

EWELINA MOROŃ
ORCID: 0000-0002-3125-6557

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej

(Świadoma) zgoda pacjenta. Jak realnie zwiększyć alfabetyzm zdrowotny w polskiej służbie zdrowia

Abstrakt

Artykuł zawiera podstawowe informacje z zakresu alfabetyzmu zdrowotnego — rozumianego między innymi jako proces zdobywania informacji i wiedzy o zdrowiu, unikanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, zrozumienie społecznych i środowiskowych czynników związanych z opieką zdrowotną i rozwijanie umiejętności korzystania ze świadczeń zdrowotnych (WHO 1986). Tekst składa się z dwóch części: pierwsza wskazuje na potrzeby rozwijania alfabetyzmu zdrowotnego oraz wymienia podstawowe narzędzia temu służące. Druga część obejmuje propozycję sformułowania w prostym języku zgody na usunięcie zęba.

Słowa kluczowe: alfabetyzm zdrowotny, prosty język, zgoda pacjenta.

Wprowadzenie

Morbum evitare quam curare facilius est — lepiej zapobiegać, niż leczyć. Aby pacjenci mogli wcielić w życie tę popularną maksymę przypisywaną Hipokratesowi: badać się profilaktycznie, nie unikać szczepień, dobrze się odżywiać i prowadzić odpowiedni do swego temperamentu styl życia, powinni wykorzystać bodaj najważniejszą kompetencję związaną z przetwarzaniem informacji — alfabetyzm zdrowotny.

Polski model interakcji między lekarzem a pacjentem cechuje komunikacyjna asymetria; to najczęściej lekarz — jako specjalista biegle poruszający się w dyskursie medycznym — wybiera sposób leczenia i mówienia o nim pacjentowi (temu, *który cierpi*, ale i temu, *który jest cierpliwym*). Badania (głównie zachodniego) personelu medycznego i socjologów zajmujących się sektorem zdrowia wskazują natomiast, że pacjenci chętniej podejmują czynności profilaktyczne lub lecznicze, jeśli zdają

sobie sprawę z przynajmniej jednej z poniższych sytuacji — i przyjmują to przekonanie jako własne:

1. choroba i jej powikłania mogą wywołać poważny uszczerbek na moim zdrowiu,
2. mogę zachorować na daną chorobę,
3. podjęte przeze mnie działania prozdrowotne przyniosą mi korzyść (Sullivan 2000),
4. mogę pokonać ograniczenia związane z chorobą (Potter 2015).

Przekazywanie podstawowych informacji na temat zdrowia w formalnej komunikacji interpersonalnej (lekarz–pacjent lub pielęgniarz–pacjent) będzie tym efektywniejsze, im odbiorca bardziej zaangażuje się w aktywne zdobywanie wiedzy (Potter 2015). Informacje o zdrowiu przekazywane w ten sposób są uznawane przez odbiorców zazwyczaj za najwiarygodniejsze — mimo rosnącej roli internetu jako źródła wiedzy.

Między innymi z tego powodu uważam, że powszechne uprzystępnienie języka medycznego i przełączanie kodów językowych według potrzeby znacząco zwiększy działania profilaktyczne polskich pacjentów — oczywiście w granicach niebotycznie niedofinansowanego systemu opieki zdrowotnej, w jakim musimy działać i poddawać się działaniom.

Alfabetyzm zdrowotny — szczegółowa kompetencja przetwarzania informacji

Na alfabetyzm zdrowotny zaczęto zwracać uwagę pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku (Kickbush 1997; Nutbeam 2000), choć według literatury przedmiotu pojęcie to pod innym *definiendum* jest używane od 1986 roku. Wówczas WHO zamieściła w Karcie ottawskiej — w jednej z pięciu strategii efektywnej promocji zdrowia — rozwinięcie wyrażenia „rozwijanie osobniczych umiejętności” w znaczeniu między innymi zdobywania informacji i wiedzy o zdrowiu, unikania zachowań ryzykownych dla zdrowia, zrozumienia społecznych i środowiskowych czynników związanych z opieką zdrowotną i rozwijania umiejętności korzystania ze świadczeń zdrowotnych (WHO 1986). I w Karcie ottawskiej, i w definicji *health literacy* w „Health Promotion Glossary” z 1998 roku (WHO 1998) akcent został położony na pracę własną pacjenta w zakresie pozyskiwania wiedzy, weryfikowania źródeł i przetwarzania informacji — co jest możliwe dzięki ogólnej umiejętności dekodowania treści, choć oczywiście nie wyłącznie dzięki temu.

