

Rekomendacje zespołu roboczego ds. wsparcia psychologicznego powołanego w ramach Krajowego Ośrodka Monitorującego

Wersja 1.0 Marzec 2026



Rekomendacje w zakresie udzielanej pomocy psychologicznej pacjentom chorującym na nowotwory o różnym umiejscowieniu i ich rodzin oraz szkolenia personelu leczącego w zakresie rozwoju kompetencji komunikacyjnych i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.

Rekomendacje zostały opracowane z udziałem następujących specjalistów w dziedzinie psychologii klinicznej, psychoonkologii i psychoterapii:

- **dr n. o zdr. Sylwia Barsow**
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
- **dr n. med. Agata Kołodziejczyk**
Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
- **dr n. med. Mariola Kosowicz**
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
- **mgr. Sylwia Świstak-Sawa**
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
- **mgr. Monika Smólska**
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu
- **dr n. o zdr. Katarzyny Cieślak**
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu
- **mgr Kamila Majchrzak**
Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
- **mgr. Małgorzata Piłat**
Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- **mgr Katarzyna Grądzka**
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli
- **dr n. społ. Marta Szastok**
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach
- **mgr. Martyna Pawlak- Modzelewska**
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii
- **dr n. filoz. Anna Cieślak – Wojciechowska**
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika
- **mgr. Elżbieta Tkaczyszyn-Mika**
Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
- **mgr. Alicja Gołkowska**
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach

Spis treści

1. Wstęp	4
2. Standard pracy w oparciu o rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Medycyny Onkologicznej (ESMO, 2023).....	4
3. Standard screeningu zdrowia psychicznego pacjenta na każdym etapie diagnostyki i leczenia	5
4. Standard udziału psychologa w konsyliach medycznych	7
5. Standard dostępności psychologa na każdym etapie leczenia.....	8
6. Standard obecności psychoonkologa w zespole multidyscyplinarnym (MDT)	11
7. Standard szkoleń psychologicznych dla personelu leczącego oraz koordynatorów DILO	12
8. Standard superwizji psychoonkologicznej.....	14

1. Wstęp

Kompleksowa opieka psychologiczna stanowi kluczowy element nowoczesnego leczenia onkologicznego. Pacjenci, którzy zmagają się z chorobą nowotworową i przewlekłością leczenia doświadczają silnego stresu, nasilonego lęku w związku z rozpoznaniem choroby oraz perspektywą wieloetapowej, bardzo trudnej terapii, obejmującej zabiegi chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię oraz metody celowane. Pacjenci z chorobą onkologiczną w wyniku leczenia doświadczają wielu zmian, które nie tylko obniżają jakość życia, ale również powodują następstwa o charakterze psychologicznym. Odpowiedź na te wyzwania wymaga jednolitych standardów postępowania, minimalizujących różnice w dostępie do specjalistycznych świadczeń psychologicznych pomiędzy ośrodkami w całym kraju. Wypracowane przez Zespół ds. opieki psychoonkologicznej standardy opisują szczegółowe rekomendacje dla wdrożenia opieki psychologicznej/psychoonkologicznej. Celem dokumentu jest wsparcie ośrodków wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej w implementacji skutecznych, spójnych i mierzalnych rozwiązań w opiece psychoonkologicznej, które przełożą się na poprawę wyników leczenia i długoterminowego dobrostanu pacjentów z chorobą nowotworową, zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Medycyny Onkologicznej (ESMO).

2. Standard pracy w oparciu o rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Medycyny Onkologicznej (ESMO, 2023)

Powszechnie dostępna w oddziałach oraz w opiece ambulatoryjnej opieka psychologiczna nad pacjentem onkologicznym pozwala rozpoznawać, diagnozować i leczyć manifestujące się objawy psychopatologiczne oraz wspierać pacjenta oraz jego rodzinę w adaptacji do choroby i leczenia. Do najczęstszych objawów psychopatologicznych wśród pacjentów onkologicznych należą: zaburzenia depresyjno-lękowe, zaburzenia adaptacyjne, przewlekłe zmęczenie, objawy zespołu stresu pourazowego. Z punktu widzenia ESMO istotne jest by posiadać warunki oraz procedury służące prowadzeniu profesjonalnego rozróżnienia między naturalnymi i adekwatnymi zmianami nastroju wśród pacjentów, a objawami psychopatologicznymi, które mają wpływ na proces adaptacji w trakcie diagnostyki i leczenia choroby onkologicznej.

