

Ewa Nowakowska

Morfologia więzi relacyjnych w instytucjach służby zdrowia

Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania 39/2, 285-297

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ewa Nowakowska*

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

MORFOLOGIA WIĘZI RELACYJNYCH W INSTYTUCJACH SŁUŻBY ZDROWIA

STRESZCZENIE

Artykuł poświęcony jest rodzajom więzi relacyjnych, które łączą zarówno personel medyczny, jak i pacjentów i instytucje służby zdrowia. Wykazano dwupoziomowy charakter tychże relacji w podziale na więzi formalne, społeczne i strukturalne między personelem medycznym, pacjentami a instytucjami służby zdrowia.

Słowa kluczowe: więzi relacyjne, służba zdrowia, opieka zdrowotna, personel medyczny, usługi

Wstęp

Współpraca personelu medycznego w służbie zdrowia nie od dziś jest tematem wielu dyskusji³. Charakter więzi łączących partnerów interakcji w obrębie służby zdrowia jest niezwykle różnorodny. Występuje bowiem wielowymiarowość relacji między poziomowych między personelem medycznym, pacjentami i instytucjami służby zdrowia. Charakter tych relacji ma wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych.

* Adres e-mail: ewanowakowska87@gmail.com

¹ I. Rudawska, A. Sagan, *Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS*, „Problemy Zarządzania” 2006, nr 2 (12), Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski.

Celem artykułu jest ocena i morfologia wielopoziomowych więzi relacyjnych w instytucjach służby zdrowia w odniesieniu do interakcji zachodzących między personelem medycznym, instytucjami służby zdrowia i pacjentami. Identyfikacja owej morfologii więzi relacyjnych jest dokonana za pomocą szeroko zakrojonej analizy literatury przedmiotu. Przy wykorzystaniu dostępnej literatury i schematu więzi relacyjnych dokonano starannego uporządkowania więzi relacyjnych występujących w instytucjach służby zdrowia.

1. Modele systemu opieki zdrowotnej

System opieki społecznej tworzy spójną całość, w obrębie której występują liczne i powiązane ze sobą elementy obejmujące zarówno interakcje międzyludzkie, jak i formalne i strukturalne relacje instytucjonalne. Oddziałując na siebie, mogą wpływać zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na stan zdrowia całej populacji.

Istnieje bogata literatura dotycząca koncepcji odnoszących się do modeli systemu ochrony zdrowia². Należy szczególnie wyróżnić model transakcyjny S. Blooma, podkreślający ważną rolę grup odniesienia dla obu partnerów interakcji, jakimi są pacjent i lekarz. Celem transakcji pacjent – lekarz jest osiągnięcie porozumienia co do definicji problemu, a następnie ustalenie odpowiedniego procesu terapeutycznego³. Model tradycyjny, reprezentowany przez D. Mechanica, uwypukla trzy stopnie w systemie opieki zdrowotnej: 1) pierwszy: opieka podstawowa, 2) drugi: opieka specjalistyczna i 3) trzeci: opieka wysokospecjalistyczna. Współczesne podejście w analizie relacji w systemie opieki zdrowotnej wykorzystuje metaforę trójkąta, w którym wyróżnia się trzech uczestników tego systemu: 1) pacjentów (podmioty korzystające ze świadczeń – „usługobiorcy”), 2) lekarzy („usługodawcy”), 3) płatnika publicznego (podmiot dysponujący środkami publicznymi)⁴.

² H. Li, N. Koehn., Y. Desroches, C. Yum, G. Deagle, *Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis*, ABI/INFORM Global, „Canadian Journal of Communication”, 2007.

³ S. Bloom, *The Doctor and His Patient*, Russell Sage Foundation, New York 1963.

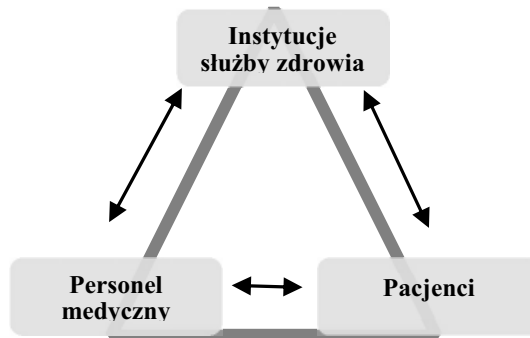
⁴ D. Mechanic, strona internetowa Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Faculty, Staff & Student Directory, www.ihhepar.rutgers.edu (dostęp 5.03.2013).

