

# Zaangażowanie pacjenta: stan wiedzy i wpływ na bezpieczeństwo opieki

## W SKRÓCIE

Coraz częściej uważa się, że zaangażowanie pacjenta sprzyja poprawie jego bezpieczeństwa i powinno być kluczowym elementem procesu reorganizacji procedur medycznych. Konceptję tę udało się wdrożyć w różnych obszarach opieki nad pacjentem, takich jak proces decyzyjny i postępowanie w chorobach przewlekłych. W artykule prześledziliśmy jej źródła, omówiliśmy pochodzące z piśmiennictwa dowody wskazujące na jej efektywność i podsumowaliśmy czynniki wpływające na jej wdrożenie. O gotowości pacjenta do zaangażowania się decydują takie czynniki, jak: akceptacja nowej roli, zasób wiedzy medycznej, poziom zaufania do personelu medycznego, stan zdrowia oraz parametry socjodemograficzne. O tym, czy personel medyczny zaakceptuje tę koncepcję i czy będzie gotowy do jej propagowania, decydują takie czynniki, jak: potrzeba sprawowania kontroli, zasób czasu, przekonania, rodzaj choroby oraz umiejętność nawiązania kontaktu z pacjentem. Na poziom akceptacji tej idei przez pacjenta i personel wpływają również: status społeczny, pochodzenie etniczne, specjalizacja lekarza oraz ranga problemu zdrowotnego. Deklaracja londyńska, przyjęta przez World Alliance for Patient Safety, stowarzyszenie działające przy World Health Organization, kładzie nacisk na wzmocnienie roli pacjenta, w celu zwiększenia bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w skali ogólnoświatowej. Konieczne są dalsze badania, które pozwolą zdefiniować najważniejsze czynniki warunkujące powodzenie koncepcji zwiększenia zaangażowania pacjenta w proces minimalizowania błędów medycznych i poprawy bezpieczeństwa opieki medycznej. Konceptję zaangażowania pacjenta zilustrowano w artykule przykładem udziału pacjenta w promowaniu higieny rąk wśród personelu medycznego. Zaproponowano również projekt modelu postępowania uwzględniający czynniki o kluczowym wpływie na zaangażowanie pacjenta w proces zapobiegania błędom medycznym.

**Ź**ródła koncepcji zwiększenia zaangażowania pacjenta należy upatrywać w ruchach konsumenckich z lat 60. ubiegłego wieku walczących o prawa konsumentów do bezpieczeństwa, informacji, wolności wyboru i bycia wysłuchanym.<sup>1</sup> Ostatnio pojawia się coraz więcej opinii, że powinno być ono kluczowym elementem procesu reorganizacji procedur medycznych. Konceptję z powodzeniem wdrożono w niektórych obszarach opieki nad pacjentem, takich jak proces podejmowania decyzji czy leczenia chorób przewlekłych. Zaangażowanie pacjenta zaczęto utożsamiać z poprawą jego bezpieczeństwa. World Alliance for Patient Safety, stowarzyszenie działające przy World Health Organization (WHO), promuje rolę pacjentów i ich rodzin w optymalizacji opieki zdrowotnej.<sup>2</sup> Dotychczas zaangażowaniu pacjenta poświęcono jednak nieliczne badania.

Prześledziliśmy podstawowe założenia koncepcji i dane na temat efektów zaangażowania pacjenta w proces podejmowania decyzji oraz leczenia chorób przewlekłych. Identyfikowaliśmy również potencjalne przeszkody we wdrażaniu tej koncepcji. Na podstawie tych informacji ustaliliśmy definicję zaangażowania pacjenta. Wykazaliśmy, że zaangażowanie pacjenta może korzystnie wpływać na jakość opieki i zapobiegać błędom medycznym. Zarysowaliśmy również dalsze kierunki badań.

## Przegląd piśmiennictwa

Przegląd piśmiennictwa obejmował prace opublikowane w języku angielskim lub francuskim w okresie od stycznia 1966 r. do grudnia 2008 r., indeksowane w bazach danych MEDLINE, Cochrane Library i Cumulative Index to Nursing

Yves Longtin, MD  
Hugo Sax, MD  
Lucian L. Leape, MD  
Susan E. Sheridan, MBA  
Liam Donaldson, MD  
Didier Pittet, MD, MS

Infection Control Program,  
University of Geneva Hospitals  
and Faculty of Medicine,  
University of Geneva, Geneva,  
Switzerland (Y.L., H.S., D.P.);  
Department of Health Policy and  
Management, Harvard School of  
Public Health, Boston, MA (L.L.L.);  
Consumers Advancing Patient  
Safety, Chicago, IL (S.E.S.);  
Department of Health, London,  
United Kingdom (L.D.); World  
Health Organization World Alliance  
for Patient Safety, World Health  
Organization, Geneva, Switzerland  
(L.L.L., S.E.S., L.D., D.P).

Patient Participation: Current  
Knowledge and Applicability to  
Patient Safety  
Mayo Clin Proc. 2010;85(1):53-62

Tłum. dr n. med. Krzysztof Kurek

Dział koordynowany przez  
prof. dr. hab. med.  
Tomasza Pasierskiego



Patient-Oriented  
Medicine

**Tabela 1. Paternalistyczny model zależności pomiędzy pacjentem a personelem medycznym**

Tylko eksperci (personel medyczny) mają kompetencje do ustalania rozpoznania i leczenia  
 Wszystkie decyzje zależą wyłącznie od wiedzy personelu medycznego  
 Personel medyczny stoi na straży interesów pacjenta i musi przestrzegać zasady dobra pacjenta (*principle of beneficence*)  
 Pacjent biernie poddaje się opiece

Źródłem danych są pozycje piśmiennictwa 3-5

**Tabela 2. Czynniki wpływające na zaangażowanie pacjenta**

Akceptacja nowej roli pacjenta<sup>19-21</sup>  
 Poziom świadomości zdrowotnej i zasób wiedzy na temat zdrowia<sup>4,23,25-32</sup>  
 Wiara we własne możliwości<sup>33,34</sup>  
 Rodzaj decyzji, które należy podjąć<sup>23,35</sup>  
 Ranga problemów, których dotyczą decyzje<sup>24</sup>  
 Rodzaj choroby i schorzeń towarzyszących<sup>20,24,36-40</sup>  
 Wiek<sup>20,23,36,40-45</sup>  
 Płeć<sup>20,23,36,40,41,44</sup>  
 Status socjoekonomiczny<sup>20,23,36,40,41,44,46</sup>  
 Pochodzenie etniczne<sup>20,42,47-50</sup>  
 Wykorzystywanie metod medycyny alternatywnej<sup>51-53</sup>  
 Specjalizacja pracownika ochrony zdrowia<sup>54-56</sup>

**Tabela 3. Przeszkody w zwiększeniu zaangażowania pacjenta związane z personelem medycznym**

Chęć zachowania kontroli<sup>3,33,62-67</sup>  
 Czas potrzebny do przeszkolenia pacjenta i ustosunkowania się do jego opinii<sup>15,26,66-71</sup>  
 Rodzaj choroby<sup>15</sup>  
 Osobiste przekonania<sup>61</sup>  
 Specjalizacja<sup>60,69,71</sup>  
 Pochodzenie etniczne<sup>69</sup>  
 Niewystarczające przeszkolenie w zakresie koncepcji zwiększenia zaangażowania pacjenta<sup>69,70,72-79</sup>

and Allied Health Literature. Przeszukiwanie prowadzono przy użyciu następujących haseł zarejestrowanych w katalogu Medical Subject Headings: *patient participation*, *patient involvement*, *patient education*, *professional-patient relations*, *decision-making*, *informed consent*, *chronic disease*, *medical errors*, *infection control*, *nosocomial infection* i *cross infection*. W poszukiwaniu kolejnych badań przeglądano piśmiennictwo z najważniejszych artykułów. Nie przeprowadzono systematycznego przeglądu materiałów nieobjętych rejestracją bibliograficzną (tzw. szara literatura). Zebrane artykuły analizowano pod kątem reprezentatywności dla badanego tematu.

tu. Niniejszą pracę należy traktować raczej jako wszechstronne podsumowanie, a nie systematyczny przegląd piśmiennictwa.