Polskojęzyczne pojęcie początkowo przybierało postać wyrażen „umiejętność postrzegania zdrowia”, „piśmienność zdrowotna” czy „kompetencje zdrowotne” (Cylkowska-Nowak, Wiatrowska 2010: 76; Olejniczak 2016: 240; Baska, Śliż 2020: 34; Kowalska, Kalinowski, Bojakowska 2017: 432). Wyrażenie „alfabetyzm zdrowotny” ustabilizowało się około 2010 roku i obecnie jest najbardziej obciążonym frekwencyjnie tłumaczeniem w literaturze przedmiotu z zakresu promocji i profilaktyki

zdrowia. Mimo to autorzy opracowań z tego zakresu zgodnie wskazują, że jest to pojęcie jeszcze nieznanne, choć kluczowe dla ograniczania ryzyka zachorowań, pogorszenia stanu zdrowia i ogólnego dobrostanu jednostki — funkcjonującej jednak w społeczeństwie.

Dekodowanie treści medycznych — niski poziom zrozumienia

Ze względu na niski poziom obciążenia frekwencyjnego, niecodzienną (często stresującą) sytuację komunikacyjną oraz niski poziom zaangażowania jednego z interlokutorów dekodowanie treści specjalistycznych jest trudniejsze niż dekodowanie treści wykorzystujących przede wszystkim słownictwo ogólnoodmianowe. A i z tymi drugimi jako polskie społeczeństwo nie radzimy sobie najlepiej: poziom ogólnego (funkcjonalnego) alfabetyzmu jest w Polsce niski. Około 15% piętnastoletnich uczniów oraz około 20% dorosłych zupełnie nie radzi sobie z rozumieniem tekstu czytanego (PISA 2018: 10; PIAAC 2013: 46). W 2019 roku blisko 61% respondentów przyznało się, że nie przeczytało ani jednej książki (BN 2020: 2). Badania nad alfabetyzmem zdrowotnym dorosłych Polaków także pokazują, że efekty edukacji zdrowotnej nie są zadowalające: 44% kobiet i 30% mężczyzn nie potrafi wskazać prawidłowego stosunku liczby uciśnień mostka do liczby wdechów stosowanych podczas reanimacji (Cylkowska-Nowak, Wiatrowska 2010: 76). Najniższym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego w badaniu NVS, polegającym na interpretowaniu etykiety produktu spożywczego zgodnie z zaleceniami lekarza, wykazało się 20% dorosłych słyszących Polaków i 82% głuchych Polaków (Moroń 2020: 138). W Europejskim Sondażu Kompetencji Zdrowotnych 38% Polaków oceniło swoją wiedzę na temat zdrowia jako niską (Niedźwiecka, Słońska, Taran 2012: 215). W wypadku alfabetyzmu zdrowotnego o niefortunności komunikacyjnej dodatkowo mogą zdecydować czynniki językowe, społeczne i systemowe. Są to przede wszystkim (por. Baska, Śliż 2020: 35 n.):

1. Niska dostępność do refundowanych usług zdrowotnych. Pacjenci bez specjalnych uprawnień rejestrujący się w lutym 2020 roku do jednej z wrocławskich endokrynolożek byli zapisywani na grudzień 2028 roku [*sic!*]. Informator o terminach leczenia w lipcu 2020 roku proponował kontrolną wizytę u losowego wrocławskiego kardiologa pod koniec października 2020 roku. Pacjenci powołujący się na ustawę z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, gwarantującą pierwszeństwo do lekarzy specjalistów, czekają od początku 2020 roku na wizytę do wrocławskich neurologów średnio 21 dni. Są to oczywiście dowody anegdotyczne, pokazują jednak skalę problemu z dostępnością do świadczeń medycznych w Polsce.

2. Niedostosowanie wskaźnika trudności języka (indeksu FOG) ulotek i materiałów okołozdrowotnych. W wypadku treści specjalistycznych, z uwzględnieniem odbiorców zagrożonych analfabetyzmem zdrowotnym (głuchych i cudzoziemców,

których polszczyzna nie jest pierwszym językiem, osób z niskim poziomem alfabetyzmu funkcjonalnego oraz osób unikających usług zdrowotnych z powodów światopoglądowych), indeks mglistości powinien wynosić 5–6 (Weiss *et al.* 1998).