Zgodnie z zaleceniami ESMO:

- W ośrodkach prowadzony powinien być screening stanu psychicznego pacjentów na każdym etapie diagnostyki i leczenia, z naciskiem na objawy zaburzeń depresyjno-lękowych.
- W szpitalach oraz placówkach opieki ambulatoryjnej, specjaliści zdrowia psychicznego powinni oferować wsparcie oraz terapię psychologiczną zgodnie z potrzebami samych pacjentów, które to potrzeby zostaną ocenione podczas standaryzowanej oceny stanu psychicznego, będącej częścią procedury placówki leczniczej.
- Wsparcie oraz elementy terapii psychoonkologicznej powinny być oparte na i zgodne z evidence-based practice; ESMO zaleca przede wszystkim: elementy terapii poznawczo-behawioralnej, psychoedukację, terapię wspierająco-ekspresywną, terapię opartą na uważności, trening relaksacyjny, terapię egzystencjalną oraz elementy terapii innych modalności, jeśli ich skuteczność została potwierdzona naukowo w obszarze psychoonkologii.
- W razie potrzeby pacjent powinien zostać poddany konsultacji psychiatrycznej celem ewentualnego włączenia koniecznej farmakoterapii (z grupy leków SSRI, SNRI).
- Forma prowadzonego wsparcia powinna być dopasowana do indywidualnych potrzeb i deficytów każdego pacjenta (rekomendacja prowadzenia terapii spersonalizowanej).
- Dopuszczalne formy wsparcia obejmują pomoc indywidualną oraz grupową.

Narzędzia potrzebne do prowadzenia screeningu i/lub przeprowadzenia oceny stanu psychicznego powinny być zapewnione psychologom przez placówkę medyczną, w której pracują. Włącza się w to opłacanie licencji do korzystania z określonych narzędzi psychometrycznych, np. HADS (Szpitalna Skala Lęku i Depresji).

3. Standard screeningu zdrowia psychicznego pacjenta na każdym etapie diagnostyki i leczenia

ESMO do prowadzenia screeningu stanu psychicznego pacjentów zaleca:

- a. do pomiaru objawów depresyjnych – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 i/lub Inwentarz Depresji Becka BDI II;
- b. do pomiaru objawów lękowych- Szpitalną Skalę Lęku i Depresji HADS i/lub Skalę Uogólnionego Lęku GAD-7.

Wybór konkretnego narzędzia powinien pozostać w gestii profesjonalistów zdrowia psychicznego, pracujących w placówce świadczącej opiekę i leczenie onkologiczne. Wybór narzędzia powinien być podyktowany względami zarówno metodologicznymi, jak i praktycznymi, uwzględniającymi stan psychofizyczny pacjentów diagnozowanych i leczonych onkologicznie. **Ze względu na wysoki stopień korelacji wymienionych narzędzi, zalecane jest stosowanie jednego testu przeznaczonego do monitorowania objawów depresyjnych i jednego do monitorowania objawów lękowych.**

Szpitale i poradnie powinny umożliwić synchronizację procedury screeningowej z innymi procedurami placówki. Narzędzia screeningowe powinny być dystrybuowane dla każdego pacjenta podczas każdej wizyty szpitalnej (np. na izbie przyjęć) w wersji papierowej (jeśli dokumentacja w placówce nie jest jeszcze w pełni zdigitalizowana). Według możliwości systemowych każda placówka powinna dążyć do wprowadzenia zdigitalizowanej formy prowadzenia “screenignu” (np. za pomocą tabletów). Procedura ta powinna stanowić SOP w rozumieniu ogólnoszpitalnej ścieżki postępowania, zsynchronizowanej z danymi pacjenta (raportowanie wyników i śledzenie tych wyników na przestrzeni diagnostyki i leczenia z poziomu dokumentacji szpitalnej i szpitalnego systemu informatycznego, np. CGM).