## Definicje

Dotychczas nie zdefiniowano precyzyjnie, czym jest zaangażowanie pacjenta. W piśmiennictwie stosuje się różne określenia związane z tym pojęciem, np. *patient collaboration*, *patient involvement*, *partnership*, *patient empowerment* i *patient-centered care* (współpraca ze strony pacjenta, włączenie pacjenta w proces diagnostyczno-licznicy, partnerstwo, wzmocnienie roli pacjenta lub opieka ukierunkowana na pacjenta). Zaangażowanie pacjenta może ponadto dotyczyć tak różnych aspektów opieki, jak proces podejmowania decyzji, samodzielne leczenie, samodzielne monitorowanie, edukacja pacjenta, wyznaczanie celów lub udział w procesie leczenia.<sup>3</sup> Zgodnie z definicją amerykańskiej National Library of Medicine zaangażowanie pacjenta jest „włączeniem go w proces podejmowania decyzji dotyczących spraw związanych ze zdrowiem” ([www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)). Koncentrując się na procesie podejmowania decyzji, pomija się jednak inne obszary związane z opieką, w których zaangażowanie pacjenta jest możliwe.<sup>4</sup> W niniejszym przeglądzie dokonaliśmy rozdziału pomiędzy zaangażowaniem w proces podejmowania decyzji i innymi obszarami opieki.

## Nowa rola pacjenta

Koncepcja zaangażowania pacjenta zakłada przededefiniowanie jego roli. W przeszłości w wielu kulturach relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym miały charakter paternalistyczny (tab. 1), a pacjent odgrywał rolę biernego obserwatora procesu leczenia.<sup>5</sup> We współczesnej definicji opieki zdrowotnej rola pacjenta jest kluczowa.<sup>5</sup> Motorem tej zmiany było m.in. humanistyczne przekonanie o tym, że każdy człowiek jest obdarzony wolną wola i ma prawo do samostanowienia.<sup>6</sup> Biorąc udział w procesie podejmowania decyzji, pacjent korzysta zatem ze swoich fundamentalnych praw. Kolejnym zjawiskiem, które przyczyniło się do zmodyfikowania roli pacjenta w procesie terapeutycznym, był konsumeryzm.<sup>7</sup> Uznano, że jak każdy inny konsument pacjent może wymagać świadczenia usług odpowiedniej jakości.<sup>4,8</sup> Stale oceniając jakość usług, a niekiedy zgłaszając niezadowolony z ich wykonania, pacjent-konsument może pomóc w optymalizacji systemu opieki zdrowotnej.<sup>9</sup> Ta nowa wizja roli pacjenta znalazła odzwierciedlenie w kilku oficjalnych dokumentach opracowanych przez organizacje lekarskie<sup>10,11</sup> i pielęgniarskie,<sup>12</sup> jak również w strategii polityki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych,<sup>13</sup> Australii,<sup>14</sup> Holandii<sup>15</sup> oraz Wielkiej Brytanii.<sup>16,17</sup> W opracowanych w 1997 r. Rekomendacjach wiedeńskich dla Szpitali Promujących Zdrowie WHO uznaje potrzebę promowania zaangażowanej postawy pacjenta w procesie podtrzymywania jego dobrostanu i zwiększania efektywności systemu opieki zdrowotnej.<sup>18</sup>

## Udział pacjenta w procesie podejmowania decyzji Czy pacjent chce się zaangażować?

Część pacjentów odmawia udziału w procesie podejmowania decyzji.<sup>19-21</sup> Dane na temat odsetka takich osób są różne. Z przeglądu

Tabela 4. Analiza kluczowych przyczyn błędów medycznych i potencjalnej roli pacjenta w zapobieganiu im			
Kluczowe przyczyny błędów medycznych	Możliwości zapobiegania błędów medycznym		Potencjalna rola pacjentów w zapobieganiu błędom medycznym
	Przez pacjentów działających indywidualnie	Przez grupy pacjentów i ekspertów	
Personel medyczny			
Niestaranność, uchybienia i błędy	X		
Gniew, lęk	X		
Zmęczenie	X		
Nieprzestrzeganie standardowych procedur operacyjnych	X		
Niedostateczne przeszkolenie	X	X	Wyedukowany pacjent może zapobiec wypadkom wynikającym z błędów personelu medycznego
Błędna interpretacja danych	X		Wyedukowany pacjent może pomóc w szkoleniu personelu medycznego
Błędna ocena ryzyka	X		
Zapominanie	X		
Brak motywacji	X		
Brak doświadczenia i działanie poza obszarem kompetencji	X	X	
Metoda			
Brak protokołów, standaryzacji i list kontrolnych		X	
Złożone zadania	X	X	
Błąd techniczny	X		
Przeciążenie pracą		X	Realizacja zadań technicznych, w szczególności złożonych, mogłaby być bezpieczniejsza dzięki przeszkoleniu pacjenta i zachęcenia go do udziału w procesie
Niewłaściwe przygotowanie	X		Wyedukowany pacjent może wykryć błędy w zakresie przygotowania, monitorowania i obserwacji
Niewłaściwe monitorowanie i nadzór po zabiegu	X		Grupy pacjentów mogą walczyć o skrócenie list osób oczekujących na świadczenia lub o opracowanie protokołów zwiększających bezpieczeństwo opieki
Stosowanie nieodpowiednich lub przestarzałych metod leczenia	X	X	
Możliwe do uniknięcia opóźnienie w podjęciu interwencji	X	X	
Przerwa w opiece	X		
Niewłaściwe zarządzanie dokumentacją	X	X	



Wyposażenie					
Zagubienie sprzętu	X				
Uszkodzony sprzęt lub materiały	X				
Zastosowanie niewłaściwego sprzętu	X				
Niejednorodność aparatury				X	Pacjenci mogą zgłosić brak aparatury, jej uszkodzenie lub niewłaściwy rodzaj Pacjenci zasiadający w komisjach do spraw bezpieczeństwa mogą rekomendować standaryzację wyposażenia oraz bardziej rygorystyczne zasady serwisowania
Niewłaściwy serwis				X	
Ocena					
Nieodpowiedni system raportowania błędów				X	
Niewystarczające dane				X	
Brak standardów w zakresie bezpieczeństwa pacjenta				X	Grupy pacjentów mogą postulować stworzenie lepszego systemu raportowania błędów, prowadzenie analiz porównawczych (benchmarking) i standaryzację procedur mających zapewnić bezpieczeństwo pacjentów
Brak benchmarkingu				X	
Otoczenie					
Nieodpowiednie rozwiązania architektoniczne w szpitalach				X	
Nieodpowiednie warunki w miejscu pracy				X	
Ograniczony dostęp personelu do pacjentów				X	
Brak ergonomii				X	
Hałas i inne zakłócenia			X	X	
Zarządzanie					
Przepracowanie personelu medycznego				X	
Obciążające psychicznie sytuacje				X	
Niedostateczna liczebność personelu				X	
Brak współpracy				X	
Złe grafiki pracy				X	
Nadgodziny				X	
Stawianie budżetu, polityki i planowania ponad bezpieczeństwem pacjenta				X	
Restrykcyjne budżetowe				X	
Kultura hierarchii i autorytetów				X	

Tabela 4. Analiza kluczowych przyczyn błędów medycznych i potencjalnej roli pacjenta w zapobieganiu im (cd.)		
Kluczowe przyczyny błędów medycznych	Możliwości zapobiegania błędów medycznym	
	Przez pacjentów działających indywidualnie	Przez grupy pacjentów i ekspertów
Polityka		
Brak analizy działań niepożądanych		X
Brak standardowych procedur operacyjnych		X
Brak odpowiedzialności		X
Nieaktualność standardowych procedur operacyjnych		X
Standardowe procedury operacyjne nieprzystające do praktyki		X
Niedostateczne regulacje i rozwiązania prawne		X
Pacjent		
Przekazywanie błędnych informacji	X	
Niestosowanie się do zaleceń	X	
Błąd	X	
Brak zaangażowania ze strony pacjenta	X	
Inne		
Brak ograniczeń lub nakazów		X
Brak dostępu do informacji o pacjencie lub późny dostęp	X	X
Nieznajomość charakterystyki pacjenta	X	
Brak procedur postępowania w obszarach, w których wystąpienie błędów jest prawdopodobne		X
Brak przypomnień	X	X
Potencjalna rola pacjentów w zapobieganiu błędom medycznym		

du piśmiennictwa wynika, że waha się on od 48% w grupie kobiet, u których rozpoznano raka piersi, do 80% w grupie pacjentów chorych na raka, którym zaproponowano eksperymentalną metodę leczenia.<sup>19</sup> W reprezentatywnej próbie amerykańskiej populacji 52% respondentów opowiedziało się za przekazaniem lekarzowi całej odpowiedzialności za podejmowane decyzje.<sup>20</sup> W innych badaniach zaobserwowano jednak wśród pacjentów znacznie większą potrzebę zaangażowania się. Wśród 824 pacjentów oczekujących na konsultację lekarza podstawowej opieki zdrowotnej 86% chciało uczestniczyć w wyborze sposobu leczenia oraz współpracować z lekarzem na zasadach partnerskich.<sup>22</sup> Z tej i innych prac wynika,<sup>23,24</sup> jak wiele czynników wpływa na to, czy pacjent chce uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji.