3. Powszechna dostępność portali pseudonaukowych i pseudomedycznych. Sprzyjająca zrozumieniu i przyjęciu tabloidyzacja treści jest w tym przypadku dodatkowo wzmacniana przez promowane mody okołomedyczne: masło szkodzi lub pomaga od lat dziewięćdziesiątych XX wieku; gluten i laktoza (bądź kazeina) są niewskazane od około 2015 roku; mimo wycofania w 2010 roku z „The Lancet” artykułu Andrew Wakefielda o wpływie szczepionek skojarzonych (MMR) na autyzm ruch antyszczepionkowy zyskuje posłuch (dane Głównego Inspektoratu Sanitarnego mówią o 44 tysiącach przypadków uchylania się od obowiązkowych szczepień w styczniu 2020 roku).

4. Nieefektywna komunikacja między lekarzem a pacjentem podczas wizyty lub hospitalizacji. Według badań zespołu LekSeek Polska podczas dwudziestominutowej wizyty lekarskiej średnio 16 minut lekarz poświęca na czynności organizacyjne oraz przeglądanie i uzupełnianie dokumentacji medycznej (Puls Medycyny 2017). Pozostałe cztery minuty może poświęcić na rozmowę z pacjentem, która nie powinna ograniczać się jedynie do funkcji referencyjnej. „Wiele aspektów medycyny jest ściśle związanych z psychologią, etyką i różnymi dziedzinami nauk społecznych, a także — co może być szczególnie ważne — z problemami życia codziennego i z podejmowaniem decyzji o dużym znaczeniu dla ludzi” (Doroszewski 1999: 33). Monologowe przekazanie informacji pacjentowi na temat jego stanu zdrowia, tematyzacja jednostki chorobowej — to często za mało, by odbiorca zrozumiał, przyjął i wprowadził w życie przekazane zalecenia.

Narzędzia zwiększające poziom alfabetyzmu zdrowotnego — nie wszystkie w realiach polskiej służby zdrowia

Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego przekłada się bezpośrednio na spadek częstości korzystania z usług medycznych — edukacyjnej promocji zdrowia, skutecznej profilaktyki, prewencyjnej diagnostyki czy działań leczniczych. Badacze zajmujący się efektywną komunikacją między personelem medycznym a pacjentem opracowali ponad 20 zaleceń zwiększających poziom alfabetyzmu zdrowotnego lub przeciwdziałających skutkom analfabetyzmu zdrowotnego u pacjentów (Baska, Śliż 2020: 39). Wprowadzenie większości zaleceń wymaga jednak zmian systemowo-prawnych, na przykład:

1. stworzenie lokalnego (na poziomie placówki medycznej) interdyscyplinarnego zespołu zajmującego się promowaniem i ulepszaniem praktyk zwiększających alfabetyzm zdrowotny;

2. stosowanie podczas wizyty metody „papierowej torby” (ang. *brown bag review*), która polega na drobiazgowym i skutecznym poznaniu, jakie leki pacjent przyjmuje (nazwa metody nawiązuje do najefektywniejszego poznawczo rozwiązania: pacjent na prośbę lekarza przynosi na wizytę leki w osobnej torbie);

3. uproszczenie systemu skierowań do innych specjalistów i zapewnienie lekarzowi prowadzącemu informacji zwrotnej na temat pacjenta i jego choroby;

4. zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem.

Część zaleceń jednak można zastosować bez zmian systemowych — przełamie to przeważającą w rozmowie między lekarzem a pacjentem funkcję referencyjną na rzecz funkcji fatycznej i metajęzykowej:

1. witanie pacjentów przez lekarzy w grzeczny i naturalny sposób;

2. upewnianie się, że pacjent naprawdę rozumie przekazywane przez lekarza informacje;

3. zachęcanie pacjenta do zadawania pytań i parafrazowania przekazanych mu informacji.