Kluczowe do zastosowania:

- Wybór odpowiednich narzędzi screeningowych jako kompetencja
- i odpowiedzialność psychologa pracującego w szpitalu.
- Narzędzia rekomendowane przez ESMO: Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS, Skala Uogólnionego Lęku GAD-7, Inwentarz Depresji Becka BDI II.

- Procedura screenignowa jako szpitalny SOP zawarty w katalogu procedur.
- Prowadzenie screenignu na każdym etapie diagnostyki i leczenia.
- Wpisywanie wyników do dokumentacji szpitalnej, synchronizacja danych ze screeningu z systemem informatycznym.

4. Standard udziału psychologa w konsyliach medycznych

Zgodnie z wymaganiami NFZ oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. dotyczącego kompleksowej opieki onkologicznego – **obecność psychologa na konsylium medycznym jest obowiązkowa i stanowi podstawę do rozliczenia procedury konsylium** z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z tym rekomendujemy następujące rozwiązania.

Sposób uczestniczenia w konsylium musi być dostosowany do możliwości personalnych i organizacyjnych placówki świadczącej opiekę onkologiczną. Możliwe formy uczestniczenia psychologa w konsylium medycznym obejmuje:

- a. uczestniczenia osobiste – psycholog zostaje oddelegowany na konsylium;
- b. dyżur pod telefonem – współpraca z koordynatorami, którzy w trakcie konsylium mogą zgłosić potrzebę interwencji psychologicznej desygnowanemu do tego psychologowi, który pozostaje do dyspozycji konsylium w godzinach jego trwania;
- c. stworzenie i udostępnienie pacjentom podczas konsylium broszury z informacjami, jak skontaktować się z psychologiem wraz z materiałami psychoedukacyjnymi.

Sposób uczestniczenia psychologa w konsylium powinien zostać ustalony zgodnie z możliwościami lokalizacyjnymi oraz kadrowymi w placówkach prowadzących konsylia oraz znaleźć swoje odzwierciedlenie w zapisach procedur szpitalnych (SOP) oraz być ujęty w dokumentacji z konsylium jako podstawa rozliczenia konsylium w ramach KON.

Za konieczne uważamy wprowadzenie możliwości zapisu w systemie informatycznym, np. CGM (według możliwości danej jednostki) rekomendacji

psychologicznych lub innych wniosków z konsylium dla obecnych na nich psychologów.

Pragniemy również zwrócić uwagę na to, że typ zatrudnienia (umowy o pracę, umowy kontaktowe) oferowany psychologom powinien dawać szansę na realizację założeń proceduralnych opieki psychologicznej, w tym przewidywanie konieczności uczestniczenia psychologa w konsylium. Innymi słów – **rekomendujemy zwiększenie etatów/ miejsc pracy dla psychologów, celem pełnej realizacji założeń zawartych w niniejszych rekomendacjach.**

5. Standard dostępności psychologa na każdym etapie leczenia

Definicje:

- **Psycholog kliniczny / psychoonkolog** – osoba z dyplomem magistra psychologii, posiadająca kompetencje kliniczne oraz przeszkolenie z zakresu psychoonkologii.
- **Opieka psychoonkologiczna** – kompleksowe wsparcie psychiczne pacjenta i jego bliskich podczas całego procesu choroby i leczenia, jak również po zakończeniu terapii medycznej.

Celem zapewnienia każdemu pacjentowi onkologicznemu dostępu do opieki psychologicznej na wszystkich etapach procesu leczenia **rekomendujemy ujednoczenie zasad kierowania do psychologa, dokumentowania świadczeń oraz współpracy z zespołem terapeutycznym w każdej placówce leczniczej.**

Zgodnie z danymi naukowymi, wczesne wykrywanie zaburzeń emocjonalnych i zapobieganie kryzysom psychicznym poprawia jakość opieki oraz realnie wpływa na poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentów.