### Przeszkody na drodze do zwiększenia zaangażowania pacjenta

Jednymi z głównych przeszkód na drodze do zwiększenia zaangażowania pacjenta są, oprócz odrzucenia nowej roli, niska świadomość zdrowotna pacjentów i brak wiedzy związanej ze zdrowiem (tab. 2).<sup>4,25</sup> Pacjenci chętniej uczestniczą w podejmowaniu tych decyzji, które nie wiążą się z koniecznością posiadania wiedzy medycznej, niż tych, które wymagają specjalistycznej wiedzy.<sup>23</sup> Wiedza przekłada się na przekonanie o własnych możliwościach. Dobrze poinformowany pacjent chętniej uczestniczy w procesie podejmowania decyzji.<sup>33</sup> Badanie z randomizacją i grupą kontrolną wykazało, że zaangażowanie pacjentów w proces leczenia choroby wrzodowej zwiększa się już po 20-minutowej sesji edukacyjnej.<sup>26</sup> W jej trakcie pacjent zdobywał wiedzę niezbędną w procesie leczenia i był zachęcany do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji. Interwencja wiązała się również ze wzmocnieniem interakcji pacjent–lekarz oraz zmniejszeniem wpływu choroby na sprawność czynnościową pacjenta. Zaangażowanie pacjenta zależy od rodzaju podejmowanych decyzji. Pewne sytuacje (związane z koniecznością rozwiązania problemu<sup>35</sup>) nie sprzyjają temu zaangażowaniu, np. większość pacjentów pytanych, czy na kliszy rentgenowskiej widoczne jest złamanie kości, odmawia odpowiedzi, tłumacząc się brakiem kompetencji (lub brakiem woli zaangażowania się). Z kolei większość sytuacji związanych z podejmowaniem decyzji [w przeciwieństwie do sytuacji związanych z rozwiązywaniem konkretnego problemu – przyp. tłum.] wiąże się z koniecznością przeanalizowania subiektywnych korzyści („opłacalności” w języku ekonomii), jakie pacjent odnosi w związku z wyborem różnych opcji. Przykładem jest wybór pomiędzy mastektomią a chemioterapią w raku piersi. W takich sytuacjach udział pacjenta jest istotny. Pacjenci instynktownie odróżniają obie wymienione sytuacje i chętniej angażują się w te ostatnie, wymagające podjęcia decyzji.<sup>23</sup> Na chęć zaangażowania się pacjenta wpływa również ranga decyzji. Większość pacjentów wyraża chęć współuczestniczenia w podejmowaniu ważnych decyzji (np. czy poddać się operacji pomostowania aortalno-wieńcowego), a nie tych o mniejszym znaczeniu (np. zalecenie leżenia w łóżku).<sup>24</sup>

Choroba i jej powikłania mogą ograniczać zaangażowanie pacjenta. W badaniu, w którym oceniano zaangażowanie pacjentów

w proces podejmowania decyzji, pacjenci przyjmowali bierną postawę częściej niż osoby im towarzyszące.<sup>36</sup> W większości chorób<sup>20,37-40</sup> (ale nie we wszystkich<sup>24</sup>) chęć udziału pacjentów w podejmowaniu decyzji i w procesie terapeutycznym była odwrotnie proporcjonalna do ciężkości choroby.

Starsi pacjenci wykazują zwykle mniejsze zainteresowanie udziałem w procesie podejmowania decyzji,<sup>20,23,36,40-44</sup> niezależnie od stanu zdrowia. Z danych wynika jednak, że nawet osoba w podeszłym wieku może uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów związanych z jej zdrowiem.<sup>45</sup> Wyniki badań nad zależnością pomiędzy płcią a poziomem zaangażowania są sprzeczne. Z niektórych wynika, że zaangażowanie kobiet jest większe,<sup>20,36,40,57</sup> inne z kolei wskazują na brak różnic pod tym względem pomiędzy płciami.<sup>23,24,41</sup>

Jednym z czynników, który wpływa na zaangażowanie pacjenta, jest jego status socjoekonomiczny, a być może również poziom wykształcenia.<sup>20,23,40,41,44</sup> Nie we wszystkich badaniach udało się jednak wykazać tę zależność.<sup>36</sup> Z systematycznego przeglądu danych na temat korelacji pomiędzy statusem socjoekonomicznym a jakością komunikacji pacjent–lekarz<sup>46</sup> wynikało, że lekarze modyfikowali sposób zbierania wywiadu w zależności od pozycji społecznej i ekonomicznej pacjentów. Pacjenci o niskim statusie socjoekonomicznym byli podczas konsultacji zdominowani przez lekarzy, ponadto ich współpraca z lekarzem była słabsza, a relacja rzadko miała charakter partnerski. Często błędnie oceniano ich zapotrzebowanie na informacje i zdolność do uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji.

W badaniu z udziałem 2765 pacjentów Afroamerykanie i Latynosi słabiej dążyli do udziału w procesie podejmowania decyzji niż osoby rasy białej.<sup>20</sup> Zaobserwowano również, że pochodzenie etniczne ma wpływ na decyzje związane z podtrzymywaniem życia. Amerykanie pochodzenia koreańskiego i meksykańskiego zamiennie rzadziej wyrażali przekonanie o tym, że pacjent powinien podejmować decyzje dotyczące zastosowania technologii podtrzymujących życie, niż Amerykanie pochodzenia europejskiego i afrykańskiego (odpowiednio 28% i 41% w porównaniu z 60% i 65%).<sup>47</sup> Przyczyny tych rozbieżności nie zostały zdefiniowane, lecz mogą mieć związek z takimi czynnikami, jak język, wykształcenie, styl komunikacji i autonomia w sprawach związanych ze zdrowiem.<sup>42,48-50</sup> Pochodzenie wpływa też na postrzeganie przez pacjenta roli swojej rodziny w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia. Z badania przeprowadzonego wśród mieszkających w Los Angeles kobiet chorych na raka piersi wynikało, że rodzina miała wpływ na wybór ostatecznej metody leczenia u 49% słabiej zasymilowanych kobiet pochodzenia latynoskiego, u 18% kobiet pochodzenia latynoskiego, u których asymilacja była bardziej zaawansowana, i u <4% Afroamerykanów oraz osób rasy białej.<sup>58</sup> Kolejnymi grupami narodowościowymi, które chętnie pozwalały rodzinom decydować o swoim zdrowiu, byli Japończycy i Amerykanie pochodzenia japońskiego.<sup>59</sup> Większą chęć udziału w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem wykazywali pacjenci stosujący alternatywne metody leczenia,<sup>51,52</sup> choć wyniki badań w tym zakresie nie były jednoznaczne.<sup>53</sup>