2. Podmiotowa struktura systemu służby zdrowia

W niniejszym artykule opieka zdrowotna określona została jako działalność gospodarcza, w ramach której, za pomocą ograniczonych środków, zmierza się do zaspokajania potrzeb zdrowotnych członków społeczeństwa⁵. Wszystkie działania, które są podejmowane w ramach opieki zdrowotnej, mają postać procesów usługowych oraz świadczeń rzeczowych. Opieka zdrowotna cechuje się bardzo dużym zróżnicowaniem pod względem miejsca, czasu oraz sposobu świadczenia jej usług dla pacjentów/klientów. Najczęściej przedstawiany podział opieki zdrowotnej to: 1) opieka podstawowa vs. specjalistyczna, 2) opieka ambulatoryjna vs. stacjonarna, 3) opieka krótkoterminowa vs. długoterminowa, 4) ratownictwo medyczne⁶.

Mówiąc o relacjach w instytucjach służby zdrowia, należy najpierw rozgraniczyć płaszczyzny zachodzenia owych relacji, których charakter jest wielopoziomowy. Aktorami biorącymi udział w tych relacjach są instytucje służby zdrowia *per se*, personel medyczny (np. lekarze i pielęgniarki) oraz pacjenci. Należy określić także dwukierunkowy charakter tychże relacji. Zarówno pacjenci wchodzą w relacje z personelem medycznym, jak i personel medyczny z pacjentami. Podobnie wygląda to w odniesieniu do relacji instytucji służby zdrowia względem pozostałych podmiotów. Układ tych zależności przedstawiono na rysunku 1.

Rysunek 1. Wielopoziomowy układ relacji w systemie służby zdrowia



Źródło: opracowanie własne.

⁵ I. Rudawska, *Usługi w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2009, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, s. 11–28.

⁶ Tamże, s. 11–28.

Specyfika relacji zachodzących w wielopoziomowych układach opieki zdrowotnej wynika w dużej mierze z usługowego charakteru tego systemu⁷. Usługi opieki zdrowotnej określić można jako instytucjonalne świadczenie korzyści związanych z utrzymaniem i poprawą zdrowia człowieka. W sytuacjach, w których jest to niemożliwe, kładzie się nacisk na minimalizowanie negatywnych i niekorzystnych efektów odczuwanych przez pacjenta. Według C. Gronroosa celem usług opieki zdrowotnej jest podejmowanie na rzecz usługobiorcy (pacjenta) działań, które rozwiążą jego problemy (zdrowotne)⁸. W tym kontekście można zatem ująć usługi zdrowotne w następujących wymiarach: 1) funkcjonalnym (działanie podejmowane przez usługodawcę na rzecz usługobiorcy), 2) utylitarnym (nośnik określonych wartości), 3) technicznym (procedura postępowania w procesie diagnozowania i leczenia), 4) relacyjnym (dyskurs usługobiorcy z usługodawcą)⁹.

Usługowy charakter opieki zdrowotnej, rola więzi interpersonalnych, procesy wymiany zachodzące na tym rynku otwierają pole zastosowań orientacji i koncepcji marketingowych na rynku usług zdrowotnych. Dominacja orientacji marketingowej jako swoistej filozofii świata biznesu oraz nacisk na maksymalizowanie zysku wraz z rolą oceny skuteczności i efektywności działań stanowi pewne ograniczenie jego implementacji w obszarze służby zdrowia, w definicji, w której jest wiele miejsca na działania pozarynkowe, ofiarność i poświęcenie. Wydaje się jednak, że w relacyjnych ujęciach marketingu, który kładzie nacisk na rolę zaufania, zaangażowania i trwałość relacji z uczestnikami rynku dla osiągnięcia sukcesu ekonomicznego, istnieje obszar wspólny dla biznesowych usług profesjonalnych i opieki zdrowotnej. Skuteczność rynkowa przedsiębiorstwa zależy od relacji nie tylko z klientami, ale i innymi uczestnikami rynku: dostawcami, akcjonariuszami, pracownikami, pośrednikami i innymi instytucjami. Również sukces rynkowy przedsiębiorstwa jest efektem jakości tworzenia i umacniania relacji zarówno wewnętrznych (personel – firma), jak i zewnętrznych (personel – klienci, firma – klienci)¹⁰.