Rekomendujemy następujące cele opieki psychoonkologicznej na poszczególnych etapach, które powinny zostać uwzględnione w procedurach szpitalnych:

- a. etap diagnostyczny / moment rozpoznania
 - wsparcie emocjonalne po uzyskaniu diagnozy,

- pomoc w radzeniu sobie z szokiem, lękiem i niepewnością,
 - psychoedukacja dotycząca reakcji emocjonalnych i dostępnych form pomocy.
- b. etap leczenia (chemioterapia, radioterapia, zabieg chirurgiczny)
- wspieranie adaptacji do leczenia,
 - redukcja lęku i objawów depresyjnych,
 - rozwijanie strategii radzenia sobie i nadziei,
 - praca z obrazem ciała, utratą sprawności, zmianą ról.
- c. etap monitorowania
- pomoc w readaptacji do życia po leczeniu,
 - wsparcie w radzeniu sobie z lękiem przed nawrotem choroby,
 - wspieranie powrotu do pracy i życia społecznego.
- d. etap leczenia paliatywnego
- łagodzenie cierpienia psychicznego,
 - towarzyszenie w procesie akceptacji.

Rekomendowane standardy powinny dotyczyć wszystkich oddziałów i poradni leczących pacjentów onkologicznych oraz personelu medycznego uczestniczącego w procesie terapeutycznym na terenie placówki leczniczej.

Uważamy, że każdy pacjent onkologiczny oraz jego rodzina/osoba wspierająca mają prawo do bezpłatnej opieki psychologicznej i zadaniem placówki leczniczej jest im tę opiekę zapewnić. Zadaniem placówki leczniczej powinno być również zapewnienie ciągłości opieki psychologicznej także po wypisie ze szpitala. W związku z tym rekomendujemy stworzenie struktur ambulatoryjnej opieki psychoonkologicznej wraz z wykazem świadczeń psychologicznych oraz ich wyceną.

Dostępność psychologa powinna być zapewniona przez placówkę leczniczą na każdym oddziale onkologicznym (chemioterapii, radioterapii, chirurgii, onkologii klinicznej, rehabilitacji). **Rekomendujemy wydanie rozporządzenia nakładającego na szpitale obowiązek zatrudnienia minimum 1 psychologa w wymiarze pełnego etatu na każdy**

oddział oferujący leczenie onkologiczne. Dostępność psychologa powinna obejmować zarówno interwencje indywidualne, rodzinne, jak i grupowe.

Rekomendujemy, aby opieka psychologiczna w ramach oddziałów stacjonarnych odbywała się za pomocą skierowań wewnętrznych (pisemnych lub ustnych) od: lekarzy, pielęgniarek, innych psychologów, innych specjalistów pracujących w placówce, samego pacjenta lub jego rodziny. Wszystkie konsultacje podjęte w ramach prowadzonej opieki psychoonkologicznej powinny być dokumentowane w szpitalnym systemie komputerowym. Jeśli system nie jest na to przygotowany, powinna zostać stworzona procedura papierowego dokumentowania opieki psychoonkologicznej. Poza funkcją sprawozdawczą, konsultacyjną oraz leczniczą, prowadzenie dokumentacji powinno umożliwić monitorowanie ich liczby oraz prowadzenie statystyk z dostępności psychoonkologa.

Ponadto, pragniemy wyrazić nadzieję, że stworzona struktura jednoznacznie podkreśli **rolę psychologa jako pełnoprawnego członka zespołu terapeutycznego**, w ramach którego, z poszanowaniem tajemnicy zawodowej, zachodzi wymiana informacji na temat pacjentów i ich stanu psychofizycznego. Ma to służyć holistycznemu wsparciu pacjentów onkologicznych.

Rekomendujemy również, aby zobowiązać psychoonkologów do stałego kształcenia w zakresie psychologii klinicznej i psychoonkologii, jak również to by w każdej placówce wchodzącej w skład KSO włączyć psychologa/zespoły psychologiczne w strukturę placówki medycznej, ponieważ sprzyja to jakości opieki nad pacjentem oraz wpływa na spełnienie wskaźników jakościowych.

Zasadne jest prowadzenie dokumentacji z przebiegu opieki psychologicznej w szpitalnym systemie informacyjnym, jest to dodatkowo niezbędne przy audytach jakościowych.