## Czy pacjent ma wpływ na postawę personelu medycznego?

W badaniu obserwacyjnym, w którym analizowano 500 konsultacji realizowanych przez 45 lekarzy, prawdopodobieństwo przepisania nowego leku było 3-krotnie większe, gdy pacjent poprosił o receptę.<sup>60</sup> Osoby, które poprosiły o wystawienie skierowania na świadczenie specjalistyczne, otrzymywały je 4-krotnie częściej niż te, które takiego życzenia nie wyraziły. W badaniu z randomizacją, przeprowadzonym na grupie pacjentów z dużą depresją, receptę na lek przeciwdepresyjny otrzymało 76% osób, które o to poprosiły, i jedynie 31% osób, które nie wyraziły takiego życzenia.<sup>57</sup> 20% lekarzy położników wyrażających przekonanie, że nie powinno się rodzić przez cesarskie cięcie, jeśli nie ma do tego wskazań medycznych, niekiedy wykonywało tę operację u kobiet, które o to poprosiły.<sup>61</sup>

## Przeszkody na drodze do zwiększenia zaangażowania pacjenta związane z personelem medycznym

### Brak akceptacji nowej roli personelu medycznego

Przekonania, postawa i zachowanie personelu medycznego mogą mieć istotny wpływ na zaangażowanie pacjenta w rozwiązywanie problemów związanych ze zdrowiem (tab. 3). Jedną z głównych przeszkód jest niechęć przedstawicieli personelu medycznego do rezygnacji z tradycyjnej roli i dzielenia się władzą.<sup>3,33</sup> W badaniu przeprowadzonym w 1998 r. przez Hendersona<sup>33</sup> wiele pielęgniarek przyznało, że nie chce dzielić się prawem do decydowania. Zdaniem Hendersona władza pielęgniarek nad pacjentami jest niekiedy władzą absolutną, wykluczającą możliwość podejmowania przez tych ostatnich jakichkolwiek decyzji. Zwyczajowe postawy są główną przeszkodą w zwiększeniu zaangażowania pacjentów.<sup>62,80</sup> Kolejnym przykładem paternalizmu jest to, że znaczący odsetek studentów wydziałów pielęgniarskich nie uważa okłamywania pacjentów za zachowanie nieprofesjonalne.<sup>63</sup> Nawet lekarze, którzy nie są otwarcie niechętni koncepcji wzmocnienia udziału pacjenta,<sup>65,67</sup> w praktyce wykazują opór wynikający z obawy przed utratą władzy, kontroli lub autorytetu.<sup>44-46</sup>

### Ukryte sposoby zachowania kontroli

Personel medyczny stosuje różne metody pozwalające zachować kontrolę. Zadawanie zamkniętych pytań ogranicza możliwość dyskusji i powoduje uległość ze strony pacjenta.<sup>33</sup> Ograniczanie informacji przekazywanych pacjentowi narusza jego autonomię<sup>33</sup> i zmniejsza zaangażowanie.<sup>15</sup> Personel medyczny buduje przewagę nad pacjentem przez wzbudzanie i podtrzymywanie uczucia niepewności związanego z chorobą. Ilustracją tego zjawiska jest fragment pochodzący z wypełnionej przez lekarza ankiety: „Pacjenci nie wiedzą, co się dzieje. Medyczny punkt widzenia jest dla nich obcy. Dzięki temu możemy kontrolować proces i ułatwić sobie pracę”.<sup>33</sup> Pracownicy ochrony zdrowia mogą ponadto zniechęcać pacjentów do udziału w procesie podejmowania decyzji przez używanie autorytarnego języka, wydawanie kategorycznych poleceń (np. „powinien pan”, „konieczne jest”) i zwracanie się do pacjentów w sposób protekcyjny: „proszę być grzecznym”, „proszę współpracować” itd.<sup>81</sup>

## Pozostałe przeszkody

Kolejną wymienianą przez personel medyczny przeszkodą jest brak czasu.<sup>66-68</sup> Z niektórych prac wynika, że konsultacja medyczna, w trakcie której pacjent uczestniczy w podejmowaniu decyzji, trwa znamienne dłużej niż konwencjonalna wizyta,<sup>69</sup> jednak inne badania tego nie potwierdzają.<sup>15,26,70,71</sup> Pracownicy ochrony zdrowia mogą zależnie od sytuacji zmieniać zakres udziału pacjenta w procesie podejmowania decyzji. Lekarze chętniej zgadzają się na większe zaangażowanie pacjenta, jeśli jego wizyta dotyczy problemów psychospołecznych, a nie dolegliwości somatycznych.<sup>15</sup> Zaangażowanie pacjentów jest mniejsze wówczas, gdy decyzje dotyczą wyboru metody leczenia lub diagnostyki.<sup>15</sup> Na stosunek lekarza do opinii formułowanych przez pacjenta wpływają osobiste przekonania. W badaniu przeprowadzonym na grupie 600 położników poproszonych przez pacjentki o zlecenie planowego cesarskiego cięcia zgodzili się na nie niemal wszyscy lekarze, którzy uważali, że pacjentka ma prawo tego oczekiwać, i tylko jedna czwarta lekarzy przekonanych o tym, że pacjentka nie ma takiego prawa.<sup>61</sup>

W większości,<sup>60,69</sup> lecz nie we wszystkich badaniach,<sup>71</sup> lekarze pierwszego kontaktu chętniej pozwalali na udział pacjentów w podejmowaniu decyzji niż lekarze specjaliści. Kardiolodzy byli bardziej niechętni zaangażowaniu pacjentów niż lekarze innych specjalizacji.<sup>69</sup> Tendencja do zachęcania pacjenta do zaangażowania się była słabsza wśród lekarzy rasy innej niż biała, niezależnie od rodzaju specjalizacji i wielkości praktyki, którą prowadzą.<sup>69</sup> Płeć<sup>15,60,69</sup> i wiek lekarza<sup>15,60,61</sup> nie miały wpływu na analizowany parametr.

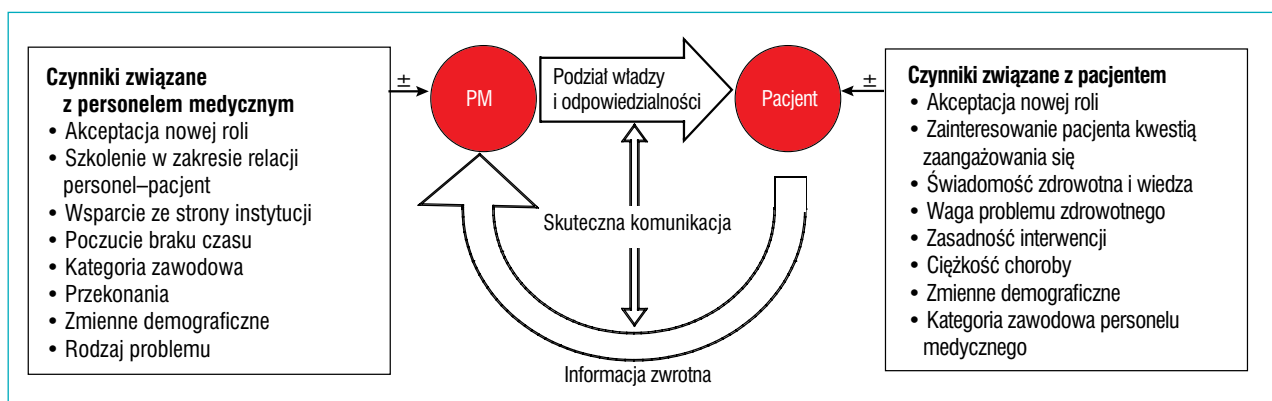
Relacje personel medyczny–pacjenci można poprawić, przeprowadzając wśród personelu szkolenia.<sup>72,73</sup> Dzięki nim poprawę stosunku do pacjentów uzyskano zarówno u studentów medycyny,<sup>74</sup> wyspecjalizowanych szkoleniowców,<sup>75</sup> jak i lekarzy, w tym lekarzy ogólnych,<sup>76</sup> ginekologów,<sup>70</sup> onkologów<sup>77</sup> i pediatrów.<sup>78</sup> Co więcej, korzyści ze szkolenia utrzymywały się nawet przez 10 lat.<sup>69,79</sup> W części badań nie udało się jednak wykazać powyższego efektu,<sup>82</sup> co prawdopodobnie wynikało z trudności w zmodyfikowaniu schematów komunikacji z pacjentem.