W wypadku pacjentów, których kompetencje językowe są ograniczone (niepiśmiennych, cudzoziemców, głuchych, osób z niepełnosprawnością intelektualną), lekarz powinien dodatkowo wykorzystać założenia komunikacji: interkulturowej oraz efektywnej (ang. *power writing*), wskazujących między innymi na konieczność zapoznania personelu medycznego z metodami edukacji wielokulturowej lub wielojęzycznej, korzystanie z tłumaczy online, teleporad i innych technologii komunikacji na odległość, zatrudnienie tłumaczy lub asystentów kulturowych.

Zalecenia, które można wprowadzić w poszczególnych placówkach medycznych bez wysokich nakładów finansowych ani czasowych, nawiązują do początków badań nad *health literacy* dotyczących „poprawy możliwości odczytu i zrozumienia formularzy zgód pacjentów oraz innych pisemnych i ustnych informacji przekazywanych pacjentom przez pracowników opieki zdrowotnej” (Kowalska, Kalinowski, Bojakowska 2017: 432). W tym celu wystarczy na przykład zredagować poszczególne kwestionariusze zgodnie z zasadami prostego języka. Dystrybucja wersji prostojęzycznych może być jednak utrudniona — polskie placówki medyczne dysponują własnymi kwestionariuszami, nie korzystają z centralnej ani ministerialnej bazy formularzy, ponieważ taka nie istnieje. Często nie są także zainteresowane tym zagadnieniem — jako sekundarnym wobec na przykład niedoborów kadrowych, przerw w zaopatrzeniu podstawowych leków czy koniecznością prowadzenia drobiazgowej dokumentacji dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Gdyby w ramach zwiększania dostępności treści medycznych przygotowanie formularzy zgód jako dokumentów prawnie wiążących było możliwe, ostatnim krokiem byłoby przygotowanie tych formularzy w formatach alternatywnych: w alfabecie Braille’a, o powiększonym foncie lub w dużym kontraście, według zasad *easy-to-read* (języka-łatwego-w-czytaniu).

Przykładowy formularz — Zgoda na ekstrakcję zęba vs Zgoda na usunięcie zęba

Przedstawiam poniżej trzy wybrane losowo zgody pacjenta na usunięcie zęba (zgody 1–3), które zostały poddane prostojęzycznej transformacji (zgoda 4).

Wspólnymi elementami zgód 1–3 są:

- rama zgody: imię i nazwisko pacjenta, PESEL, data, podpis pacjenta;
- zgoda na usunięcie zęba — *condicio sine qua non*;
- oświadczenia pacjenta dotyczące zapoznania się z treścią formularza, udzielenia lekarzowi prawdziwych informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, zrozumiałości przekazywanych informacji, możliwości zadawania pytań lekarzowi i uzyskania na nie odpowiedzi;
- informacje na temat najczęstszych powikłań i pozostałych ryzyk związanych z zabiegiem.

Częstymi elementami zgód są:

- podstawa prawna: art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówiące o konieczności pobrania zgody od pacjenta i sytuacjach zwalniających lekarza z tego obowiązku; art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mówiące o prawie pacjenta do udzielenia zgody na badanie lub inne świadczenie zdrowotne;

- podpis i pieczętka lekarza;
- oświadczenia pacjenta dotyczące poufności przekazywanych danych;
- akceptacja kosztów zabiegu przez pacjenta;
- zalecenia pozabiegowe.

Jednostkowo wystąpiły następujące elementy:

- enumeratywne wskazania do usunięcia zęba;
- podstawowe informacje na temat samego zabiegu;
- informacja o dobrowolności przekazania danych przez pacjenta;
- pouczenie o konsekwencjach rezygnacji z zabiegu.

Ze względów ekonomicznych zgoda pacjenta musi być dokumentem mieszczącym się na jednej stronie — często kosztem kompozycyjnej czytelności: interlinii poniżej 1, fontu mniejszego niż ekwiwalent Times New Roman 10, braku śródtytułów i podziału na tematyczne sekcje. Jako element obowiązkowej dokumentacji medycznej zgoda pozostaje w placówce wykonującej zabieg — co jest sprzeczne z informacyjnym charakterem sekcji „zalecenia i możliwe powikłania po zabiegu”.

Według aplikacji Logios.dev teksty zgód są trudne dla odbiorcy. Indeks mglistości FOG wskazujący na liczbę lat edukacji, jaką trzeba przejść, by swobodnie przetwarzać zawarte w teście informacje, wynosi:

- dla zgody 1: 10 lat,
- dla zgody 2: 13 lat,
- dla zgody 3: 11 lat.

