

Raport 3.2.11.

Dezinformacja medyczna a zarządzanie placówkami zdrowia w Polsce

Karina Stasiuk-Krajewska, Uniwersytet SWPS

Jolanta Grzebieluch, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

30.06.2026

1. Cel, pytania badawcze i metodologia

Dezinformacja zdrowotna wpływa na decyzje pacjentów, zaufanie do systemu ochrony zdrowia oraz relacje między pacjentami a personelem medycznym.

Celem badania było poznanie doświadczeń osób zarządzających placówkami medycznymi, związanych z kontaktem z dezinformacją zdrowotną oraz identyfikacja strategii radzenia sobie z tym zjawiskiem, zwłaszcza w kontekście procesów zarządczych. Wywiady pogłębione pozwoliły uchwycić doświadczenia badanych, ich sposoby interpretowania problemu oraz strategie reagowania w konkretnych sytuacjach zawodowych.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

Obszar: Dezinformacja medyczna i wiedza o zdrowiu

1. Jak rozumie Pan/Pani pojęcie dezinformacji medycznej? Gdzie są granice sprawdzonej wiedzy medycznej?
2. Jakie tematy zdrowotne najczęściej wiążą się z błędnymi lub niewiarygodnymi informacjami zgłaszanymi przez pacjentów? Jaka jest skala tego zjawiska?
3. Z jakich źródeł pacjenci najczęściej czerpią informacje zdrowotne, które później pojawiają się w kontakcie z placówką?
4. Jak ocenia Pan/Pani umiejętności pacjentów w zakresie oceny wiarygodności informacji zdrowotnych?
5. Jak ocenia Pan/Pani rolę sztucznej inteligencji?

Obszar: Dezinformacja medyczna a placówki medyczne/ochrony zdrowia

1. W jaki sposób dezinformacja lub niewiarygodne informacje zdrowotne wpływają na pracę personelu?

2. Jakie działania podejmuje placówka, gdy pacjenci zgłaszają informacje zdrowotne budzące wątpliwości?
3. Czy w placówce istnieją formalne lub nieformalne zasady reagowania na takie sytuacje? Proszę je opisać.
4. Jaką rolę powinna/może pełnić placówka medyczna w rozwijaniu kompetencji zdrowotnych pacjentów?
5. Jakiego wsparcia potrzebują osoby zarządzające placówkami w przeciwdziałaniu skutkom dezinformacji medycznej?
6. Jakie dobre praktyki można byłoby rekomendować innym placówkom medycznym?

Realizując badanie zastosowano jakościową metodę badawczą w postaci **wywiadów pogłębionych (IDI)**, co pozwoliło poznać opinie, doświadczenia i interpretacje badanych.

Dobór próby miał charakter ekspercki, zastosowano kryteria związane z doświadczeniem zawodowym, specyfiką pełnionej funkcji oraz zakresem obowiązków i odpowiedzialności. W badaniu uczestniczyło 10 osób, które zarządzają placówkami medycznymi o różnym charakterze (szpitalami w mniejszych lub większych miejscowościach; przychodniami czyli podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej, także publicznymi i prywatnymi, w większych lub mniejszych miejscowościach; osoby te są też często właścicielami lub współwłaścicielami placówek prywatnych). Respondentami były zarówno osoby ponoszące pełną odpowiedzialność za placówki (prawną, ekonomiczną, skarbową), jak i takie, które odpowiadają ze specyficzne obszary działania placówek (np. sprawują nadzór nad zamówieniami publicznymi, zaopatrzeniem, procesami związanymi z informatyką, księgowością, kadrami i płacami).

Wywiady pogłębione realizowane były online w maju i czerwcu 2026 roku, przeciętny czas trwania rozmowy wynosił 40 minut. Rozmowy prowadzone były na podstawie ustrukturyzowanego scenariusza, nagrywane, następnie anonimizowane i transkrybowane.

2. Wyniki – prezentacja i analiza

2.1. Dezinformacja medyczna i wiedza o zdrowiu

Pyt. 1. Jak respondenci rozumieją pojęcie dezinformacji medycznej? Gdzie są granice sprawdzonej wiedzy medycznej?

W wypowiedziach respondentów można wyodrębnić kilka sposobów definiowania dezinformacji medycznej:

1. **Przez zakres.** Polega na wskazywaniu tematów dezinformacji medycznej. Na uwagę zasługuje w tym kontekście przede wszystkim szerokie rozumienie dezinformacji medycznej - nie tylko jako fałszywych informacji o leczeniu, ale też jako manipulacji dotyczącej systemu ochrony zdrowia, dostępności świadczeń, pracy placówek medycznych i personelu.
2. **Przez źródła.** Dezinformacja jest rozumiana jako działanie, polegające głównie na korzystaniu z informacji pochodzących ze źródeł niewiarygodnych, trudnych do zweryfikowania albo tylko pozornie profesjonalnych.
3. **Przez nadawcę oraz intencję nadawcy.** W tym kontekście respondenci podkreślają złe intencje nadawcy oraz dążenie przez nadawcę do osiągnięcia własnych egoistycznych celów (głównie finansowych) oraz definiują dezinformację jako komunikaty rozpowszechnianie, najczęściej w Internecie, przez nadawców, którzy nie posiadają odpowiedniej wiedzy, a cieszą się autorytetem wśród odbiorców.
4. **Przez treść.** Polega na wskazywaniu charakterystycznych cech treści przekazów dezinformacyjnych jako takich. Uzyskane odpowiedzi bardzo wyraźnie odwołują się do kategorii *evidence-based medicine*, czyli medycyny opartej na dowodach, definiując dezinformację jako informację, która nie ma podstaw w ugruntowanej wiedzy medycznej, badaniach klinicznych ani doświadczeniu specjalistycznym. Respondenci podkreślają też, że szczególnie niebezpieczna jest dezinformacja oparta na fragmentach prawdziwych danych, badań lub wypowiedzi autorytetów, ale wyrwanych z kontekstu
5. **Przez skutki.** Dezinformacja rozumiana jest jako sytuacja zagubienia pacjenta lub rodziny w systemie ochrony zdrowia oraz korzystania z niesprawdzonych

źródeł informacji. Bardzo mocno akcentuje się tu nie tylko fałszywe treści o leczeniu, ale też brak wiedzy o tym, jak poruszać się po systemie.

„Dezinformacja zaczyna się wtedy, gdy niepotwierdzona lub fałszywa opinia wpływa na decyzje zdrowotne pacjentów i może prowadzić do szkody” (R3).

„Dezinformacja medyczna to zbiór niepotwierdzonych, populistycznych i publicystycznych informacji dotyczących zdrowia, leków, szczepień, diagnostyki i czynników wpływających na zdrowie” (R7)

Granica między wiedzą medyczną a dezinformacją wyznaczana jest przez respondentów w kontekście rzetelnej, odpowiedzialnej wiedzy (która nie obiecuje nierealnych efektów leczenia i nie służy interesom politycznym, finansowym lub wizerunkowym), przekazu opartego na zweryfikowanych źródłach medycznych.