## Wpływ otoczenia na zaangażowanie pacjentów

Na niektóre przeszkody w zwiększaniu zaangażowania pacjentów nie mają wpływu ani pacjenci, ani personel medyczny. Oczekiwania pacjentów są odzwierciedleniem norm społecznych przyjętych w danym środowisku medycznym i tego, jakie postawy są w nim akceptowane.<sup>83</sup> Jeśli przyjęte normy narzucają pacjentowi bierną rolę w procesie, to znamienne odsetek pacjentów nie wyraża chęci zaangażowania się. Analogicznie, zaangażowanie pacjenta jest mało prawdopodobne, jeśli pracownicy ochrony zdrowia nie są owym udziałem zainteresowani. Zaangażowanie pacjenta jest więc odzwierciedleniem norm społecznych i zależy od jawnego wsparcia procesu.<sup>84,85</sup>

## Zaangażowanie pacjenta w proces leczenia chorób przewlekłych

Koncepcja zaangażowania pacjenta w rozwiązywanie problemów związanych z jego zdrowiem powstała w odpowiedzi na potrzebę



**Rycina 1.** Czynniki wpływające na zaangażowanie pacjentów w proces zapobiegania błędom  
PM – personel medyczny

optymalizacji procesu podejmowania decyzji. Z czasem jednak zaczęła obejmować także inne obszary opieki nad pacjentem, w szczególności leczenie chorób przewlekłych.<sup>4</sup> W metaanalizie, w której oceniano interwencje w ramach programów terapeutycznych u pacjentów z chorobami przewlekłymi, edukacja pacjentów oraz „przypomnienia” (podpowiedzi dla pacjentów dotyczące wykonania konkretnych zadań związanych z leczeniem) wiązały się ze znamiennej poprawą kontroli choroby.<sup>27</sup> Interwencje edukacyjne w zakresie samodzielnego leczenia astmy u dzieci przelożyły się na poprawę parametrów czynności płuc i znaczące zmniejszenie absencji w szkole.<sup>28</sup> U dorosłych pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 szkolenie wpłynęło na zmniejszenie stężenia glukozy we krwi na czczo, poziomu hemoglobiny glikowanej oraz zapotrzebowania na leki hipoglikemizujące.<sup>29</sup> W tym i innych badaniach<sup>30-32</sup> wykazano, że działania edukacyjne prowadzą do zwiększenia zaangażowania pacjentów w proces leczenia chorób przewlekłych i że przekłada się to na lepszą kontrolę choroby.

### Zaangażowanie pacjenta a zapobieganie błędom medycznym

Wykazano, że zaangażowanie pacjenta usprawnia proces podejmowania decyzji i poprawia wyniki leczenia chorób przewlekłych. Można więc przypuszczać, że wpływa również na zmniejszenie częstości błędów medycznych,<sup>4,73,86-90</sup> jednak taką zależność potwierdza znacząco mniej danych. Popularyzacja inicjatywy udziału pacjenta w procedurze zapobiegania błędom medycznym powinna być jednak poprzedzona wykazaniem zasadności tych dążeń. W innym przypadku mogłyby być one odbierane jako próba wzmocnienia kontroli nad pracownikami ochrony zdrowia lub obciążenia pacjenta odpowiedzialnością, której nie powinien ponosić.<sup>91</sup>

Zasadność naszego stanowiska potwierdzają dowody. Dekadę temu, po ujawnieniu przez media dwóch przypadków poważnych błędów medycznych, Dana-Farber Cancer Institute zrewidował swój program bezpieczeństwa pacjenta.<sup>92</sup> Jednym z rozwiązań jest zachęcanie pacjentów do zaangażowania się w proces podnoszenia jakości opieki poprzez udział w opracowywaniu programów edukacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia i w kształtowaniu

strategii organizacyjnej. Byli pacjenci są członkami komitetów do spraw jakości i bezpieczeństwa oraz biorą udział w przygotowywaniu kwartalnika dla pacjentów i ich rodzin. Uczą się, jak rozmawiać z pacjentami na temat ich odczuć związanych z bezpieczeństwem opieki. Od czasu wprowadzenia opisywanych zmian częstość błędów medycznych zmniejszyła się z 3,4 do 1,7 epizodów w przeliczeniu na 10 tys. dawek.<sup>92</sup> Choć wpływ pacjentów na zmniejszenie częstości błędów medycznych jest trudny do udowodnienia, powyższe doświadczenie wskazuje, że ich zaangażowanie może być istotne dla powodzenia procesu. Dowody na skuteczność tej interwencji są jednak sprzeczne, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia kolejnych badań.<sup>93-95</sup>

Większości błędów medycznych można zapobiec.<sup>96</sup> Ich przyczyną są takie czynniki, jak:<sup>89</sup> niedoskonałość procedur, zła technika, niewłaściwe warunki pracy, zawodny sprzęt i złe zarządzanie. Analiza przyczyn błędów medycznych ujawnia, że interwencja pacjenta jest w stanie zapobiec części z nich. Przykłady przedstawiono w tabeli 4. Co istotne, pacjenci mogą uczestniczyć w procesie prewencji błędów medycznych, działając indywidualnie, w grupie lub pełniąc funkcję ekspertów.

Pacjenci są gotowi do udziału w procesie zapobiegania błędom medycznym. Spośród 2078 respondentów 91% uważało, że ich zaangażowanie pozwoliłoby uniknąć błędów medycznych, do których dochodzi w szpitalach, a 98% było zdania, że szpitale powinny edukować pacjentów w tym zakresie.<sup>97</sup> Opinie różniły się w zależności od rodzaju błędu. O ile 84% respondentów nie wahałoby się poprosić pielęgniarkę o weryfikację danych osobowych, o tyle jedynie 45% odważyłoby się zwrócić uwagę personelowi na konieczność umycia rąk. Bardziej nowatorskie zachowania, takie jak kwestionowanie ocen lub działań personelu medycznego, mogą nie zyskać aprobaty społecznej.<sup>34</sup>

Nasze poglądy na temat roli pacjentów w procesie zapobiegania błędom pokrywają się z propozycjami WHO. Działające przy WHO stowarzyszenie World Alliance for Patient Safety dąży, za pośrednictwem ruchu Patients for Patients Safety, do zapewnienia pacjentom głównej roli w procesie zwiększenia bezpieczeństwa opieki.<sup>98</sup> Pacjenci zrzeszeni w tym ruchu wyrażają przekonanie, że uwzględnienie zdania pacjentów i ich rodzin jest niezbędnym



elementem zmian systemu opieki zdrowotnej zmierzających do zwiększenia bezpieczeństwa. W 2005 r., w trakcie pierwszego sympozjum dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów, lobbyści i pacjenci z 20 krajów, reprezentujący ponad 2000 organizacji, przyjęli deklarację zrywającą do zwiększenia udziału pacjentów w procesie poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej na świecie.<sup>98</sup> Z myślą o tym utworzono międzynarodową sieć pacjentów i konsumentów, której celem jest promowanie roli pacjentów i uczestniczenie w inicjatywach związanych z bezpieczeństwem przez lobbying i otwarty dialog. Opracowano strategię postępowania, w których uwidatniono konieczność współpracy z instytucjami państwa i pracownikami ochrony zdrowia.