Wszystkie zgody napisane są w stylu nominalnym (38–41% rzeczowników, wśród nich znacząco przeważają *gerundia*), wszystkie używają wysokospecjalistycznej leksyki (54–73%) i wyrazów trudnych — dłuższych niż trój sylabowe (10–17%). Przede wszystkim jednak wszystkie trzy zgody nie czerpią w żadnym paragrafie z wzorca skutecznej, dyrektywnej instrukcji, co jest konieczne w akapitach zawierających zalecenia dla pacjenta. Dodatkowym utrudnieniem percepcyjnym jest pisanie równościowe (dokładnie: *splitting*) występujące w akapitach o funkcji oświadczeń.

Co ciekawe, transformacja zgód na prosty język nie jest o wiele krótsza niż teksty wyjściowe — liczy 387 wyrazów tekstowych (zgoda 1 — 293, zgoda 2 — 405, zgoda 3 — 428).

Najbardziej widoczne są oczywiście zmiany z poziomu kompozycyjnego tego tekstu:

1. zgodę podzieliłam na dwie części — pozioma perforowana linia wskazuje miejsce fizycznego przecięcia kartki. Dzięki temu część z danymi, oświadczeniami oraz zgodami pacjenta będzie można dołączyć do jego dokumentacji medycznej, a zalecenia po zabiegu i wyliczenie najczęstszych powikłań pacjent będzie mógł zatrzymać;

2. dodałam krótkie nawigujące śródtytuły w formie równoważników zdań;

3. zebrałam w jednym miejscu oświadczenia i zgody;

4. wybrałam zalecany zwłaszcza w standardzie *easy-to-read* font bezszeryfowy — Calibri 11;

5. aby nie przekroczyć jednej strony ani nie zmniejszać fontu, w sekcji oświadczeń i zaleceń wybrałam układ dwukolumnowy.

Uprościłam syntagmę zdań oraz zmniejszyłam odsetek rzeczowników do 36%, FOG tekstu wskazuje na 7 lat edukacji. Leksyka specjalistyczna zmniejszyła się do 44%, a trudne słowa — do 6,5%. Znacząco zwiększył się odsetek słów (czasowników i zaimków osobowych) wskazujących na odbiorcę: wyrażonych w 1 os. l. poj. w części pierwszej (8,9%) oraz w 2 os. l. poj. w części drugiej (8%). Zrezygnowałam także z pisania równościowego — efekt ten uzyskałam przez wymianę podmiotu: z domyślnego „(ja) przekazałem/-łam lekarzowi” na gramatyczny „lekarz otrzymał ode mnie”.

Zgoda w prostym języku zawiera wszystkie najczęściej występujące elementy tekstów wyjściowych. Jest to propozycja językoznawczyni — przed weryfikacją merytoryczną lekarza stomatologa.

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG USUNIĘCIA ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. Z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), oraz art. 16 i 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dz.U.2009 r. Nr 52 poz.417 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny usunięcie zęba/zębów.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia zgodnie z kwestionariuszem stanu zdrowia stanowiącym załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przekazywane informacje są danymi poufnymi.

Podstawowe informacje dotyczące zabiegu:

- Zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
- Do powikłań występujących w trakcie lub po zabiegu należą m.in.: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie rany (suchy zębodół), wysoka temperatura ciała, perforacja zatoki szczękowej, złamanie korzenia zęba, zapalenie wsierdzia.
- Wystąpieniu powikłań sprzyja: niedostateczna higiena jamy ustnej, niewyrównane choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia krzepnięcia, choroby zapalne).
- Usunięcie zęba nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.

Zalecenia po zabiegu:

- tampon zabezpieczający zębodół usunąć po 30min.
- przez 2 godziny po zabiegu nie wolno jeść i pić, a do końca dnia nie jeść i nie pić nic gorącego.
- w dniu zabiegu nie płukać jamy ustnej.
- nie palić tytoniu 24 godziny po zabiegu.
- w przypadku wystąpienia obrzęku po zabiegu, zastosować zimny okład na policzek.
- w razie przedłużającego się krwawienia zgłosić się do lekarza.
- nie wolno korzystać z sauny i słońca w dniu zabiegu.
- konieczne jest przyjmowanie antybiotyku, jeżeli został zalecony.
- należy zgłosić się do usunięcia szwów chirurgicznych po 7-10 dni (jeżeli zostały założone).