⁷ Tamże, s. 11–12.

⁸ C. Gronroos, *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Marketing Science Institute, Cambridge, MA, 1983.

⁹ Tamże, s. 14.

¹⁰ M. Trojanowski, *Marketing bezpośredni. Koncepcja – zarządzanie – instrumenty*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010.

3. Więzi relacyjne w instytucjach służby zdrowia

W ujęciu R.M. Morgana i S.D. Hunta stosowanie marketingu relacyjnego jest podyktowane osiągnięciem trwałej przewagi strategicznej dla firm uczestniczących w danych układach relacji. Do podstawowych źródeł (zasobów) definiowania i kształtowania przewagi konkurencyjnej opartej na relacjach należą zasoby: 1) finansowe (środki pieniężne), 2) prawne (umowy), 3) fizyczne (wyposażenie, warsztat), 4) ludzkie (umiejętności, wiedza), 5) organizacyjne (kultura korporacyjna, marki), 6) informacyjne (zbiorowa wiedza, procesy) i 7) relacyjne (więzi). Ich zdaniem strategiczne ukierunkowanie środków w relacjach marketingowych zachęca do udostępniania zasobów między partnerami i kształtowanie specyficznych inwestycji w partnerów. Spośród siedmiu typów środków określonych przez Morgana i Hunta kategorie finansowe, prawne i fizyczne mają ograniczony potencjał, by stanowić odpowiednie czynniki przewagi zasobowej. Wynika to z tendencji do zastępowalności czy ograniczonej ich trwałości. Autorzy ci uznali także, że zasoby ludzkie mają niewielki potencjał do utrzymywania przewagi konkurencyjnej opartej na relacjach (czynnik mobilności). Uznali zasoby organizacyjne, relacyjne i informacyjne za te, które posiadają jeden z największych potencjałów do budowania przewagi konkurencyjnej opartej na relacjach¹¹.

Biorąc pod uwagę tezę Morgana i Hunta, więzi relacyjne, organizacyjne i informacyjne w systemie opieki zdrowotnej są podstawowym czynnikiem efektywności tego systemu. Ogół więzi relacyjnych między personelem medycznym a pacjentem można przedstawić w układzie hierarchicznym: od więzi formalnych, przez więzi społeczne, aż po więzi strukturalne. P.W. Turnbull i D.T. Wilson w badaniach wpływu więzi społecznych i strukturalnych w relacjach z klientami w branży artykułów medycznych podkreślili rolę współpracy w tworzeniu i utrzymywaniu więzi strukturalnych. Jeśli związek między partnerami się kończy, kończy się także istnienie więzi strukturalnej. Więzi społeczne, ujmowane w kontekście pozytywnych relacji interpersonalnej między partnerami interakcji, nie są tak silne jak więzi strukturalne¹².

Więzi formalne związane są z subwięziami finansowymi, technicznymi i organizacyjnymi, więzi społeczne z subwięziami, między innymi opartymi na wiedzy,

¹¹ R.M. Morgan, S.D. Hunt, *Relationship-based competitive advantage: The role of relationship marketing in marketing strategy*, „Journal of Business Research” 1999, No. 46, s. 281–290.

¹² P.W. Turnbull, D.T. Wilson, *Developing and protecting profitable customer relationships*, „Industrial Marketing Management” 1989, No. 18, s. 233–238.

indywidualizacji. Więź strukturalna połączona jest zaś z więzią osobistą, ideologiczną oraz z partnerstwem lub upoważnieniem (tabela 1).

Tabela 1. Podział więzi – służba zdrowia

Rodzaj więzi	Subwięź	Przykład
Formalna	Finansowa	Zachęty finansowe dla pacjentów
	Techniczna	Unikatowi specjaliści, unikatowy sprzęt
	Organizacyjna	Dogodność lokalizacyjna
Społeczna	Oparta na wiedzy	Kompleksowa opieka medyczna
	Komunikacyjna	Płynny przepływ informacji między usługobiorcą a usługodawcą
	Oparta na indywidualizacji	Zaspokojenie potrzeb o charakterze fizycznym i psychicznym (emocjonalnym)
	Psychologiczna	Minimalizowanie stresu u pacjentów
Strukturalna	Upoważniająca	Czynna aktywizacja pacjentów do brania udziału w procesie leczenia
	Osobista	Życzliwość i przyjacielskość we wzajemnych kontaktach
	Symboliczna	Dobra renoma placówki
	Ideologiczna	Przestrzeganie norm etycznych w codziennej pracy
	Partnerska	Szanowanie decyzji pacjentów co do własnego zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Rudawska, A. Sagan, *Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS*, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2006.