## Higiena rąk

Najważniejszym zagadnieniem dotyczącym bezpieczeństwa pacjentów są zakażenia związane z opieką medyczną. Higiena rąk odgrywa główną rolę w zapobieganiu zakażeniom i ograniczaniu narastania oporności na leki przeciwbakteryjne.<sup>99-102</sup> Niestety, przeprowadzone w wielu krajach badania wykazały, że pielęgniarki i lekarze myją ręce dwukrotnie rzadziej niż powinni.<sup>2,99,199</sup> Używanie poprawy w tym zakresie stało się głównym celem pierwszego opracowanego przez WHO ogólnoswiatowego programu zwiększania bezpieczeństwa pacjentów Clean Care is Safer Care („Czysta opieka to bezpieczniejsza opieka”).<sup>2,103</sup> Opracowano nowe zalecenia dotyczące higieny rąk oraz strategię wdrażania tych zmian i modyfikacji zachowań personelu medycznego.<sup>100</sup> Trafność powyższych zaleceń i strategii jest obecnie poddawana weryfikacji zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się.<sup>103-105</sup>

Jednym z kluczowych elementów programu promującego higienę rąk jest zaangażowanie pacjentów. McGuckin i wsp.<sup>54-56</sup> byli jednymi z pierwszych, którzy zbadali potencjalny wpływ edukacji pacjentów na przestrzeganie zasady mycia rąk przez personel medyczny. Poinstruowanie pacjentów przyjmowanych do szpitala, żeby zwracali uwagę personelowi medycznemu na potrzebę mycia rąk, przełożyło się na wzrost zużycia mydła o 34-94%.<sup>54,56</sup> Z rozmów przeprowadzonych z pacjentami po wypisie ze szpitala wynikało, że 90-100% z nich<sup>54,55</sup> poprosiło pielęgniarkę, aby umyła ręce, a 31-35% z nich<sup>55,56</sup> poprosiło o to samo lekarza. Część pacjentów (nawet 60% uczestników jednego z badań<sup>55</sup>) odmówiła jednak udziału w programie. Mogło to wynikać z braku akceptacji pacjentów dla proponowanej im interwencji. Pomysł, aby pacjenci pytali pracowników medycznych, czy umyła ręce, był wśród pacjentów najmniej popularny i najrzadziej akceptowany spośród strategii mających na celu ograniczenie liczby błędów medycznych.<sup>34</sup>

W niedawno opublikowanym badaniu 80% Amerykanów wyraziło gotowość zwrócenia personelowi medycznemu uwagi na konieczność umycia rąk.<sup>106</sup> Dane te mogą być jednak przeszacowane, ponieważ odpowiedź respondentów w dużym stopniu zależy od sposobu sformułowania pytania. Ankieta prowadzona w ramach brytyjskiej ogólnokrajowej kampanii Clean Your Hands wykazała, że odsetek respondentów, którzy wypowiadali się za zaangażowaniem pacjenta, zmniejszył się z 71% do 38%, po tym jak

pytanie teoretyczne (np. „Czy pacjent powinien wesprzeć personel medyczny w procesie poprawy higieny rąk?”) zastąpiono konkretnym (np. „Co byś zrobił, gdybyś był przekonany, że pracownik medyczny nie umyła rąk?”).<sup>107</sup> Gotowość pacjenta do zwrócenia uwagi na higienę rąk warunkują te same czynniki, które odpowiadają za jego zaangażowanie się w proces podejmowania decyzji, np. ekstrawertyczna osobowość i młodszy wiek.<sup>108</sup> Jeszcze istotniejsze wydaje się przekonanie pacjenta, że prośba o to, aby zaangażował się w proces optymalizacji higieny, jest szczerą. Czynnikiem zwiększającym zaangażowanie pacjenta jest np. noszenie przez personel medyczny plakietek zachęcających do zadawania pytań.<sup>108</sup> Pomimo powtarzających się obserwacji, z których wynika, że lekarze częściej niż pielęgniarki nie przestrzegają higieny rąk,<sup>101,109,110</sup> pacjenci rzadziej zwracają im uwagę,<sup>54-56</sup> co może wynikać z niechęci do podważania autorytetu. Pacjenci mogą więc nie zdecydować się na zwrócenie personelowi medycznemu uwagi na konieczność umycia rąk pomimo silnej motywacji do uczestniczenia w procesie ograniczania częstości błędów medycznych i dowodów na skuteczność tej interwencji.

## Propozycja modelu zaangażowania pacjenta w proces podnoszenia bezpieczeństwa

Na podstawie przedstawionego wcześniej przeglądu czynników wpływających na zaangażowanie pacjenta w proces podejmowania decyzji i leczenie chorób przewlekłych opracowaliśmy zarys strategii zwiększania udziału pacjentów w procesie poprawy ich bezpieczeństwa (ryc. 1). Pierwszym i najważniejszym krokiem jest przekonanie do tej idei pracowników ochrony zdrowia, ponieważ ich wsparcie jest kluczowe dla powodzenia strategii. Może to wymagać przeprowadzenia kampanii edukacyjnej prowadzonej z udziałem pacjentów i ukierunkowanej na uświadomienie pracownikom ochrony zdrowia roli pacjenta i jego rodziny w procesie leczenia i zwiększenie ich otwartości na opinie pacjenta. W projekcie kampanii należy wziąć pod uwagę czynniki utrudniające personelowi medycznemu zwiększenie zaangażowania pacjenta, np. poczucie braku czasu i mała wiedza na temat relacji pacjent–opiekun. Powodzenie działań zmierzających do zaangażowania personelu powinno być sygnałem do wdrożenia programów edukacyjnych ukierunkowanych na pacjentów. Ich częścią powinno być przekonanie pacjentów o zasadności interwencji i o jej skuteczności. Wymaga to uwzględnienia w programie kampanii wielu czynników wpływających na decyzje pacjentów. Nie należy przy tym zapominać o czynnikach socjodemograficznych (np. wiek, pochodzenie etniczne, ciężkość choroby), które wywierają istotny wpływ na decyzje pacjentów. Po uzyskaniu wsparcia ze strony personelu i pacjentów możliwy jest pozytywny oddźwięk ze strony tych ostatnich. To z kolei może przełożyć się na poprawę bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

## Kierunki badań

Wiele aspektów procesu zaangażowania pacjenta nie było przedmiotem analizy. Dotyczy to w szczególności bezpieczeństwa pacjenta i zapobiegania błędom. Nie przeprowadzono badań anali-



zujących poglądy pracowników ochrony zdrowia na temat angażowania się pacjentów w podejmowanie decyzji. Należy ustalić granice odpowiedzialności personelu medycznego i pacjenta oraz optymalny model relacji pacjent–lekarz.<sup>5</sup> Niedostatek danych na temat następstw zwiększenia zaangażowania pacjentów w proces zapobiegania błędom medycznym oraz metodologiczne ograniczenia nielicznych badań poświęconych tej interwencji rzucają cień na jej skuteczność.<sup>111-113</sup> Przedmiotem analizy powinien być również udział rodzin pacjentów w procesie. Nie jest też znany potencjalny wpływ kampanii informacyjnej na satysfakcję pacjentów.

Uświadomienie pacjentom, że personel medyczny nie zawsze przestrzega zalecanych procedur, może wzbudzić u nich lęk i niekorzystnie wpłynąć na gotowość do zaangażowania się w strategię optymalizacji. Wpływ zaangażowania pacjentów na postawy personelu medycznego wciąż wymaga zdefiniowania. Nie jest znana np. efektywność zaangażowania się pacjenta w promocję mycia rąk w tych instytucjach, w których standardy higieny są wystarczająco wysokie. Personel nieprzestrzegający zasad higieny rąk może ponadto odmówić udziału w kampanii propagującej zwiększenie zaangażowania pacjenta. Nie wiadomo, jaki zakres wiedzy na temat znaczenia higieny rąk przekłada się na wzrost zaangażowania pacjenta. Zdefiniowania wymagają również mechanizmy leżące u podłoża potencjalnej zależności pomiędzy zaangażowaniem pacjenta a przestrzeganiem higieny rąk przez personel. Wydaje się jednak, że zorganizowanie kampanii zachęcającej pacjentów do zwracania uwagi personelowi medycznemu na higienę rąk mogłoby poprawić sytuację bez bezpośredniej interwencji. Inną korzyścią z takiej kampanii byłoby wywaranie na pracownikach ochrony zdrowia presji wynikającej ze świadomości bycia obserwowanym przez pacjenta i mobilizującej do właściwych zachowań. Bez odpowiedzi pozostają pytania o kształt kampanii promującej higienę rąk, w szczególności o optymalną atmosferę służącą współpracy pacjentów z pracownikami ochrony zdrowia. Konieczne jest ustalenie, czy organizowanie kampanii jest zasadne ekonomicznie i jakie znaczenie ma zaangażowanie w nią pacjentów. W opinii międzynarodowych ekspertów ta ostatnia koncepcja wydaje się bardzo obiecująca.<sup>97</sup>

## Ograniczenia

Dowody na poparcie koncepcji przedstawionych w niniejszym przeglądzie pochodzą w dużej mierze z badań bez grupy kontrolnej lub z badań obserwacyjnych. Tylko w nielicznych przypad-

kach jakość i wiarygodność dowodów są zadowalające. Niewielka liczba dobrej jakości badań poświęconych zaangażowaniu pacjentów w proces zapobiegania błędom zdecydowała o tym, że nie przeprowadzono systematycznego przeglądu. Niektóre badania mogły zostać pominięte. Narracyjny charakter artykułu sprzyjał lepszemu zilustrowaniu źródeł koncepcji zmierzającej do zwiększenia zaangażowania pacjenta i scharakteryzowaniu jej ewolucji, w tym roli w procesie poprawy bezpieczeństwa.<sup>114,115</sup> Ułatwiał przedstawienie związku pomiędzy zaangażowaniem pacjenta w proces podejmowania decyzji a zapobieganiem błędom medycznym oraz umożliwiał ustalenie przeszkód we wdrożeniu tej koncepcji.