Zostałem/-am poinformowany/-a o konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku.

.....
Data, Podpis i pieczęć lekarza dentystry

.....
Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

Strona 1 z 1

Zgoda 1.

Źródło: www.rogowski.pl › uploads › zgoda-na-usunięcie-zęba-1 (dostęp: 21.02.2020).

ZGODA PACJENTA NA USUNIĘCIE (EKSTRAKCJE) ZĘBA

Imię, nazwisko Pacjenta..... nr PESEL.....

Wyrażam zgodę na usunięcie zęba
 Konieczność usunięcia zęba wynika z następujących wskazań (odpowiedni punkt zakreśla lekarz prowadzący):

1. Wskazania wynikające z chorób tkanek zęba: zęby zniszczone w sposób uniemożliwiający odbudowę zęba, zapalenie miazgi zębów ósmych, zapalenie miazgi, zgorzel przy braku możliwości leczenia kanałowego zęba (kanały niedrożne lub zakrzywione), nawracające ropne stany w zębach mlecznych nie poddające się leczeniu
2. Wskazania protetyczne: zęby ustawione poza łukiem zębowym (po wykluczeniu leczenia ortodontycznego), pojedyncze zęby szczęki.
3. Wskazania periodontologiczne: III stopień rozchwiania zęba, nawracające ropnie przyzębia nie poddające się leczeniu zachowawczemu.
4. Wskazania ortodontyczne
5. Wskazania chirurgiczne: zęby wielokorzeniowe ze zmianami okołowierzchołkowymi lub zęby jednokorzeniowe przy braku możliwości leczenia zachowawczego lub przeciwwskazania do resekcji korzenia, zęby zatrzymane, które są przyczyną dolegliwości bólowych lub przemieszczają zęby sąsiednie, utrudnione wyrzynanie zębów ósmych nie rokujących prawidłowego ustawienia w łuku, złamanie korony zęba poniżej brzożu kostnego- brak możliwości odbudowy protetycznej, skośne lub podłużne złamanie korzenia zęba, złamanie zęba wielokorzeniowego.
6. Wskazania z przyczyn jatrogennych: zęby z perforacją(przedziurawieniem) korzenia lub komory zęba, złamanie narzędzia w kanale zęba nie możliwe do usunięcia i będąc przyczyną stanów zapalnych.
7. Wskazania lekarza innej specjalizacji, kiedy występuje podejrzenie zakażenia odogniskowego.

Możliwe powikłania podczas i po ekstrakcji zęba:

- złamanie korony sąsiedniego zęba
- uszkodzenie uzupełnienia protetycznego, uszkodzenie wypełnienia zęba, uszkodzenie implantu, uszkodzenie zęba przeciwstawnego
- przypadkowe zwichnięcie, nadwichnięcie lub usunięcie zęba sąsiedniego, uszkodzenie zawiązka zęba stałego
- zranienie okolicznych tkanek miękkich
- złamanie wyrostka zębodołowego, złamanie blaszki kostnej wyrostka zębodołowego, odtamanie guza szczęki, złamanie zuchwy
- złamanie narzędzia chirurgicznego w obrębie tkanek
- przemieszczenie stawu skroniowo-zuchwowego
- wzmożone krwawienie, połknięcie zęba, zaaspirowanie zęba do dróg oddechowych
- przemieszczenie korzenia zęba lub jego fragmentu do tkanek miękkich, przemieszczenie korzenia zęba, fragmentu korzenia zęba lub zęba zatrzymanego do zatoki szczękowej
- połączenie ustno-zatokowe
- porażenie nerwów, uszkodzenie mechaniczne nerwu, przerwanie nerwu

Rezygnacja z zabiegu może prowadzić do uszkodzenia kości spowodowanego powstaniem zmian ropnych, torbieli lub infekcji obejmującej cały organizm. Zęby martwe nie nadające się do leczenia zachowawczego mogą być przyczyną zakażeń utajonych, które mogą mieć niszczący wpływ na odległe narządy.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią formularza i w pełni zrozumiałem/łam informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie rozpoznaniu, proponowanym leczeniu, sposobie przeprowadzenia zabiegu, kosztach, alternatywnych metodach leczenia

Oświadczam, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/łam możliwość zadania pytań dotyczących proponowanego leczenia i uzyskałem/łam na nie odpowiedzi.