Uwzględnienie roli psychologa w wewnętrznych procedurach placówki jest wynikiem tworzonych kierunków legislacyjnych i standardu kompleksowej terapii onkologicznej.

Najważniejsze kwestie:

- W każdej placówce prowadzącej leczenie onkologiczne powinna być zapewniona obecność psychologa, a tym samym udzielanie świadczeń psychologicznych dla pacjentów oraz ich rodzin.
- Psycholog ma pozostawać pełnoprawnym członkiem zespołu medycznego.
- Psycholog udziela wsparcia pacjentom oraz ich bliskim na każdym etapie od diagnozy, przez leczenie radykalne, po monitoring lub leczenie paliatywne. Pacjenci powinni być świadomi możliwości skorzystania z opieki psychologicznej na terenie placówki medycznej.
- Rekomendowane jest stworzenie oddzielnej struktury psychoonkologicznej opieki ambulatoryjnej ze zdefiniowanym koszykiem świadczeń oraz ich wyceną.
- Liczba psychologów zatrudnionych w placówkach onkologicznych powinna odpowiadać 1:1 liczbie oddziałów prowadzących leczenie onkologiczne w danej placówce.
- Placówki medyczne powinny zapewnić możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej z prowadzonego wsparcia psychoonkologicznego. Pracownicy będący psychologami powinni być zobowiązani do dokumentowania swoich działań.

6. Standard obecności psychoonkologa w zespole multidyscyplinarnym (MDT)

Rekomendujemy, aby psychoonkolog wykonywał standardowe świadczenia:

- a. Ocenę stanu psychicznego pacjenta:
 - przesiewową z wykorzystaniem narzędzi o potwierdzonych właściwościach psychometrycznych, np. GAD-7, PHQ-9, która ma służyć ewaluacji poziomu lęku, objawów depresyjnych, jakości funkcjonowania emocjonalnego i rodzinnego, wpływ stanu emocjonalnego na współpracę w leczeniu.
 - Pełną, jeżeli istnieją do tego wskazania oraz istnieje szansa, że dzięki temu pacjent lub członek jego rodziny przejdą efektywniej proces adaptacji do leczenia.

- a. Interwencję podczas pobytu w oddziałach: konsultacje indywidualne i rodzinne, rozmowy o rokowaniu i decyzjach granicznych.

Z każdej interwencji psychologicznej powinna powstać elektroniczna dokumentacja zawierająca notatki i rekomendacje dotyczące dalszego wsparcia. Tryb pracy psychoonkologa w ramach konsyliów został opisany w punkcie 4 niniejszych rekomendacji.

7. Standard szkoleń psychologicznych dla personelu leczącego oraz koordynatorów DILO

Rekomendujemy stworzenie standardu dotyczącego obowiązkowych szkoleń psychologicznych/psychoonkologicznych dla personelu medycznego, które mają mieć na celu rozwój kompetencji klinicznych i komunikacyjnych. Treści szkoleniowe powinny być zgodne z najnowszymi wytycznymi ESMO i aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Dlatego rekomendujemy osadzenie standardów szkolenia personelu medycznego oraz Koordynatorów Karty DILO na rekomendacjach ESMO oraz na Standardach Akredytacyjnych dla działalności leczniczej.

Szczegółowe cele szkoleń personelu leczącego (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie medyczni, pracownicy rejestracji) oraz koordynatorów Karty DILO powinny odpowiadać:

- Systemowemu wsparciu psychologicznemu dla koordynatorów i personelu leczącego,
- Zmniejszeniu ryzyka stresu, traumatyzacji i wypalenia zawodowego,
- Zwiększeniu bezpieczeństwa pracowników,
- Zmniejszeniu rotacji personelu,
- Zwiększeniu jakości opieki nad pacjentem.