Respondenci mają jednak świadomość trudności w tym zakresie - zaznaczają na przykład, że medycyna jest nauką zmienną: część twierdzeń może z czasem zostać potwierdzona albo odrzucona. Z drugiej strony, w opinii części respondentów, nawet metody alternatywne mogą być stosowane, ale tylko i wyłącznie tylko jako wsparcie i pod kontrolą osoby kompetentnej.

„Problem polega na tym, że dezinformatorzy wykorzystują tę zmienność nauki jako argument przeciwko ustaleniom medycznym, mimo że często podważają kwestie już dobrze udowodnione” (R2)

Pyt. 2. Jakie tematy zdrowotne najczęściej wiążą się z błędnymi lub niewiarygodnymi informacjami? Jaka jest skala zjawiska?

Respondenci wyróżniają kilka **poziomów dezinformacji**:

- uderzającą w zaufanie do służby zdrowia;
- polityczną;
- przekazy dotyczące przebiegu leczenia;
- przekazy dotyczące działania firm farmaceutycznych lub pośredników;

- aktywność szarlatanów i osób podszywających się pod autorytety medyczne.

Respondenci określają **szczegółową tematykę dezinformacji** medycznej bardzo różnorodnie, jednak odpowiedzi pozwalają wyodrębnić kilka istotnych grup (uszeregowanych w kolejności istotności wg wypowiedzi respondentów):

- szczepienia, zwłaszcza w kontekście dzieci (w tym: rzekomy związek szczepień z autyzmem, szczepienia przeciw HPV, lęk przed skutkami ubocznymi szczepionek, brak zaufania do badań nad szczepionkami) – tę kwestię wskazują wszyscy respondenci;
- leczenie onkologiczne - ta kwestia wskazywana jest przez dominującą większość respondentów;
- alternatywne metody leczenia (np. witamina C, jemiola, cieciora, medycyna holistyczna i ośrodki leczenia alternatywnego; zwłaszcza przekonanie, że naturalne metody są bezpieczniejsze niż leczenie medyczne i w związku z tym rezygnacja z tego ostatniego; narracje zniechęcające do korzystania z profesjonalnej opieki zdrowotnej, odmowa leczenia standardowego; działalność szarlatanów i osób obiecujących „cudowne” uzdrowienia) – ta kwestia również pojawia się w wypowiedziach większości respondentów;
- choroby zakaźne (COVID-19, teorie spiskowe wokół epidemii, informacje o nowych zagrożeniach zakaźnych, np. eboli czy hantawirusach) – kwestia pojawia się w wypowiedziach większość respondentów;
- dostępność leczenia i świadczeń medycznych (np. błędne informacje dotyczące tego, gdzie i jak szukać pomocy medycznej, poruszanie się po systemie ochrony zdrowia po wypisie ze szpitala, uprawnienia pacjentów, błędne rozumienie praw pacjenta) – na tę kwestię zwraca uwagę większość respondentów;
- stosowanie niesprawdzonych substancji, podawanie dożylnie niezwyfikowanych preparatów;
- nowe leki i nierealistyczne oczekiwania wobec terapii;
- szkodliwość leków;
- konkretne substancje/leki: statyny, sterydy, leki stosowane w leczeniu otyłości, suplementy diety, antybiotyki;

- bezpieczeństwo procedur medycznych badania profilaktyczne (zagrożenia, ale też dostęp do takich badań);
- opinie o lekarzach i placówkach w Internecie, komunikaty dotyczące personelu medycznego i placówek;
- styl życia i dieta: choroba otyłościowa, insulinooporność, suplementy diety, zaburzenia lipidowe, otyłość;
- opieka długoterminowa, hospicjum domowe, usługi pielęgniarские i opiekuńcze;
- choroby psychiczne.

Respondenci zdecydowanie określają skalę zjawiska jako **rosnącą**, co wiąże z coraz większą liczbą kanałów komunikacji i coraz większym zasięgiem treści, oraz mająca coraz większy wpływ na relacje lekarz-pacjent.

Jednocześnie odpowiedzi respondentów wskazują na istotne niuanse sytuacji:

- nawet jeśli skala nie jest masowa (jak mówi jeden z respondentów: dotyczy raczej pojedynczych przypadków), to zjawisko to budzi zaniepokojenie, bo się profesjonalizuje i komercjalizuje;
- w gabinecie problem pojawia się rzadziej niż w Internecie, ponieważ pacjenci często nie ujawniają wszystkich swoich przekonań wobec lekarza;
- skala zjawiska jest zróżnicowana: zależy od wieku, miejsca zamieszkania i sytuacji pacjenta, ale korelacje te są złożone (w środowisku wiejskim starsze osoby często bardziej ufają lekarzowi i autorytetom lokalnym, co może je częściowo chronić przed dezinformacją; jednocześnie osoby starsze, samotne lub z ograniczonym dostępem do lekarza mogą łatwiej sięgać po metody alternatywne);
- szczególnie duża skala dezinformacji pojawia się tam, , gdzie pacjenci są przestraszeni, zdesperowani albo mają poczucie braku nadziei (dotyczy to zwłaszcza nowotworów, chorób zakaźnych i szczepień).

„Osoby takie powiedzmy 25, 35, 40 przychodzą już od razu z tezą, własnym rozpoznaniem i oczekiwaniami.” (R8)

Pyt. 3. Z jakich źródeł pacjenci najczęściej czerpią informacje zdrowotne?

Respondenci wskazują przede wszystkim źródła **nieformalne i internetowe**. Przy czym dostrzegają **różnice** w zależności od wieku pacjentów oraz ewolucję w kierunku **korzystania ze źródeł internetowych kosztem innych źródeł**, a także **odejście od strony internetowych i wyszukiwarek w kierunku sztucznej inteligencji**.

Starsi pacjenci czerpią przekazy dezinformacyjne przede wszystkim od:

- sąsiadów;
- kolegów i koleżanek;
- współpacjentów;
- rodziny, szczególnie w sytuacji ciężkiej lub terminalnej choroby (przykład rozmów rodzinnych podczas świąt - pacjenci przychodzą później z podważonym zaufaniem do lekarza, bo ktoś z bliskich zasugerował im inne postępowanie, R3);
- gazet, telewizji (w tym szkodliwych reklam);
- lokalnego „marketingu szeptanego”.

Źródła informacji dla **młodszych pacjentów** to:

- media społecznościowe (w tym kontekście podkreśla się rolę algorytmów oraz szczególną szkodliwość działania influencerów);
- portale z ocenami lekarzy i placówek;
- wyszukiwarki i strony internetowe;
- ChatGPT i inne narzędzia AI.