Oświadczam, iż składam niniejsze oświadczenie świadomie i dobrowolnie.

.....
 Data i podpis pacjenta

Zgoda 2.

Źródło: http://serwer1783217.home.pl/springerzone/zgoda_na_usu.pdf (dostęp: 21.02.2020).

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej : usunięcie zęba/zębóww NZOZ Ewadent przy
lek. dent.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym .
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej, odrznięcie, uszkodzenie nerwu i innych. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
 - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - f) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. O kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ)

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku oraz odpowiedzi na moje pytania. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentystry.....
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Data

Wzór pobrano ze strony: <http://oilkrakstom.nl/>

Zgoda 3.

Źródło: www.nzoz-ewadent.pl/dokumenty/Zgoda%20ekstrakcja.pdf (dostęp: 21.02.2020).

ZGODA NA USUNIĘCIE ZĘBA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejscowość, data:

Wskazanie do usunięcia zęba:

Podpis i pieczętka lekarza dentystry:

Oświadczenia

1. Lekarz otrzymał ode mnie prawdziwe i pełne informacje na temat mojego zdrowia – ustnie i w ankiecie.

Wiem, że są to informacje poufne.

2. Lekarz poinformował mnie:

- jak będą wyglądały zabieg i dalsze leczenie,

- że otrzymam znieczulenie miejscowe,

- jakie mogą być ewentualne powikłania – podczas i po zabiegu,

- jakie są inne możliwości leczenia (włącznie z jego zaniechaniem) i jakie są ich ryzyka i konsekwencje,

- ile kosztuje zabieg.

3. Wiem, że mogę zadawać pytania oraz wyrażać obawy związane ze stanem zdrowia, badaniem i leczeniem.

4. Rozumiem informacje, które przekazał mi lekarz.

5. Rozumiem, że – jak w przypadku wszystkich zabiegów i procedur medycznych – pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

6. Wiem, że zabieg ma usunąć konkretny problem i że może nie wyeliminować ewentualnych ukrytych problemów.

7. Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg i dalsze leczenie.

Zgody

1. Zgadzam się na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej w tej poradni.

2. Zgadzam się na wykonanie zdjęć tradycyjnych i rentgenowskich.

3. Akceptuję koszty zabiegu.

.....
Czytelny podpis Pacjenta

Po zabiegu usunięcia zęba

- Nie forsuj się.

- Nie prowadź samochodu ani innych pojazdów przez 12 godzin.

- Nie pij alkoholu ani nie pal przez co najmniej 7 dni.

- Myj zęby (uważaj na ranę!) i przestrzegaj innych

zaleceń, które dotyczą higieny jamy ustnej.

- Bierz przepisany antybiotyk i inne leki.

- Płucz usta zaleconym płynem.

- Zgłoś się na zdjęcie szwów i inne wizyty kontrolne.

Najczęstsze powikłania

Obrzęk, krwawienie, szczękocisk, ból, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, otwarcie zatoki szczękowej, oderwanie się guza szczęki (jeśli były usuwane górne szóstki, siódemki lub ósemki), złamanie żuchwy, porażenie nerwów: podoczołowego, zębodołowego dolnego, językowego, bródkowego, brak czucia bez zaburzeń ruchomości (jeśli były usuwane i znieczulane dolne szóstki, siódemki lub ósemki)

Pozostałe ryzyka zabiegu

Uszkodzenie sąsiedniej korony zęba lub sąsiedniego implantu; zranienie dziąsła, policzka i innych tkanek; pokłnięcie zęba lub dostanie się go do dróg oddechowych

Podstawa prawna

- art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm.)

- art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Zgoda 4.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Zaproponowana transformacja zgody na badanie lub zabieg — najważniejszego dokumentu w postępowaniu medycznym — służy zmniejszeniu asymetrii komunikacyjnej i wiedzy między lekarzem a pacjentem. Oczywiście jest tylko jedną ze składowych alfabetyzmu zdrowotnego; mam jednak nadzieję, że przyczyni się do częstszego przełączania kodów językowych u lekarzy, ośmieli pacjentów do werbalizowania próśb o wyjaśnienie lub ponowne opisanie procesu leczenia oraz, w efekcie, zwiększy jego skuteczność.