4. Relacje pacjent – personel i instytucje służby zdrowia

Personel medyczny łączy z instytucjami służby zdrowia zarówno więzi formalne, jak i społeczne czy strukturalne. Może to dotyczyć się zarówno relacji sformalizowanych przez zawarte umowy lub kontrakty z danymi szpitalami, dla których pracują lekarze lub pielęgniarki, jak i kontraktów, które muszą być przez nich wypełniane, czy względem wiarygodności składanych raportów czy oświadczeń. Z instytucjami służby zdrowia personel połączony jest także więziami o charakterze społecznym czy strukturalnym¹³. Przykładowo lekarze czy pielęgniarki łączyć musi więź komunikacyjna z instytucjami służby zdrowia, zapewniająca tym samym

¹³ Analiza tych relacji nie jest przedmiotem głębszych rozważań w niniejszym artykule.

płynny przepływ informacji. Istotna jest również rola więzi ideologicznej, w której kluczowe są normy etyczne i zgodność z własnym sumieniem. Klauzula sumienia jest jedną z nich¹⁴. Personel medyczny jednak zawiera w sobie wiele profesji, o których nie można zapominać. Jednak najistotniejszymi grupami zawodowymi w strukturze personelu medycznego są lekarze i pielęgniarki. I to właśnie te dwie grupy zawodowe w niniejszym artykule będą brane pod uwagę. Patrząc na nie z punktu widzenia więzi formalnych, podstawą działań lekarzy i pielęgniarek jest przysięga Hipokratesa, która stanowi także ważną podstawę więzi społecznych¹⁵. I bezsprzecznie ma ogromne znaczenie dla zaufania, którym pacjenci obdarzają lekarzy.

5. Relacja lekarze – pacjenci

Platformę powstawania więzi między personelem medycznym a pacjentami stanowią poszczególne wymiary relacji, które można odnieść do płaszczyzn interakcji między leczonym a leczącym. Sam wymiar techniczny odnosić się może do podstawowego i uznawanego za tradycyjne instrumenty poziomu interakcji między pacjentami i usługodawcami, który obejmuje: czynności medyczne związane z diagnozą oraz czynności medyczne związane z samym leczeniem¹⁶.

Tabela 2. Stosunek między lekarzem a pacjentem

Wymiar	Rola lekarza	Rola pacjenta
Aktywność – bierność	„Robi coś” dla pacjenta	Przyjmuje wszystko, jest niezdolny do samodzielnych działań
Kierowanie – współpraca	Mówi pacjentowi, co powinien robić	Posłusznie współpracuje
Współuczestnictwo	Pomaga pacjentowi, by mógł on sam sobie pomóc	Jest uczestnikiem i partnerem

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Szasz, M. Hollender, *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor – Patient Relationship*, „Journal of the American Medical Association 1956, Vol. 97.

¹⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, w: *Internetowy system aktów prawnych*, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152> (sprawdzono 13.10.2014).

¹⁵ <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr/> (sprawdzono 12.10.2014).

¹⁶ I. Rudawska, A. Sagan, *Identyfikacja więzi relacyjnych...*, s. 81–83.

Od strony formalnych więzi lekarze oferują pacjentom swoje profesjonalne umiejętności, zapewniając pacjentom usługi na najwyższym poziomie. Więzi społeczne dotyczą sfery komunikacyjnej między stronami procesu usługowego, przy czym ma on charakter zarówno werbalny, jak i niewerbalny. Przykładem tego może być sposób prowadzenia rozmów czy formułowania pytań bądź odpowiadania na pytania. Wynikiem interakcji na poziomie społecznym może być relacja oparta na zaufaniu, lojalności, pewności i swego rodzaju „sprzężeniu zwrotnym” między pacjentem a lekarzem¹⁷. Więzi strukturalne natomiast przejawiają się w sytuacjach życzliwego podejścia do pacjentów.