Rekomendujemy, aby szkolenia i psychoedukacja obejmujące szkolenia wstępne i cykliczne dla wszystkich koordynatorów oraz personelu leczącego zawierały:

- a. Obowiązkowe szkolenie wstępne przy zatrudnieniu:
- Warsztaty komunikacji
 - Warsztat “Trudne rozmowy i zarządzanie konfliktem”

- Przekazywanie niekorzystnych wiadomości

1. Coroczne szkolenia doskonalące, obejmujące:

- Techniki radzenia sobie ze stresem
- Warsztaty komunikacji
- Rozpoznawanie wypalenia zawodowego
- Warsztaty z asertywności.

Rekomendujemy stworzenie uniwersalnego katalogu sposobów radzenia sobie, do których poszczególni pracownicy służby zdrowia mogą łatwo uzyskać dostęp, aby wspierać własne samopoczucie i odporność w życiu codziennym (w tym informacje na temat miejsc i możliwości uzyskania fachowej pomocy psychologicznej dla personelu i pacjentów).

Celem realizacji wymienionych rekomendacji zalecamy:

Ustawowe zobowiązanie placówek do medycznych do udostępnienia i umożliwienie dostępu do szkoleń personelowi medycznemu:

- Organizację szkoleń przynajmniej raz w roku na terenie ośrodka leczniczego,
- Zapewnienie wysokiej jakości szkoleń, które mogą być prowadzone przez psychologów zatrudnionych w placówce, bądź przez firmy zewnętrzne. Decyzję dotyczącą prowadzenia szkolenia, dyrekcja placówki powinna podjąć po zasięgnięciu opinii Kierownika zespołu psychologów;
- Nałożenie na placówki medycznego obowiązku zapewnienia materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego nt. Wypalenia zawodowego, metod radzenia sobie, treningu komunikacji (poradniki, e-booki, nagrania z szkoleń).

Rekomendujemy również obowiązkowe, regularne screeningi dobrostanu personelu obejmujące (minimum co rok) indywidualną ocenę okresową. Do screeningu należy powołać zespół, który ocenia wyniki i podejmuje decyzje o ewentualnej nowelizacji tematów i sposobów szkolenia. Wnioski z screeningu należy zebrać i spisać w protokole sprawozdawczym na zakończenie roku. Do celów screeningowych można wykorzystać następujące narzędzia – Skalę Wypalenia

Zawodowego Mashla, Szpitalną Skalę Lęku i Depresji, Termometr Dystresu i/lub stworzoną dla tych potrzeb ankietę satysfakcji personelu medycznego.

8. Standard superwizji psychoonkologicznej

Celem realizacji wysokiego poziomu wsparcia psychoonkologicznego rekomendujemy stworzenie obowiązku organizacji i uczestniczenia w superwizjach psychoonkologicznych dla wszystkich psychologów pracujących w placówkach medycznych, zajmujących się leczeniem onkologicznym.

Cele superwizji psychoonkologicznej

Superwizja jest formą nadzoru opartego na kompetencjach:

- jest odrębną kompetencją zawodową, która wymaga ukierunkowanego kształcenia i szkolenia oraz zaangażowania w ciągły proces utrzymywania i doskonalenia kompetencji,
- priorytetowo traktuje pełną szacunku opiekę nad klientem/pacjentem i ochronę społeczeństwa,
- koncentruje się na nabywaniu kompetencji i rozwoju zawodowym osoby nadzorowanej,
- wymaga kompetencji superwizora w nadzorowanych domenach kompetencji i odzwierciedla aktualne dowody związane z nadzorem i nadzorowanymi kompetencjami,
- odbywa się w ramach pełnej szacunku i współpracy relacji superwizyjnej, która obejmuje elementy ułatwiające i oceniające oraz jest ustanawiana, utrzymywana i naprawiana (w razie potrzeby),
- pociąga za sobą odpowiedzialność ze strony superwizora i osoby nadzorowanej,
- celowo przenika i integruje wymiary orientacji wielokulturowej we wszystkich aspektach praktyki zawodowej,
- jest pod wpływem czynników zawodowych i osobistych, w tym wartości, postaw, przekonań, światopoglądów i uprzedzeń interpersonalnych,
- jest prowadzony zgodnie z normami etycznymi i prawnymi,

- wykorzystuje podejście rozwojowe i oparte na mocnych stronach,
- wymaga refleksyjnej praktyki i ciągłego procesu samooceny przez superwizora i superwizowanego,
- obejmuje dwukierunkową informację zwrotną między superwizorem a superwizowanym,
- ocenia nabycie oczekiwanych kompetencji przez superwizowanego.