Jednocześnie respondenci wskazują na dwa interesujące fakty:

- starsi pacjenci częściej ufają personelowi medycznemu,
- w środowisku wiejskim szczególnie ważny jest przekaz ustny: „sąsiadka”, „koleżanka”, „ktoś z rodziny”.

„Jeśli ktoś ma dużo odbiorców, dużo wyświetleń, dużo kliknięć, to odbiorca, czyli pacjent w tym przypadku, odbiera to jako wiarygodne.” (R7)

Pyt 4. Jak respondenci oceniają umiejętności pacjentów w zakresie oceny wiarygodności informacji zdrowotnych?

Umiejętności pacjentów w zakresie oceny wiarygodności informacji zdrowotnej respondenci oceniają **krytycznie** (np. wielu pacjentów nie ma podstawowej wiedzy biologicznej i chemicznej, nie potrafi odróżnić wirusa od bakterii). Jednak należy tu zwrócić uwagę na kilka wątków, które powracają w rozmowach:

- sytuacja się poprawia (część pacjentów zaczyna rozumieć ryzyko dezinformacji i zamiast żądać konkretnego leczenia, pyta lekarza, czy dana informacja jest prawdziwa);
- kompetencje są zróżnicowane (zależą od wieku, wykształcenia, doświadczeń pacjenta oraz poziomu kompetencji cyfrowych; a także typu i stadium zaawansowania choroby);
- część pacjentów, po wcześniejszym negatywnym doświadczeniu z niesprawdzoną informacją, zaczyna podchodzić ostrożniej do treści znalezionych w internecie;
- stopień podatności zależy od dotychczasowych doświadczeń pacjentów z systemem ochrony zdrowia - pacjenci, którzy mieli już kontakt z ochroną zdrowia i przeszli sprawdzone terapie, są bardziej krytyczni wobec informacji znalezionych w internecie; najbardziej podatne są osoby, które wcześniej nie miały poważniejszego kontaktu z systemem medycznym albo nagle stają wobec poważnej diagnozy.

Szczególnie podatne na dezinformację są

- rodziny pacjentów terminalnych, które szukają „ostatniej szansy” i chwytają się metod niesprawdzonych;
- osoby wykluczone społecznie, osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, pacjenci z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby pozostające poza realnym dostępem do profesjonalnej informacji.

Jednocześnie, już na tym etapie rozmowy, respondenci podkreślają bezpośredni wpływ podatności pacjenta na dezinformację na pracę lekarzy. Jednoznacznie też wyrażają opinię, że podatność na dezinformację wynika z braku podstaw edukacyjnych, które pozwalałyby te informacje ocenić. Dlatego respondenci mocno akcentują potrzebę edukacji zdrowotnej w szkołach.

„Problemem jest to, że pacjent przychodzi często „obudowany” informacjami z AI, mediów, rodziny i internetu, a lekarz zostaje sam z koniecznością weryfikowania tych przekonań.” (R7)

Pyt. 5. Jak respondenci oceniają rolę sztucznej inteligencji?

Respondenci są otwarci na rozmowę i sztucznej inteligencji oraz dostrzegają nie tylko nieuchronność jej wprowadzenia w kontekście ochrony zdrowia, ale też istotne korzyści, które się z tym wiążą.

Korzyści te to na przykład:

- wspomaganie diagnostyki (pod warunkiem trenowania narzędzi na sprawdzonych, wysokiej jakości danych);
- usprawnianie pracy organizacyjnej placówki (kierowania pacjenta do odpowiedniego specjalisty; AI może pomóc na etapie rejestracji, zbierania danych i ograniczania niepotrzebnego korzystania z systemu ochrony zdrowia);
- wsparcie w przekazywaniu informacji pacjentowi;
- możliwość dawania pacjentom pewnych wskazówek, np. dotyczących świadczeń, dofinansowania czy możliwych ścieżek postępowania, ale też ogólnych zaleceń medycznych, np. dotyczących podwyższonego cholesterolu;
- skrócenie czasu pracy biurowej, co pozwoli lekarzowi bardziej skupiać się na pacjentach i poświęcić im więcej czasu.

Jednocześnie respondenci podkreślają ograniczenia i skutki **negatywne**:

- pacjenci mogą przychodzić z gotowym rozpoznaniem postawionym samodzielnie na podstawie narzędzi AI; traktować AI jako zamiennik kontaktu z lekarzem, bez umiejętności rozpoznania błędów w odpowiedzi (AI może

wspierać system, ale może też pogłębiać dezinformację, jeśli pacjent traktuje jej odpowiedzi jako ostateczną diagnozę);

- fundamentem jest kontrola i ostrożność (sztuczna inteligencja może być użyteczna, ale nie powinna funkcjonować bez nadzoru, ponieważ w obszarze zdrowia błędna lub źle zinterpretowana informacja może prowadzić do poważnych konsekwencji)

-

„Ja traktuję ją jako narzędzie i myślę sobie, że w momencie, w którym traktujemy to jako narzędzie, to jest okej. Natomiast jeżeli traktujemy to jako zastępstwo zamiast myślenia, to już przestaje być OK.”

(R4)

2.2. Dezinformacja medyczna a placówki medyczne/ochrony zdrowia

Pyt. 1. W jaki sposób dezinformacja lub niewiarygodne informacje zdrowotne wpływają na pracę personelu?

Respondenci jednoznacznie oceniają wpływ dezinformacji medycznej na funkcjonowanie placówki, którą zarządzają, jako **negatywny**. Zauważają także, że problem ten nasila się w ostatnich latach oraz dotyczy wszystkich grup zawodowych (lekarze, pielęgniarki, salowe, osoby z rejestracji i administracji itp.). Jeden z respondentów szczególnie podkreśla, że dezinformacja i niewiedza pacjentów są odczuwalne na co dzień, zwłaszcza na poziomie rejestracji i pierwszego kontaktu z placówką. Wpływa to na napięcia, pretensje, konflikty i przeciążenie personelu pierwszego kontaktu. Rejestratorka musi nie tylko obsługiwać pacjenta administracyjnie, ale też tłumaczyć mu zasady działania systemu, uspokajać emocje i komunikować odmowę w sposób spokojny oraz profesjonalny.

