшения конфликтов через изменение поведения в конфликтных ситуациях.**

ЗАДАЧИ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

- Доверие
 - Взаимоуважение
- Комплаенс (приверженность лечению)
 - Эффективность



МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

В общении с врачом, как и в любой другой коммуникации, существует несколько традиционных моделей поведения, каждая из которых подразумевает разную стратегию поведения доктора по отношению к пациенту.

И если пациент будет понимать специфику этих моделей, то не только его общение с врачом, но и лечение станет более эффективным.

МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Американский биоэтик* Роберт Витч выделяет **4 модели отношений врач–пациент**:

<p>техническая – лечение в этом случае является технической процедурой, а больной не рассматривается как личность. Человек, обратившийся за помощью, рассматривается как «механизм, который нужно починить»</p>	<p>ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ (САКРАЛЬНАЯ) – доктор выступает в роли заботливого «родителя», а пациент – «ребенка». В этой модели отношений учитывается личность человека, врач морально поддерживает своего подопечного</p>
<p>контрактная – врач и пациент взаимодействуют на основе негласного, в некоторых случаях, юридически оформленного, договора. Первый – назначает лечение, второй – рассказывает о соблюдении или несоблюдении рекомендаций. Основное решение при этом остается за врачом</p>	<p>КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ (ПАРТНЕРСКАЯ) – в этой модели отношений пациент является союзником врача. Он принимает активную позицию, врач все решения обсуждает с ним, не скрывая детали болезни. С моральной точки зрения, это самая притягательная модель, поскольку работа идёт в тандеме</p>

Биоэтика – весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента; наука о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии. Первые публикации с этим термином в медицинских журналах появились в 1971 году.

Патерналистская (сакральная) модель



Недостатки

Врач – единолично управляет жизнью и здоровьем человека в силу своих компетенций .

Ответственность врача за здоровье пациента тоже единоличная!

Пациент- должен доверять врачу в принятии решения «что лучше», «строго» следовать рекомендациям, не участвует в обсуждении планов лечения.

С пациента снимается ответственность за своё здоровье.

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Избегание конфликтов методологически ошибочно и практически нереально.



При переходе к пациент-ориентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента

СМЕНА ПАРАДИГМЫ И РАВНОМЕРНОСТЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Смена фокуса

- Ориентация на здоровье, а не борьбу с болезнью. Превентивная медицина
- Видение человека, а не симптомов

Распределение реальной ответственности

- Развитие культуры ответственности пациента, в которой врач – партнер
- Развитие культуры общения и вовлечения пациента

Необходимые условия

ДЛЯ ПАЦИЕНТА

- Информирование и доступность информации (сквозное хранение)
- Изменение инструментов вовлечения, ответственное отношение к здоровью через технологические инновации
- Создание возможностей для ранней диагностики и профилактики
- Понятные досудебные инструменты защиты прав

ДЛЯ ВРАЧА

- Баланс контроля и защиты. Жалобы пациента должны учитываться, но должны и фильтроваться. Единая служба приема жалоб и профильные организации
- Прозрачные правила и стандарты, национальные клинические рекомендации как основа для оценки и защита от преследования

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ ВРАЧА

НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮЩИЕ:

- Продемонстрировать индивидуальный подход к каждому пациенту
- Составить более полную картину заболевания за меньшее количество времени
- Узнать пациентский взгляд на болезнь и лечение
- Сформировать партнерскую позицию в консультации
- Сформировать приверженность пациента к лечению
- **Нивелировать и разрешать конфликтные ситуации**

ЦЕЛЬ ПРОЕКТА «ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ»

Повысить уровень бесконфликтного взаимодействия пациентов и врачей в городах присутствия Государственной корпорации Росатом через освоение основ правовых знаний в сфере здравоохранения



РОСАТОМ



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

НАПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТА «ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ»

ПОВЫСИТЬ УРОВЕНЬ ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ

- Горячая линия
- Школы правовой грамотности для пациентов

ПОВЫСИТЬ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРАВОВЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

- Тренинги для медицинских работников

«Организация бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации»
«Лекарственное обеспечение в РФ».

«Лекарственное обеспечение в РФ».

**МОДУЛЬ
«ЮРИДИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ В
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ВРАЧА»**

**МОДУЛЬ «Навыки
ЭФФЕКТИВНЫЕ
КОММУНИКАЦИИ
ВРАЧА И
ПАЦИЕНТА»**

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ



Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно.

Поэтому не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

Гиппократ