6. Relacja pielęgniarki – pacjenci

Pielęgniarki pełnią wobec pacjentów funkcję ratowniczą (opieka i pielęgnacja), kompensacyjną (zaspokajanie potrzeb chorego), protekcyjną (minimalizują negatywny wpływ czynników, które nie mogą być usunięte), promocyjną (promowanie zachowań prozdrowotnych), instrumentalną (wszelkie obowiązki zawodowe) i ekspresyjną (pocieszanie, dodawanie odwagi, zmniejszanie stresu)¹⁸.

Więzi formalne podtrzymywane są przez bliskość i dostępność pielęgniarek dla pacjenta o każdej porze dnia i nocy, pozwalającą na bieżącą kontrolę parametrów życiowych pacjentów, nauczanie zawodu pielęgniarskiego i przekazywanie wiedzy dalszym pokoleniom pielęgniarek, czy także prowadzenie prac naukowo-badawczych, które będą miały pozytywny wpływ na warunki sprawowanej opieki nad chorymi¹⁹.

Spółeczna więź pielęgniarka – pacjent wynika z tworzenia i podtrzymywania zindywidualizowanej relacji pielęgniarek z pacjentami. Odgrywają one kluczową rolę w motywowaniu pacjentów, rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb i problemów pacjentów czy też podtrzymywaniu chorych na duchu i wysłuchaniu ich.

¹⁷ W. Horts-Sikorska, I. Stangierska, *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, <http://czasopisma.viamedica.pl/fmr/article/viewFile/10312/8812> (sprawdzono 12.10.2014).

¹⁸ Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), kodeks etyki dla pielęgniarek, maj–czerwiec 2008, http://www.oipip-poznan.pl/index.php?modul=b56_8_3 (sprawdzono 13.10.2014).

¹⁹ Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, <http://www.nipip.pl/index.php/prawo/ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-polożnej-z-aktami-wykonawczymi/527-ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-polożnej?showall=&start=2> (sprawdzono 13.10.2014).

Przejawami więzi strukturalnej są: respektowanie przekonań pacjentów, dostrzeganie psychospołecznych potrzeb pacjenta i dążenie do ich zaspokajania; szczególne znaczenie ma więc umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi będącymi w szczególnej sytuacji, tym samym wpływając pozytywnie na renomę miejsca pracy.

Szczególne znaczenie ma w tym względzie empatia przejawiająca się w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych personelu (powtarzanie słów, kończenie zdań i nachylenie głowy itp.). Lekarze i pielęgniarki coraz częściej przechodzą specjalne kursy i warsztaty poświęcone okazywaniu empatii pacjentom. Dowiadują się, w jaki sposób wzbudzić zaufanie oraz jak pomóc w trudnych chwilach. Przekazywanie trudnych informacji, nierzadko dotyczących śmierci, jest trudne. Ważne jest, aby zarówno przed przekazaniem tych informacji, jak i w trakcie i tuż po, zachowanie lekarzy i pielęgniarek było pełne spokoju, zrozumienia i troski²⁰.

7. Relacja pacjenci – instytucje służby zdrowia

System opieki zdrowotnej w Polsce to zespół osób, ale także i instytucji, których naczelnym zadaniem jest zapewnienie opieki zdrowotnej obywatelom. Oparty jest na modelu ubezpieczeniowym, w którego skład wchodzi: 1) pacjenci (świadczeniobiorcy), 2) instytucje ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ), 3) świadczeniodawcy, podmioty lecznicze, które mogą prowadzić działalność jako przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, praktyki lekarskie, pielęgniarskie oraz położnych, dentystryczne, apteki, 4) organy kontroli i nadzoru, np. Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Rzecznik Praw Pacjenta, wojewodowie i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych, 5) Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działający przy nim konsultanci krajowi w poszczególnych specjalnościach medycznych. Instytucje służby zdrowia powiązane są formalnymi relacjami z pacjentami, choćby ze względu na dogodnie lokalizacje wszystkich swoich placówek oraz ułatwione sposoby kontaktowania się z nimi.

²⁰ A. Kubica, A. Ratajska, *Co leży u podłoża zlej współpracy lekarz – pacjent? — spojrzenie psychologa*, Via Medica, Folia Cardiologica Experta 2010, t. 5, nr 2, s. 84–87.

Więzi społeczne wynikają z obowiązków instytucji służby zdrowia, które muszą kłaść nacisk na bardzo dobry przepływ informacji między swoimi jednostkami i pacjentami, zapewnienie pacjentom kompleksowej obsługi oraz skracanie czasu oczekiwania.