Szczegółowo dezinformacja medyczna:

- jest dodatkowym **obciążeniem organizacyjnym i emocjonalnym** dla personelu (zamiast prowadzić standardową wizytę albo obsługę pacjenta, pracownicy muszą poświęcać dodatkowy czas na wyjaśnianie - takie rozmowy mogą trwać od 15 do 30 minut, prowadzić do napięcia, irytacji i konfliktów), dotyczy to nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek i innych osób mających kontakt z pacjentem;
- **zwiększa stres zawodowy** i może przyczyniać się do wypalenia personelu (pracownicy medyczni i tak ponoszą dużą odpowiedzialność za działania medyczne, a przypadki „przesiąknięte dezinformacją” wymagają jeszcze większej uwagi);
- powoduje **dodatkowe napięcia, konflikty** i konieczność tłumaczenia pacjentom, czego placówka może się podjąć, a czego nie;
- wymaga dużego **zaangażowania** w wyjaśnianie pacjentom błędnych informacji (personel musi mieć aktualną wiedzę, poświęcać dodatkowy czas na rozmowę i tłumaczenie, a także umieć odróżniać informacje prawdziwe od nieprawdziwych);
- wpływa na placówkę i system ochrony zdrowia **poprzez konsekwencje błędnych decyzji pacjentów** (pacjenci, którzy korzystają z niewiarygodnych źródeł, zbyt późno zgłaszają się do systemu ochrony zdrowia, przerywają leczenie albo wybierają niesprawdzone metody, trafiają do placówek w bardziej zaawansowanym stadium choroby, kiedy leczenie jest trudniejsze, droższe albo już niemożliwe);
- **zwiększa ryzyko dla pacjenta** (jeśli pacjent nie stosuje się do zaleceń, nie przyjmuje leków albo ignoruje wskazówki dotyczące leczenia, ryzyko powikłań wzrasta, jednocześnie odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta nadal spoczywa na personelu medycznym);
- **zwiększa liczbę nieuzasadnionych wizyt**, konsultacji i zgłoszeń na SOR (pacjenci po przeczytaniu informacji w internecie lub po rozmowie z czatem zaczynają podejrzewać u siebie poważne choroby);
- **utrudnia zarządzanie sytuacjami kryzysowymi**, np. podczas zagrożeń epidemicznych, ponieważ pacjenci nie przestrzegają zaleceń, kwestionują komunikaty i szukają potwierdzenia u influencerów;

- wpływa na organizację placówki **i komunikację wewnętrzną** (prowadzi do dyskusji w dyżurkach pielęgniarskich i lekarskich, wymaga dodatkowego tłumaczenia i może uruchamiać konflikty)

„Pacjent, który leży na oddziale, nie jest nośnikiem tej dezinformacji. To raczej albo jego rodzina.”

(R8)

„Coraz częściej personel medyczny skarży się na kontakt z pewną grupą pacjentów, którzy mają albo żądania wykraczające poza możliwości placówki, albo są zdziwieni, że pewnych rzeczy się nie robi, bo są niesprawdzone.” (R3)

Pyt. 2. Jakie działania podejmuje placówka, gdy pacjenci zgłaszają informacje zdrowotne budzące wątpliwości?

Z wypowiedzi respondentów wynika, że podstawowym, a często także jedynym, działaniem jest **rozmowa z pacjentem**. Taka odpowiedź pada we wszystkich przeprowadzonych wywiadach.

Szczegółowo respondenci wymieniają następujące działania:

1. Wprowadzanie **systemów bezpośredniego kontaktu z pacjentem**, np. możliwości rozmowy telefonicznej z konsultantem. Odbywa się ona na różnych poziomach: w rejestracji, u pielęgniarki, w gabinecie lekarskim albo bezpośrednio podczas wizyty. Celem rozmowy jest wyjaśnienie, że wcześniejsze informacje były błędne lub wprowadzające w błąd, a proponowany sposób postępowania jest bezpieczny.
2. **Edukowanie osób pierwszego kontaktu**: rejestratorów i konsultantów. Na przykład: placówka organizuje spotkania, których celem jest uczenie grzecznej, kompetentnej rozmowy oraz prostego tłumaczenia, dlaczego dana informacja jest nieprawdziwa lub wprowadzająca w błąd. Albo: szkolenia wewnętrzne z psychologiem, superwizje oraz przygotowanie materiałów edukacyjnych i ulotki na podstawie doświadczeń pracowników. Respondenci podkreślają

wagę kompetencji komunikacyjnych, mentoringu i miękkich umiejętności personelu.

3. **Działania profilaktyczne i edukacyjne dla pacjentów.** Respondent wymienia programy profilaktyczne dotyczące badań, bezpieczeństwa badań i przełamywania lęku przed nimi. Ważne są również komunikaty wizualne, ulotki i hasła zachęcające do profilaktyki, np. dotyczące mammografii, kolonoskopii, znieczulenia czy porodu. Respondenci podkreślają konieczność wykorzystania mediów społecznościowych.
4. Zainteresowani się **pacjentem po zakończeniu wizyty** - pacjent nie powinien wychodzić z gabinetu „w próżnię”. Po konsultacji lekarskiej powinien mieć możliwość rozmowy z profilaktykiem zdrowia, terapeutą zajęciowym, dietetykiem, edukatorem zdrowotnym lub innym specjalistą, który pomoże mu zrozumieć zalecenia i przełożyć je na codzienne życie. Ważne jest także angażowanie rodziny pacjenta, zwłaszcza gdy zmiana dotyczy diety, stylu życia lub długotrwałego leczenia.
5. W sytuacjach konfliktowych - **odwołanie się do procedur**. Na przykład: jeśli rodzice dziecka są skonfliktowani w sprawie szczepień, szpital może odmówić udzielenia świadczenia i zawiadomić sąd rodzinny. Jeśli pacjent lub rodzina odmawia leczenia, personel nie może nikogo zmusić, ale jeśli sytuacja zagraża życiu, możliwe jest działanie z zawiadomieniem sądu albo późniejsze poinformowanie sądu o podjętej interwencji.

Respondenci podkreślają, że skuteczność takich działań bywa **ograniczona**. Część pacjentów obraża się, publikuje negatywne opinie w mediach społecznościowych lub internecie i zmienia placówkę. Są jednak sytuacje, w których **udaje się pacjentów przekonać**, zwłaszcza w obszarze szczepień ochronnych dzieci. Jeden z rozmówców wskazuje, że placówka ma wysoką wyszczepialność, a pomocnym narzędziem jest broszura Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego „Świat bez szczepień”.

Rozmówcy wskazują również na to, że dużo zależy od **osobowości pracownika**. Osoba mniej asertywna może zostać „zakrzyczana” przez pacjenta, co może

eskalować konflikt. Dlatego ważna jest spokojna rozmowa, opanowanie i umiejętność wyczucia, z którym pacjentem warto podejmować polemikę.

„Przede wszystkim jest to [...] rozmowa. Staramy się, żeby ona była niestygmatyzująca.” (R4)

Pyt. 3. Czy w placówce istnieją formalne lub nieformalne zasady reagowania na takie sytuacje?