Rekomendujemy, aby obowiązek superwizyjny realizowany był w godzinach pracy psychologów i był w pełni opłacany przez placówkę leczniczą, jako forma wsparcia pracowników.

Superwizja powinna być prowadzona przez certyfikowanego superwizora psychoonkologii (doświadczenie zawodowe jako psychoonkolog min. 7 lat, posiadanie certyfikatu psychoonkologa, szkolenie w zakresie superwizji klinicznej zakończone egzaminem, pracujący pod superwizją własną).

Rekomendujemy wprowadzenie konieczności pozostawania zespołów psychologicznych w procesach superwizyjnych, finansowanych ze środków szpitala, ponieważ, jak wykazują aktualne badania naukowe:

- Proces superwizyjny wzmacnia poczucie skuteczności i podnosi poziom kompetencji psychologów
- Superwizja zmniejsza poziom wypalenia zawodowego wśród psychologów
- Superwizja podnosi jakość oferowanej przez psychologów pomocy, podnosząc ogólną ocenę oferowanej w szpitalu opieki.

Bibliografia

1. European Society for Medical Oncology (ESMO) (2024), Resilience Task Force recommendations to manage psychosocial risks, optimise well-being, and reduce burnout in oncology.
2. Centrum Monitorowani Jakości w Ochronie Zdrowia (2025), Standardy Akredytacyjne Szpitale. Publikacja książkowa opracowana na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 73).
3. Zygmunt, M., et al. (2002). Polska adaptacja skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). *Psychiatria Polska*, 36(4), 531-540.
4. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2019; 13: 97-103 – artykuł „Termometr Dystresu Moralnego – tłumaczenie narzędzia...” autorstwa N. Borkowska., Pasikowski T.:
5. Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, 35–149.
6. Analise O'Donovan, Bonnie Clough, Jemima Petch: Is Supervisor Training Effective? A Pilot Investigation of Clinical Supervisor Training Program. *Australian Psychologist* 52 (2017) 149–154.
7. American Psychological Association. (1996). Office of program consultation and accreditation guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology. Washington, DC: Author.
8. American Psychological Association. (2002a). Book 1: Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology. Washington, DC: Office of Program Consultation and Accreditation.
9. American Psychological Association. (2002b). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. Washington, DC: Author.
10. Wampold, B.E., & Holloway, E.L. (1997). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy supervision research. In C.W. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 11–27). New York: Wiley.
11. Watkins, C.E., Jr. (1997). Defining psychotherapy supervision and understanding supervisor functioning. In C.W. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 3–10). New York: Wiley.
12. Worthington, E.L., Jr. (1987). Effective supervision as perceived by beginning counselors-in-training. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 64–73.
13. Jeffrey E. Barnett: Introduction: The (Hopefully) Essential Primer on Clinical Supervision.
14. Derek Milne: An empirical definition of clinical supervision.
15. W. Brad Johnson, Cessily J. Skinner, Nadine J. Kaslow: Relational Mentoring in Clinical Supervision: The Transformational Supervisor. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, Vol. 70(11), 1073–1081 (2014).
16. Carol A. Falender and Edward P. Shafranske: Clinical Supervision: The State of the Art. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, Vol. 70(11), 1030–1041 (2014).
17. American Psychological Association. (2015). Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology. Vol. 70, No. 1, 33-46.
18. Program kształcenia specjalizacji z psychologii klinicznej, CMKP.
19. O'donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
20. Klymenkol., Haladza, M., & Pysarenko, T. (2025). Supervision in clinical psychology: a meta-analysis. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 12(2(28)), 243-254. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-28-09>
21. Grassi L, Watson M; IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies'. Core-curriculum in psycho-oncology: Towards the certification of the psycho-oncologist profession. *Psychooncology*. 2024 Jan;33(1): e6285. doi: 10.1002/pon.6285. PMID: 38282216.