Efektom finalnym wielopoziomowych relacji w systemie opieki zdrowotnej jest wyleczenie, poprawa zdrowia i zadowolenie pacjenta. Charakter i siła wyróżnionych więzi dla powyższego efektu finalnego jest przedmiotem wielu modeli teoretycznych. Szczególnie istotne znaczenie w wyjaśnianiu wpływu relacji (więzi) między partnerami na efektywność zaspokajania potrzeb finalnych klientów ma teoria kosztów transakcyjnych²¹. Jej zastosowanie w analizach struktury i funkcji relacji długookresowych między partnerami w służbie zdrowia jest związane ze współczesnymi tendencjami rezygnacji z rynkowej (transakcyjnej) alokacji zasobów (szczególnie w obszarze usług zdrowotnych) na rzecz układów instytucjonalnych lub sieciowych (zastępowanie mechanizmu rynkowego na rzecz porządku instytucjonalnego i wielopoziomowych struktur organizacyjnych). Tendencja ta jest widoczna w dyskusjach nad kształtem i efektywnością funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w krajach zachodnich (rozumianej jako rodzaj publicznego sektora transakcyjnego w gospodarce) oraz komparatywnej analizy instytucjonalnej (klasyczny problem: *market czy hierarchies*) związanej z alokacją zasobów w obszarze dóbr publicznych. Nie pomijając wagi analiz relacji pacjent – instytucje służby zdrowia, analiza morfologiczna więzi relacyjnych (w szczególności w relacji personel pomocniczy – lekarze – instytucje wspierające służbę zdrowia) wydaje się być kluczowym czynnikiem kształtowania satysfakcji pacjenta z poziomu usług zdrowotnych. Wynika to z tego, iż chory pacjent najpierw udaje się bezpośrednio do lekarza. Jest on tym samym zainteresowany kontaktem z personelem medycznym posiadającym potrzebne kwalifikacje (zob. tabela 3).

²¹ M. Kowalska-Musiał, *Modele APIM w kształtowaniu relacji usługowej*, w: I. Rudawska, M. Soboń (red.), *Przedsiębiorstwo i klient w gospodarce opartej na usługach*, Difin, Warszawa 2009; J. Świątowiec, *Więzi partnerskie na rynku przedsiębiorstw*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.

Tabela 3. Morfologia więzi relacyjnych w instytucjach służby zdrowia – podsumowanie

Typ więzi	Personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) a pacjenci	Pacjenci a personel medyczny	Instytucje służby zdrowia a personel medyczny	Instytucje służby zdrowia a pacjenci
Więzi formalne	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych 2) Podejmowanie wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów 3) Zapewnienie właściwej jakości świadczeń 4) Prowadzenie dokumentacji medycznej 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zobowiązanie się do mówienia prawdy i niezatajania żadnych faktów związanych ze swoim stanem zdrowia 2) Uiszczanie opłat za pobyt w placówkach zdrowia 3) Oplacanie ubezpieczeń zdrowotnych 4) Dopelnianie formalności związanych z dostarczeniem kompletu dokumentacji medycznej 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Umowy zwarte między placówką medyczną a pracującym w nim personelem medycznym 2) Związki pracownicze, np. związki pielęgniarskie współistniejące wewnątrz szpitali 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prawo do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz innych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych 2) Dostęp do Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia (OSOZ)
Więzi społeczne	<ol style="list-style-type: none"> 5) Informowanie pacjenta i rodziny pacjenta o stanie zdrowia chorego 6) Przestrzeganie i szanowanie decyzji chorego 7) Minimalizowanie stresu wywołanego hospitalizacją 	<ol style="list-style-type: none"> 5) Wyjaśnianie personelowi medycznemu jasno i klarownie swoich decyzji i życzeń związanych z informowaniem najbliższych o stanie zdrowia 6) Pomoc w procesie diagnozowania 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Odpowiedni przepływ informacji między podmiotami służby zdrowia a personelem medycznym 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Swobodny dostęp do wszystkich instytucji służby zdrowia 4) Dostęp do wszystkich informacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów oraz personelu medycznego
Więzi strukturalne	<ol style="list-style-type: none"> 8) Traktowanie chorego z szacunkiem 9) Pełne empatii zachowanie względem pacjentów; nawiązywanie kontaktu wzrokowego, cierpliwość oraz poświęcanie tyle czasu, ile jest potrzebne pacjentowi 10) Wyjaśnianie zawiłych medycznych sformułowań w sposób jasny i klarowny 	<ol style="list-style-type: none"> 7) Szanowanie pracy personelu medycznego 8) Nieuprzykrzanie innym pacjentom pobytu w placówce szpitalnej 	<ol style="list-style-type: none"> 4) Klauzula sumienia, wynikająca z traktowania profesji jako powołania oraz więź etyczna w systemie służby zdrowia 	<ol style="list-style-type: none"> 5) Prawo do przedstawiania skarg i zażaleń, instytucjonalna ochrona prawna interesów pacjenta