Istnienie lub nie oraz typ procedur **zależą od specyfiki placówki**. Generalnie można wyróżnić trzy sytuacje:

1. Brak procedur – reakcją jest rozmowa z pacjentem, próba przekonania.
2. Reakcja zgodna z ogólnymi procedurami dotyczącymi np. sytuacji, kiedy pacjent odmawia leczenia, a jego życie jest zagrożone. Ogólne formalne zasady oraz procedury dotyczą między innymi:
 - konfliktów między rodzicami w sprawie szczepień;
 - odmowy leczenia przez pacjenta lub rodzinę;
 - sytuacji zagrożenia życia;
 - wypisu pacjenta, który nie wymaga już hospitalizacji;
 - odmowy odebrania pacjenta przez rodzinę;
 - informowania sądu rodzinnego lub opiekuńczego;
 - w szpitalach, szczególnie akredytowanych, istnieją procedury dotyczące rozmów z pacjentami trudnymi lub sytuacji konfliktowych.
3. Istnienie specyficznych procedur reakcji na sytuację związaną z dezinformacją, opracowanych z udziałem specjalistów (np. procedury opisują, jak reagować, gdy pacjent nie ma wiedzy albo opiera się na błędnych przekonaniach; zalecają spokojne, grzeczne i przekonujące tłumaczenie; jeśli dana osoba nie jest w stanie skutecznie porozmawiać z pacjentem, powinna poprosić kogoś innego o przejęcie rozmowy).

Respondenci zgodnie zaznaczają, że „instrukcja obsługi to jedno, a życie to drugie”, dlatego same procedury nie wystarczają. Potrzebne są także szkolenia interpersonalne i praktyczne przygotowanie personelu do rozmów z trudnymi pacjentami.

W kontekście uzyskanych powyżej odpowiedzi ważna jest **analiza nastawienia respondentów do pytania**. Jest rzeczą oczywistą, że w placówkach medycznych obowiązują specyficzne procedury. Respondenci z pierwszej grupy w ogóle nie wiążą ich z problematyką dezinformacji (stąd odpowiedź: brak); respondenci z drugiej grupy uznają, że procedury dotyczące dezinformacji są i powinny być częścią szerszych procedur, za czym często idzie opinia, że nie ma potrzeby wprowadzania procedur dodatkowych; natomiast respondenci z trzeciej grupy postrzegają zjawisko dezinformacji jako na tyle specyficzne i istotne, że wprowadzają w swoich placówkach (lub postulują wprowadzenie) procedur dedykowanych temu właśnie zjawisku.

„Raczej się to dzieje indywidualnie w relacji lekarz–pacjent w gabinecie podczas danej konsultacji.”

(R7)

Pyt. 4. Jaką rolę powinna/może pełnić placówka medyczna w rozwijaniu kompetencji zdrowotnych pacjentów?

Respondenci zdecydowanie twierdzą, że placówka medyczna (niezależnie od jej typu) **ma istotną rolę do odegrania** w kontekście edukacji zdrowotnej pacjentów. Podkreślają także, że placówki, którymi zarządzają, już podejmują się pełnienia takiej roli, ponieważ przekazują pacjentom zalecenia przed zabiegiem, po zabiegu i w trakcie leczenia, zatem edukacja pacjenta odbywa się już podczas zwykłej konsultacji i rozmowy w gabinecie.

Ten ogólny obraz uzupełniają uwagi szczegółowe:

- profilaktyka powinna być priorytetem, a placówki medyczne powinny być za działania edukacyjne i profilaktyczne **premiowane**;
- duże znaczenie **ma rejestracja**, w której zatrudnia osoby po zdrowiu publicznym (mogą one „wyłapywać” pacjentów do bilansu zdrowia, opieki

koordynowanej i programów profilaktycznych); ważne jest umiejętne zachęcanie pacjenta, tłumaczenie mu korzyści i rozpoczynanie rozmów zdrowotnych przy okazji codziennego kontaktu;

- typ i zakres podejmowanych działań bardzo wyraźnie **zależy od specyfiki placówki**: np. szpitale mogą podejmować takie działania w „czasie wolnym” pacjentów; w placówkach typu POZ mogą to robić poradnie; jeden z respondentów mówi o otwarciu poradni medycyny podróży, co jest też okazją do rozmowy z pacjentami o szczepieniach – w tym kontekście pacjenci podejmują te rozmowy dużo chętniej i są bardziej otwarci na argumenty personelu).

Respondenci mówią o następujących ograniczeniach:

- **czas i finanse** (lekarz nie ma możliwości, aby podczas krótkiej wizyty wyjaśnić pacjentowi wszystko od podstaw);
- obciążenie tym zadaniem wyłącznie lekarzy: **brak zespołów** różnych profesjonalistów: edukatorów zdrowotnych, profilaktyków, dietetyków, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek środowiskowych i pracowników socjalnych;
- **specyfika konkretnych instytucji**, na przykład prywatnej placówki specjalistycznej (kontakt z pacjentem bywa jednorazowy, przypadkowy i pozbawiony ciągłości, dlatego trudniej prowadzić długofalowe programy edukacyjne) lub specyfika szpitala, który może pełnić rolę edukacyjną, ale przede wszystkim w odniesieniu do konkretnego problemu zdrowotnego, z którym pacjent już trafia do placówki;
- **ograniczenia systemowe**, na przykład obecny model POZ, który zbyt często działa jako „wypisywacz skierowań” i skupia się na medycynie naprawczej, zamiast budować potencjał zdrowotny pacjentów, czy struktura kontraktów z NFZ.

Respondenci podkreślają, że odpowiedzialność za edukację zdrowotną powinny ponosić także/przede wszystkim inne podmioty, a **edukacja zdrowotna** powinna zaczynać się w domu, być kontynuowana w szkole i na studiach.

Szczególnie ważna jest także **podstawowa opieka zdrowotna oraz opieka środowiskowa**. Jeden z respondentów podkreśla, że wielu pacjentom nie wystarczy diagnoza i zalecenie lekarskie. Potrzebują wsparcia w domu, w rodzinie i w codziennym środowisku, aby rzeczywiście zmienić zachowania zdrowotne. Dlatego placówka powinna współpracować z pomocą społeczną, szkołami, organizacjami lokalnymi i środowiskiem pacjenta.

Pyt. 5. Jakiego wsparcia potrzebują osoby zarządzające placówkami w przeciwdziałaniu skutkom dezinformacji medycznej?