Podstawowe transformacje językowe powinny obejmować trzy poziomy tekstu:

1. kompozycyjny — między innymi wydzielenie części informacyjnej dla pacjenta oraz części do pozostawienia w dokumentacji medycznej, wyróżnianie akapitów śródtytułami;

2. składniowo-gramatyczny — między innymi zwiększenie liczby czasowników oraz zaimków osobowych;

3. leksykalny — między innymi dobór słownictwa powszechnego, o wysokim obciążeniu frekwencyjnym.

Bibliografia

- Baska A., Śliż D. (2020): *Stanowisko American Heart Association na temat alfabetyzmu zdrowotnego (health literacy) z 10 lipca 2018 roku z komentarzem*, „Folia Cardiologica” 15, nr 1, s. 34–41.
- BN (2020): *Stan czytelnictwa w Polsce w 2019 roku. Wstępne wyniki*, <https://www.bn.org.pl/download/document/1587585168.pdf>.
- Cylkowska-Nowak M., Wiatrowska M. (2010): *Alfabetyzm zdrowotny Polaków — różnice warunkowane płcią i wiekiem*, „Nowiny Lekarskie” 79, nr 1, s. 75–83.
- Doroszewski J. (1999): *Polski język medyczny*, [w:] *Polszczyzna 2000: orędzie o stanie języka na przełomie tysiącleci*, red. W. Pisarek, Kraków, s. 33–49.
- Kickbush I. (1997): *Think health: What makes the difference?*, „Health Promotion International” 12, nr 4, s. 265–272.
- Kowalska M., Kalinowski P., Bojakowska U. (2017): *Koncepcja alfabetyzmu zdrowotnego w promocji zdrowia*, „Journal of Education, Health and Sport” 7, nr 9, s. 430–438.
- Moroń E. (2020): *Skuteczność zasad prostego języka w tekstach kierowanych do głuchych Polaków*, rozprawa doktorska napisana pod kier. prof. dr hab. Ireny Kamińskiej-Szmaj, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Niedźwiecka B., Słońska Z., Taran Y. (2012): *Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLA-EU]*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 10, nr 2, s. 212–220.
- Nutbeam D. (2000): *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „Health Promotion Int.” 15, nr 3, s. 259–267.
- Olejniczak D. (2016): *Praktyczne wykorzystanie health literacy — alfabetyzmu zdrowotnego jako narzędzia osiągnięcia celów zdrowotnych*, „Journal of Education, Health and Sport” 6, nr 2, s. 238–243.
- PIAAC (2013): *Umiejętności Polaków — wyniki Międzynarodowego Badania Kompetencji Osób Dorosłych (PIAAC)*, red. M. Rynko, Warszawa.

- PISA (2018): *Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów. Wyniki badania 2018 w Polsce*, red. M. Sitek, <https://pisa.ibe.edu.pl/wp-content/uploads/2019/12/raport-wyniki-badan-pisa-2018.pdf>.
- Potter H. (2015): *Readability, Quality and Suitability of Web-based Consumer Audiological*, Health Information for Adults with a Hearing Impairment living in New Zealand, <http://ir.canterbury.ac.nz>.
- Puls Medycyny (2017): <https://pulsmedycyny.pl/4-minuty-dla-pacjenta-885694>.
- Sullivan E. (2000): *Consumer Health — Health literacy*, www.nlm.nih.gov/scr/conhlth/hlthlit.htm.
- Weiss B. et al. (1998): *Communicating with patients who have limited literacy skills: Report of the National Work Group on Literacy and Health*, „Journal of Family Practice” 46, s. 168–176.
- WHO (1986): www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.
- WHO (1998): www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/.

The (informed) patient’s consent: How to actually increase health literacy in the Polish healthcare

Summary

The paper contains basic information on health literacy — the process of gaining information and improving one’s knowledge about health, avoiding health-risk behaviors and being able to identify and realize social and environmental factors related to healthcare (WHO 1986). The text comprises two parts: the first describes the need to develop health literacy and lists the basic tools which can be used for this purpose. The second one includes a proposal for a plain-language tooth extraction consent.

Keywords: health literacy, plain language, consent.