## Wnioski

Z niniejszego przeglądu wynika, że zwiększenie zaangażowania pacjenta może mieć korzystny wpływ na proces podejmowania decyzji i jakość opieki w chorobach przewlekłych. Na skuteczność i możliwość wdrożenia tej strategii wpływa wiele czynników związanych zarówno z pacjentem, jak i z personelem medycznym. Perspektywy wykorzystania omawianej strategii w procesie zapobiegania błędom medycznym i optymalizacji postaw personelu są obiecujące i zasługują na dalsze badania. Trudno nie dostrzec jednak kilku potencjalnych barier związanych z pacjentami, personelem medycznym i ośrodkami opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę kontrowersje, jakie budzi omawiane zagadnienie, warunkiem rozwiania najważniejszych wątpliwości będzie przeprowadzenie dokładnych badań.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom Infection Control Program w szpitalach uniwersyteckich w Genewie, w szczególności Rosemary Sudan za wsparcie eksperckie w pracach redakcyjnych oraz członkom grupy WHO Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care Johnowi Boyce'owi, MD; Barry'emu Cooksonowi, BDS, MBBS; Nizamowi Damani, MD; Donowi Goldmannowi, MD; Lindsay Grayson, MD; Elaine Larson, RN, PhD; Geecie Mehcie, MD; Ziadowi Memishowi, MD; Hervému Richetowi, MD; Manfredowi Rotterowi, MD; Syedowi Sattarowi, PhD; Hugonowi Saxowi, MD; Wing Hong Setowi, MD; Andreasowi Vossowi, MD i Andreasowi Widmerowi, MD. Wymienieni dziękują członkom grupy roboczej WHO Task Force on Patients for Patient Safety za ich udział w dyskusji poświęconej temu zagadnieniu. Szczególne podziękowania kierują do Benedetty Allegranzi, MD, Marianne McGuckin, DrScED i Julie Storr, MBA.

Adres do korespondencji: Didier Pittet, MD, MS, Director, Infection Control Program, University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, 4 Rue Gabrielle-Perret Gentil, 1211 Geneva 14, Switzerland (didier.pittet@hcuge.ch)

Translated and reproduced with permission from Mayo Clinic Proceedings.

### Piśmiennictwo:

1. Kennedy JF. Special message to the Congress on protecting the consumer interest. In: Public Papers of the Presidents of the United States. March 15, 1962. Washington, DC: US Government Printing Office; 1962:93:236. [http://www.jfklink.com/speeches/jfk/publicpapers/1962/jfk93\\_62.html](http://www.jfklink.com/speeches/jfk/publicpapers/1962/jfk93_62.html). Accessed July 1, 2009.
2. World Health Organisation. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2005:1-25. [http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf). Accessed July 1, 2009.
3. Cahill J. Patient participation – a review of the literature. J Clin Nurs. 1998;7(2):119-128.
4. Coulter A, Ellins J. Patient-Focused Interventions: A Review of the Evidence. London, England: The Health Foundation and Picker Institute Europe; 2006:7-20.
5. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226.
6. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994;309(6948):184-188.
7. Kizer KW. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. JAMA. 2001;286(10):1213-1217.
8. Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. Consumer bill of rights and responsibilities: executive summary. Published November 1997. Revised July 17, 1998. Washington, DC; 1997. <http://www.hcqualitycommission.gov/cborr/>. Accessed July 1, 2009.
9. Will consumerism lead to better health [editorial]? Lancet. 2005;366(9483):343.
10. ACOG Committee on Quality Improvement and Patient Safety. ACOG Committee Opinion #320: partnering with patients to improve safety. Obstet Gynecol. 2005;106(5, pt 1):1123-1125.
11. General Medical Council. Good medical practice: the duties of a doctor registered with the General Medical Council. London, England: General Medical Council; 2006. [http://www.gmcuk.org/guidance/good\\_medical\\_practice/GMC\\_GMP.pdf](http://www.gmcuk.org/guidance/good_medical_practice/GMC_GMP.pdf). Accessed July 1, 2009.
12. Nursing and Midwifery Council. The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics: protecting the public through professional standards.