Rozmówcy wskazują przede wszystkim na następujące potrzeby:

1. ***Egzekwowanie prawa***. W większości podkreślają, że samo prawo jest dobre, ale problemem jest brak realnych konsekwencji wobec osób szerzących szkodliwe treści zdrowotne (na przykład osoby, które tracą prawo wykonywania zawodu albo otrzymują kary, ale nadal funkcjonują publicznie i zbierają środki od odbiorców).
2. ***Szeroka edukacja prowadzona w mediach*** — zarówno tradycyjnych, jak i społecznościowych. Te działania powinny być kierowane szczególnie do młodych ludzi, z wykorzystaniem Instagrama i TikToka, ponieważ te kanały są niedoceniane przez decydentów.
3. ***Profesjonalne wsparcie komunikacyjne***, obejmujące na przykład systemowe wsparcie w przygotowywaniu jasnych komunikatów, które szybko i jednoznacznie odpowiadałyby na konkretne narracje dezinformacyjne. Takie komunikaty powinny być dostosowane do grup odbiorców: inaczej do dzieci, inaczej do młodzieży, inaczej do osób starszych. Powinny mieć formę wizualną, graficzną i dźwiękową oraz działać na wyobraźnię.
4. ***Dostęp do wiarygodnej, aktualnej informacji o nowych narracjach dezinformacyjnych*** (np. stworzenie newslettera, biuletynu albo centralnego źródła informacji, które informowałoby placówki o pojawiających się fałszywych przekazach, nowych „cudownych” lekach, niesprawdzonych metodach czy kontrowersyjnych terapiach). Chodziłoby o miejsce, w którym personel i zarządzający mogliby szybko sprawdzić, czy dana metoda jest uznana, eksperymentalna, niedopuszczona albo fałszywie przedstawiana.

Respondenci sygnalizują także potrzebę stworzenia platformy dostępnej dla specjalistów medycznych, na której eksperci mogliby dzielić się praktyczną wiedzą. Placówki mogłyby następnie udostępniać te materiały pacjentom. Pojawia się także pomysł bazy wymiany informacji między naukowcami, placówkami medycznymi i osobami zarządzającymi, aby łączyć perspektywę medyczną, organizacyjną i naukową.

5. Stabilne, systemowe **finansowanie profilaktyki i edukacji zdrowotnej**. Respondenci krytycznie oceniają sytuację, w której działania edukacyjne są finansowane projektowo, krótkoterminowo i bez kontynuacji. Zwracają uwagę na konieczność wytworzenia trwałego standardu polityki zdrowotnej, a nie pojedynczych programów zależnie od konkursów lub grantów.
6. Możliwość **zatrudniania osób** odpowiedzialnych za profilaktykę, edukację i komunikację z pacjentem. Respondenci wskazują, że bez finansowania trudno oczekiwać od placówek, by prowadziły edukację dodatkowo, poza codzienną pracą medyczną i organizacyjną. POZ znajduje się pod dużą presją kosztową, a wycena świadczeń nie uwzględnia realnego nakładu pracy personelu, w tym czasu potrzebnego na edukację, rozmowę i działania profilaktyczne.
7. Finansowanie **nowych ról i zawodów** w systemie, takich jak edukatorzy zdrowotni, profilaktycy zdrowia i terapeuci zajęciowi.
8. Działający system **edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat** - brak skutecznej edukacji zdrowotnej jest poważną porażką społeczną i systemową.

Pyt. 4. Jakie dobre praktyki można byłoby rekomendować innym placówkom medycznym?

Najważniejszą rekomendowaną praktyką jest szkolenie personelu i mówienie jednym głosem przez specjalistów z obszaru medycyny.

Respondenci podkreślają, że wszyscy pracownicy placówek powinni być przygotowani do grzecznej, spokojnej i kompetentnej rozmowy z pacjentem. Oraz mieć dostęp do w miarę ujednoliconych zaleceń dla różnych placówek, tak aby

pacjent nie otrzymywał sprzecznych komunikatów. Placówki powinny komunikować się spójnie, profesjonalnie i z szacunkiem wobec pacjenta.

Szczegółowe dobre praktyki, o których mówią respondenci lokują się w kilku obszarach:

1. Szkolenie i wsparcie personelu

- angażowanie personelu w działania prozdrowotne; promowanie zdrowych postaw także wśród pracowników placówki (na przykład: program dla pracowników, w ramach którego trzy razy w tygodniu mogą uczestniczyć w ćwiczeniach pod okiem fizjoterapeutów i dietetyków);
- regularne spotkania kadry zarządzającej, ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych, podczas których można krótko omawiać nowe niesprawdzone metody, terapie albo narracje pojawiające się w przestrzeni publicznej;
- regularne przekazywanie krótkich informacji o nowych niesprawdzonych metodach, tworzenie wewnętrznych biuletynów dla personelu
- korzystanie z autorytetów medycznych wewnątrz placówki;
- profilaktyczne informowanie o ryzykach, zanim pojawi się konflikt z pacjentem,
- szkolenia komunikacyjne dla personelu uczenie personelu, jak odpowiadać na trudne pytania;
- superwizje z psychologiem.

2. Proaktywne wyjście z edukacją do pacjentów, dostosowanie się do ich potrzeb, stylu życia itp. w celu budowania stałej relacji i zaufania:

- niestigmatyzująca rozmowa z pacjentem na różnych poziomach kontaktu z placówką,
- jasna komunikacja: „nie wiemy, czy to działa”, „trwają badania”, „tej metody jeszcze nie stosujemy”.
- przewidywanie pytań pacjentów i przygotowywanie wcześniej materiałów odpowiadających na najczęstsze wątpliwości;

- edukacja prowadzona tam, gdzie są pacjenci (np. testowanie plenerowe);
- działania edukacyjne w przestrzeni miejskiej i klubowej;
- organizowanie spotkań lokalnych z mieszkańcami;
- rozmowy zdrowotne przy okazji codziennego kontaktu z pacjentem;
- wykorzystywanie pobytu pacjenta w szpitalu do działań edukacyjnych (np. prowadzenie edukacji w soboty, niedziele, popołudniami i wieczorami, tworzenie grup edukacyjnych, np. dla pacjentów z cukrzycą, otyłością lub chorobami wątroby), rozwijanie terapii zajęciowej i aktywności wspierających pacjentów podczas długiego pobytu;
- wrozenie przestrzeni, w której pacjent czuje się zaopiekowany, a nie tylko „obsłużony medycznie”;
- wykorzystywanie pozytywnych przykładów osób żyjących z chorobą przewlekłą;
- tworzenie atrakcyjnych poradni lub usług, które pozwalają edukować pacjentów w konkretnym kontekście, np. medycyny podróży, jednocześnie budując ich świadomość w zakresie profilaktyki

3. Celowe, profesjonalne zastosowanie wybranych technik komunikacji, na przykład:

- stosowanie prostych komunikatów wizualnych oraz używanie prostego, potocznego i zrozumiałego języka;
- przygotowywanie ulotek i materiałów edukacyjnych;
- publikowanie prostych informacji edukacyjnych w mediach społecznościowych placówki,
- tworzenie krótkich filmów, rolek i materiałów wideo,
- przygotowywanie dłuższych treści audio i wideo, np. webinarów
- wejście na kanały kanały cyfrowe i społecznościowe: Facebook, Instagram, a w przypadku młodszych odbiorców także TikTok;
- prowadzenie profesjonalnych profili informacyjnych w mediach społecznościowych, zatrudnienie lub współpraca z profesjonalistą

odpowiedzialnym za media społecznościowe, inwestowanie w profesjonalne profile placówek w mediach społecznościowych;

- przygotowywanie kampanii kierowanych do konkretnych grup wiekowych;
- stosowanie zachęt, np. quizów lub drobnych nagród;
- publikowanie treści merytorycznych, a nie wyłącznie marketingowych;
- wykorzystywanie lokalnego „marketingu szeptanego”.