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Instytucje służby zdrowia kierowały się sztywnymi zasadami, w których najważniejsze było wyleczenie pacjenta bez nawiązywania zbyt silnej więzi emocjonalnej, społecznej i etycznej. Obecnie jednak tendencja ta ulega zmianie. Pacjent przestaje być jedynie przedmiotem oddziaływań medycznych i staje się coraz bardziej uświadomionym klientem, który oczekuje nie tylko wyjaśnienia jego położenia w sposób przystępny, ale także żąda możliwości czynnego brania udziału w procesie dyferencjacji (diagnozowania) oraz możliwości bliższego poznania swoich lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Zatem pacjent jako klient jest bardziej świadomy swoich praw, zaś personel medyczny zaczyna dostrzegać w swoich pacjentach nie tylko chorobę, ale także jego wartości, potrzeby i preferencje. Pełniejsze zrozumienie typów relacji zachodzących między nimi pozwala na osiągnięcie większej efektywności funkcjonowania całego systemu.

Literatura

- Bloom S., *The Doctor and His Patient*, Russell Sage Foundation, New York 1963.
- Gronroos C., *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Marketing Science Institute, Cambridge, MA, 1983.
- Horts-Sikorska W., Stangierska I., *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, <http://czasopisma.viamedica.pl/fmr/article/viewFile/10312/8812> (sprawdzono 12.10.2014).]
- Kowalska-Musiał M., *Modele APIM w kształtowaniu relacji usługowej*, w: I. Rudawska, M. Soboń (red.), *Przedsiębiorstwo i klient w gospodarce opartej na usługach*, Difin, Warszawa 2009.
- Kubica A., Ratajska A., *Co leży u podłoża złej współpracy lekarz – pacjent? — spojrzenie psychologa*, *Via Medica, Folia Cardiologica Experta* 2010, t. 5, nr 2.
- Li H., Koehn N., Desroches Y., Yum C., Deagle G., *Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis*, *ABI/INFORM Global, „Canadian Journal of Communication”* 2007.
- Mechanic D., Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Faculty, Staff & Student Directory, www.ihhpar.rutgers.edu (sprawdzono 5.03.2013).
- Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), kodeks etyki dla pielęgniarek, maj-czerwiec 2008, http://www.oipip-poznan.pl/index.php?modul=b56_8_3 (sprawdzono 13.10.2014).

- Morgan M.R., Hunt D.S., *Relationship-based competitive advantage: The role of relationship marketing in marketing strategy*, „Journal of Business Research” 1999, No. 46.
- Rudawska I., Sagan A., *Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS*, *Problemy Zarządzania* 2006, nr 2 (12), Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski.
- Rudawska I., *Usługi w gospodarce rynkowej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.
- Szasz T., Hollender M., *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*, „Journal of the American Medical Association” 1956, vol. 97.
- Świątowiec J., *Więzi partnerskie na rynku przedsiębiorstw*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
- Trojanowski M., *Marketing bezpośredni. Koncepcja – zarządzanie – instrumenty*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010.
- Turnbull P.W., Wilson D.T., *Developing and protecting profitable customer relationships*, „Industrial Marketing Management” 1989, No. 18.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, w: *Internetowy system aktów prawnych*, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152> (sprawdzono 13.10.2014).
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, <http://www.nipip.pl/index.php/prawo/ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-polożnej-z-aktami-wykonawczymi/527-ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-polożnej?showall=&start=2> (sprawdzono 13.10.2014).

MORPHOLOGY OF RELATIONSHIP BONDINGS IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

An article represents types of relationship bonds in institutions of medical services including bondings between doctors, nurses, patients and health institutions. Also this article shows multiple level of this bondings, which can be divided into formal, social and structural bonds.

Translated by Ewa Nowakowska

Keywords: relationship bonding, health, healthcare, medical staff, services

Kod JEL: I11