- London: Nursing and Midwifery Council; 2004. <http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?DocumentID=338>. Accessed July 1, 2009.
13. Patient Self-Determination Act, 42 USC §§1395cc. 1396a (1994).
  14. State of Queensland. Queensland Health Public Patient's Charter. Brisbane, Queensland, Australia: Queensland Health; 2002. <http://www.health.qld.gov.au/qhppc/docs/booklet.pdf>. Accessed July 1, 2009, patient participation
  15. van den Brink-Muinen A, van Dulmen SM, de Haes HC, Visser AP, Schellevis FG, Bensing JM. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect*. 2006;9(4):333-342.
  16. Department of Health. The Patient's Charter. London, England: Her Majesty's Stationery Office; 1991.
  17. Department of Health. Patient and Public Involvement in the New NHS. London, England: The Stationery Office; 1999. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Letter-andCirculars/HealthserviceCirculars /DH\\_4004176](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Letter-andCirculars/HealthserviceCirculars /DH_4004176). Accessed July 1, 2009.
  18. National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1997. <http://www.euro.who.int/document/I/HB/nphviennarecom.pdf>. Accessed April 1, 2009.
  19. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998;47(3):329-339.
  20. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005;20(6):531-535.
  21. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*. 1984;252(21):2990-2994.
  22. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468-472.
  23. Thompson SC, Pitts JS, Schwankovsky L. Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences. *Patient Educ Couns*. 1993;22(3):133-140.
  24. Mansell D, Poses RM, Kazis L, Duefield CA. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med*. 2000;160(19):2991-2996.
  25. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med*. 2007 Jun;22(6):782-786. Epub 2007 Apr 12.
  26. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 1985;102(4):520-528.
  27. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325(7370):925.
  28. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326(7402):1308-1309.
  29. Deakin T, McShane CE, Cade JE Jr, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003417.
  30. Fitzmaurice DA, Murray ET, McCahon D, et al. Self management of oral anticoagulation: randomised trial [published correction appears in *BMJ*. 2005;331(7528):1330]. *BMJ*. 2005 Nov;331(7524):1057. Epub 2005 Oct 10.
  31. Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ*. 2001;323(7311):493-496.
  32. Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ*. 2001;323(7311):490-493.
  33. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs*. 2003;12(4):501-508.
  34. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev*. 2005;62(5):601-616.
  35. Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expect*. 2004;7(4):317-326.
  36. Stiggelbout AM, Kiebert GM. A role for the sick role: patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *CMAJ*. 1997;157(4):383-389.
  37. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care*. 2000;38(3):335-341.
  38. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract*. 2004 Mar; 5:1.
  39. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med*. 1989;4(1):23-30.
  40. Gaston CM, Mitchell G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2005; 61(10):2252-2264.
  41. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? a cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 2000; 321(7265):867-871.
  42. Rosén F, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*. 2001;55(2):121-128.
  43. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*. 1980;92(6):832-836.
  44. Rothenbacher D, Lutz MP, Porzolt F. Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *Eur J Cancer*. 1997;33(8):1184-1189.
  45. Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD004273.
  46. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseeneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):139-146.
  47. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA*. 1995;274(10):820-825.
  48. Gordon HS, Street RL Jr, Sharf BF, Soucek J. Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer*. 2006;107(6):1313-1320.
  49. van Ryn M, Burgess D, Malat J, Griffin J. Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *Am J Public Health*. 2006 Feb;96(2):351-357. Epub 2005 Dec 27.
  50. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA*. 1999;282(6):583-589.
  51. Vincent C, Furnham A. Complementary medicine: state of the evidence. *J R Soc Med*. 1999;92(4):170-177.
  52. Montbriand MJ. Freedom of choice: an issue concerning alternate therapies chosen by patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1993;20(8):1195-1201.
  53. Boon H, Westlake K, Deber R, Moineddin R. Problem-solving and decision-making preferences: no difference between complementary and alternative medicine users and non-users. *Complement Ther Med*. 2005;13(3):213-216.
  54. McGuckin M, Waterman R, Porten L, et al. Patient education model for increasing handwashing compliance. *Am J Infect Control*. 1999;27(4):309-314.
  55. McGuckin M, Waterman R, Storr IJ, et al. Evaluation of a patientempowering hand hygiene programme in the UK. *J Hosp Infect*. 2001;48(3):222-227.
  56. McGuckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control*. 2004;32(4):235-238.
  57. Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, et al. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial [published correction appears in *JAMA*. 2005;294(19):2436]. *JAMA*. 2005;293(16):1995-2002.
  58. Maly RC, Umezawa Y, Ratliff CT, Leake B. Racial/ethnic group differences in treatment decision-making and treatment received among older breast carcinoma patients. *Cancer*. 2006;106(4):957-965.
  59. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives." *JAMA*. 2001;286(23):2993-3001.
  60. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Kelly-Reif S, Krupat E, Thom DH. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? *Arch Intern Med*. 2003;163(14):1673-1681.
  61. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):57-66.
  62. Hewison A. Nurses' power in interactions with patients. *J Adv Nurs*. 1995;21(1):75-82.
  63. Johnson M, Haigh C, Yates-Bolton N. Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two-decade replication study. *J Adv Nurs*. 2007;57(4):366-374.
  64. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med*. 1980;93(5):718-722.
  65. O'Flynn N, Britten N. Does the achievement of medical identity limit the ability of primary care practitioners to be patient-centred? a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2006 Jan;60(1):49-56. Epub 2005 Jan 19, patient participation
  66. Ford S, Schofield T, Hope T. Barriers to the evidence-based patient choice (EBPC) consultation. *Patient Educ Couns*. 2002;47(2):179-185.
  67. Stevenson FA. General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient Educ Couns*. 2003;50(3):291-293.
  68. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns*. 2005;57(2):153-157.
  69. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 1996;124(5):497-504.
  70. van Dulmen AM, van Weert JC. Effects of gynaecological education on interpersonal communication skills. *BJOG*. 2001;108(5):485-491.
  71. Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA*. 1999;282(24):2313-2320.
  72. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003267.
  73. Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *JAMA*. 2006;296(23):2848-2851.
  74. Anderson RM, Donnelly MB, Gorenflo DW, Funnell MM, Sheets KJ. Influencing the attitudes of medical students toward diabetes: results of a controlled study. *Diabetes Care*. 1993;16(2):503-505.

75. Anderson RM, Funnell MM, Barr PA, Dedrick RF, Davis WK. Learning to empower patients: results of professional education program for diabetes [published correction appears in *Diabetes Care*. 1991;14(10):933]. *Diabetes Care*. 1991;14(7):584-590.
76. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995;155(17):1877-1884.
77. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003751.
78. van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr*. 2000;159(7):489-495.
79. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors, I: benefits of feedback training in interviewing as students persist [published correction appears in *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6538):26]. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6535):1573-1576.
80. Saunders P. Encouraging patients to take part in their own care. *Nurs Times*. 1995;91(9):42-43.
81. Moore KN. Compliance or collaboration? the meaning for the patient. *Nurs Ethics*. 1995;2(1):71-77.
82. Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect*. 2006;9(4):321-332.
83. Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *J Gen Intern Med*. 2006;21(4):298-303.
84. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. *JAMA*. 1996;275(11):887-891.
85. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C; Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278(6):502-509.
86. Howe A. Can the patient be on our team? an operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. *J Interprof Care*. 2006;20(5):527-534.
87. Awé C, Lin SJ. A patient empowerment model to prevent medication errors. *J Med Syst*. 2003;27(6):503-517.
88. Shaw JM, Letts M, Dickinson D. Adverse events reporting in English hospital statistics: patients should be involved as partners [letter]. *BMJ*. 2004;329(7470):857.
89. Institute of Medicine, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
90. The Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine, Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR, eds. *Preventing Medication Errors*. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
91. Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31(9):483-494.
92. Conway J, Nathan D, Benz E, et al. Key Learning from the Dana-Farber Cancer Institute's 10-year patient safety journey. In: *American Society of Clinical Oncology 2006 Educational Book*. 42nd Annual Meeting, June 2-6, 2006. Atlanta, GA: 2006:615-619.
93. DiGiovanni CW, Kang L, Manuel J. Patient compliance in avoiding wrong-site surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85-A(5):815-819.
94. Weingart SN, Toth M, Eneman J, et al. Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. *Int J Qual Health Care*. 2004;16(6):499-507.
95. Møller T, Borregaard N, Tvede M, Adamsen L. Patient education – a strategy for prevention of infections caused by permanent central venous catheters in patients with haematological malignancies: a randomized clinical trial. *J Hosp Infect*. 2005 Dec;61(4):330-341. Epub 2005 Jul 6.
96. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-384.
97. Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *J Gen Intern Med*. 2006;21(4):367-370.
98. World Health Organisation. *London Declaration: Patients for Patient Safety*. Published March 29, 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/London\\_Declaration\\_EN.pdf](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf). Accessed July 15.
99. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital: infection control program. *Ann Intern Med*. 1999;130(2):126-130.
100. World Health Organisation. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2009. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf). Accessed July 15, 2009.
101. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospitalwide programme to improve compliance with hand hygiene: infection control programme [published correction appears in *Lancet*. 2000;356(9248):2196]. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-1312.
102. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect*. 2007 Sep;67(1):9-21. Epub 2007 Aug 27.
103. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005;366(9493):1246-1247.
104. Allegranzi B, Pittet D. Healthcare-associated infection in developing countries: simple solutions to meet complex challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007 Dec;28(12):1323-1327. Epub 2007 Oct 22.
105. Pittet D, Donaldson L. Challenging the world: patient safety and health care-associated infection. *Int J Qual Health Care*. 2006 Feb;18(1):4-8. Epub 2006 Jan 5.
106. McGuckin M, Waterman R, Shubin A. Consumer attitudes about health care-acquired infections and hand hygiene. *Am J Med Qual*. 2006;21(5):342-346.
107. National Patient Safety Agency. *Achieving Our Aims: Evaluating the Results of the Pilot CleanYourHands Campaign*. London, England: NPSA;2004.
108. Duncanson V, Pearson LS. A study of the factors affecting the likelihood of patients participating in a campaign to improve staff hand hygiene. *Br J Infect Control*. 2005;6(4):26-30.
109. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med*. 2004;141(1):1-8.
110. Larson E, Killien M. Factors influencing handwashing behavior of patient care personnel. *Am J Infect Control*. 1982;10(3):93-99.
111. Gould DJ, Hewitt-Taylor J, Drey NS, Gammon J, Chudleigh J, Weinberg JR. The CleanYourHands Campaign: critiquing policy and evidence base. *J Hosp Infect*. 2007 Feb;65(2):95-101. Epub 2006 Dec 14.
112. Pearson L. Gimmicks are not the way to combat infection. *Nursing Times.net* Web site. Published December 20, 2006. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/comment-gimmicks-are-not-the-way-to-combat-infection/201637.article>. Accessed July 15, 2009.
113. Lyons M. Should patients have a role in patient safety? a safety engineering view. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(2):140-142.
114. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*. 1997;126(5):376-380.
115. Reviews: making sense of an often tangled skein of evidence [editorial]. *Ann Intern Med*. 2005;142(12, pt 1):1019-1020.