4. Zmiany systemowe, w tym:

- kwestia personelu i jego kompetencji: wzmacnianie roli rejestracji jako miejsca pierwszej edukacji pacjenta, zatrudnianie osób z kompetencjami z zakresu zdrowia publicznego, jasne zasady rejestracji i organizacji wizyt, powierzanie części edukacji pielęgniarkom i innym profesjonalistom, nie tylko lekarzom;
- współpraca, wyjście poza placówkę medyczną: rozwijanie opieki koordynowanej, wykorzystywanie bilansu zdrowia i programów profilaktycznych, angażowanie pielęgniarek rodzinnych w edukację domową, włączanie edukatorów zdrowotnych, profilaktyków, terapeutów zajęciowych i dietetyków, współpraca międzysektorowa z pomocą społeczną, rozwijanie opieki środowiskowej („pacjent często nie potrzebuje kolejnej konsultacji lekarskiej, lecz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, organizacji opieki i zrozumieniu zaleceń), rozwijanie współpracy szpitala z POZ;
- rozwiązania systemowe: obowiązkowe działania informacyjno-edukacyjne wpisane w działalność placówki, poprawianie dostępności do lekarzy i specjalistów, przeznaczanie części budżetu na edukację pacjentów, edukacja zdrowotna od przedszkola i szkoły podstawowej, uczenie krytycznego myślenia od najmłodszych lat, długofalowe budowanie kompetencji zdrowotnych najmłodszych pokoleń.

3. Rekomendacje

1. Wprowadzenie systemowej edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat

Najważniejszą rekomendacją jest rozwijanie obowiązkowej edukacji zdrowotnej w szkołach, zaczynając od najwcześniejszych etapów edukacji. Powinna ona obejmować nie tylko wiedzę o ciele, chorobach, profilaktyce i higienie, ale także umiejętność oceny źródeł informacji, rozpoznawania manipulacji, krytycznego korzystania z internetu i sztucznej inteligencji oraz samoobserwacji organizmu.

2. Wzmocnienie roli POZ jako centrum profilaktyki i edukacji zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna powinna pełnić kluczową rolę w rozwijaniu kompetencji zdrowotnych pacjentów. POZ nie powinien być jedynie miejscem leczenia doraźnego i wystawiania skierowań, ale także przestrzenią koordynacji profilaktyki, edukacji i wsparcia pacjenta w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia. W związku z tym potrzebne jest finansowanie czasu poświęcanego na rozmowę edukacyjną, profilaktykę i koordynację, a także możliwość zatrudniania osób z kompetencjami z zakresu zdrowia publicznego, edukacji zdrowotnej i komunikacji z pacjentem.

3. Przygotowanie personelu do rozmów z pacjentami pod wpływem dezinformacji

Placówki powinny rozwijać szkolenia komunikacyjne dla personelu, szczególnie dla osób pierwszego kontaktu: rejestracji, pielęgniarek, konsultantów i lekarzy. Szkolenia powinny obejmować:

4. Opracowanie prostych procedur reagowania na dezinformację

Nie każda placówka potrzebuje rozbudowanej formalnej procedury, ale każda powinna mieć jasne zasady postępowania w sytuacji, gdy pacjent zgłasza informacje budzące wątpliwości. Procedura powinna określać:

- kto rozmawia z pacjentem;
- kiedy sprawa pozostaje na poziomie lekarz–pacjent;
- kiedy włącza się kierownik, ordynator lub dyrektor;
- kiedy należy odwołać się do procedur skargowych;
- kiedy sytuacja wymaga reakcji prawnej lub zgłoszenia do sądu;
- jakie źródła można wskazywać pacjentowi jako wiarygodne.

Procedury powinny być elastyczne i wspierać personel, a nie zastępować profesjonalny osąd.

5. Stworzenie centralnego źródła wiedzy o aktualnych narracjach dezinformacyjnych

Potrzebne jest wiarygodne, aktualizowane źródło informacji dla placówek medycznych — np. biuletyn, newsletter lub platforma prowadzona przez instytucję publiczną. Powinno ono informować o nowych narracjach dezinformacyjnych, fałszywych terapiach, „cudownych” lekach, manipulacjach dotyczących szczepień, alternatywnych metodach leczenia i kontrowersyjnych przekazach medialnych. Takie źródło powinno dostarczać krótkie, gotowe do użycia wyjaśnienia dla personelu i pacjentów.

6. Rozwój profesjonalnej komunikacji placówek w mediach społecznościowych

Placówki medyczne powinny prowadzić profesjonalne profile informacyjne, a nie wyłącznie marketingowe. Komunikacja powinna być prosta, regularna, wizualna i dostosowana do grup odbiorców. Inaczej należy komunikować się z seniorami, inaczej z rodzicami małych dzieci, inaczej z młodzieżą, a inaczej z pacjentami przewlekle chorymi.

7. Tworzenie materiałów edukacyjnych odpowiadających na realne pytania pacjentów

Placówki powinny analizować powtarzające się pytania i wątpliwości pacjentów, a następnie przygotowywać krótkie materiały odpowiadające na te problemy. Mogą to być ulotki, grafiki, krótkie filmy, checklisty, materiały do wysłania SMS-em lub linki do zaufanych źródeł.

Materiały powinny dotyczyć konkretnych problemów, np. szczepień, antybiotyków, przygotowania do badań, interpretacji zaleceń, korzystania z POZ, opieki po wypisie ze szpitala czy zasad zgłaszania się na SOR.

8. Włączenie edukatorów zdrowotnych i innych zawodów wspierających

Przeciwdziałanie dezinformacji nie powinno opierać się wyłącznie na lekarzach. Rekomenduje się rozwijanie ról edukatorów zdrowotnych, profilaktyków, dietetyków, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek środowiskowych i koordynatorów opieki.

Pacjent po wizycie lekarskiej powinien mieć możliwość uzyskania wsparcia w zrozumieniu zaleceń i przełożeniu ich na codzienne życie. Jest to szczególnie ważne w chorobach przewlekłych, otyłości, cukrzycy, chorobach onkologicznych, psychiatrii i opiece długoterminowej.

9. Wzmocnienie współpracy między ochroną zdrowia, pomocą społeczną i środowiskiem lokalnym

Wielu pacjentów nie potrzebuje wyłącznie kolejnej konsultacji lekarskiej, ale wsparcia w organizacji życia, opieki domowej, transportu, żywienia, rehabilitacji czy korzystania ze świadczeń. Dlatego rekomenduje się rozwijanie współpracy między placówkami medycznymi, pomocą społeczną, szkołami, organizacjami lokalnymi i organizacjami pacjenckimi.

Szczególnie ważne są działania lokalne i bezpośrednie spotkania z mieszkańcami, ponieważ sama ulotka lub komunikat elektroniczny często nie wystarczają do zmiany postaw.

10. Odpowiedzialne wykorzystanie sztucznej inteligencji

Narzędzia AI powinny być wykorzystywane w ochronie zdrowia jako wsparcie, a nie jako substytut profesjonalnej decyzji medycznej. Rekomenduje się opracowanie prostych zasad komunikowania pacjentom, jak korzystać z AI w sprawach zdrowotnych.

Pacjent powinien wiedzieć, że AI może pomóc uporządkować pytania, przygotować się do wizyty lub znaleźć ogólne informacje, ale nie powinna diagnozować, zmieniać leczenia ani zastępować konsultacji z lekarzem.

11. Stabilne finansowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych

Działania przeciwdziałające dezinformacji wymagają finansowania. Respondenci podkreślają, że nie można oczekiwać od przeciążonych placówek dodatkowych działań edukacyjnych bez środków na personel, czas, materiały i komunikację.

12. Mówienie jednym głosem przez instytucje i specjalistów

Pacjenci tracą zaufanie, gdy otrzymują sprzeczne komunikaty od różnych placówek, lekarzy, mediów i instytucji. Dlatego konieczne jest wzmacnianie spójnej komunikacji

opartej na aktualnej wiedzy medycznej. Placówki powinny mieć dostęp do ujednoliconych, wiarygodnych zaleceń i komunikatów, które mogą przekazywać pacjentom.

3. Recommendations

1. Introducing systematic health education from an early age

The most important recommendation is to develop mandatory health education in schools, starting from the earliest stages of education. It should cover not only knowledge about the body, diseases, prevention, and hygiene, but also the ability to evaluate information sources, recognize manipulation, use the internet and artificial intelligence critically, and monitor one's own body.

2. Strengthening the Role of Primary Care as a Center for Prevention and Health Education

Primary care should play a key role in developing patients' health literacy. Primary care should not merely be a place for acute treatment and issuing referrals, but also a space for coordinating prevention, education, and support for patients as they navigate the healthcare system. Therefore, funding is needed to cover the time spent on educational discussions, prevention, and coordination, as well as the ability to hire staff with expertise in public health, health education, and patient communication.

3. Preparing Staff to Engage with Patients Influenced by Misinformation

Facilities should develop communication training for staff, particularly for frontline personnel: receptionists, nurses, consultants, and physicians. Training should include:

4. Developing Simple Procedures for Responding to Misinformation

Not every facility needs an elaborate formal procedure, but each should have clear guidelines for handling situations where a patient presents information that raises concerns. The procedure should specify:

- who speaks with the patient,
- when the matter remains at the doctor–patient level,
- when the manager, department head, or director becomes involved,
- when to refer the matter to the complaints procedure,
- when the situation requires a legal response or a court filing,
- which sources can be recommended to the patient as reliable.

Procedures should be flexible and support staff, rather than replace professional judgment.

5. Creating a Centralized Source of Information on Current Disinformation Narratives

A reliable, regularly updated source of information is needed for healthcare facilities—such as a bulletin, newsletter, or platform operated by a public institution. It should provide information on new disinformation narratives, false therapies, “miracle” cures, vaccine-related manipulation, alternative treatments, and controversial media reports. Such a source should provide brief, ready-to-use explanations for staff and patients.

6. Developing Professional Communication for Healthcare Facilities on Social Media

Healthcare facilities should maintain professional informational profiles, not solely marketing ones. Communication should be simple, regular, visual, and tailored to specific audiences. Communication should differ when addressing seniors, parents of young children, teenagers, and patients with chronic conditions.

7. Creating educational materials that address patients’ real questions

Healthcare facilities should analyze recurring patient questions and concerns, and then prepare concise materials that address these issues.

These can include leaflets, infographics, short videos, checklists, materials to be sent via text message, or links to trusted sources.

The materials should address specific issues, such as vaccinations, antibiotics, preparing for medical tests, interpreting medical recommendations, using primary care services, post-discharge care, or guidelines for visiting the emergency department.

8. Involving Health Educators and Other Support Professionals

Countering misinformation should not rely solely on physicians. It is recommended to expand the roles of health educators, preventive health specialists, dietitians, occupational therapists, community nurses, and care coordinators.

After a doctor's visit, patients should be able to receive support in understanding their recommendations and applying them to their daily lives. This is particularly important in cases of chronic diseases, obesity, diabetes, cancer, mental health conditions, and long-term care.

9. Strengthening cooperation between healthcare, social services, and the local community

Many patients do not need just another medical consultation, but rather support in organizing their daily lives, home care, transportation, nutrition, rehabilitation, or accessing benefits. Therefore, it is recommended to develop collaboration between medical facilities, social services, schools, local organizations, and patient organizations.

Local initiatives and face-to-face meetings with residents are particularly important, as a leaflet or an email alone is often insufficient to change attitudes.

10. Responsible Use of Artificial Intelligence

AI tools should be used in healthcare as a support, not as a substitute for professional medical decision-making. It is recommended to develop simple guidelines for communicating to patients how to use AI in health-related matters.

Patients should know that AI can help organize questions, prepare for a visit, or find general information, but it should not diagnose, change treatment, or replace a consultation with a doctor.

11. Stable Funding for Educational and Preventive Initiatives

Efforts to counter misinformation require funding. Respondents emphasize that overburdened healthcare facilities cannot be expected to undertake additional educational activities without resources for staff, time, materials, and communication.

12. Institutions and Specialists Speaking with One Voice

Patients lose trust when they receive conflicting messages from different healthcare facilities, doctors, the media, and institutions. Therefore, it is essential to strengthen consistent communication based on current medical knowledge. Healthcare facilities should have access to standardized, reliable recommendations and messages that they can convey to patients.

Raport jest częścią międzynarodowego projektu finansowanego przez Unię Europejską (działanie nr 101158609) oraz współfinansowanego przez polskie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach programu zatytułowanego „Projekty Międzynarodowe Współfinansowane” w latach 2024-2026 (umowa nr 6054/DIGITAL/2024/2025/2).

Wyrażone poglądy i opinie są jednak wyłącznie poglądami autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Unii Europejskiej, Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA) ani polskiego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ani Unia Europejska, ani Europejska Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA), ani polskie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie ponoszą za nie odpowiedzialności.



**Funded by
the European Union**

