

Lucyna Ścisło¹, Iwona Bodys-Cupak², Maria Kózka¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa

Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej

Patient-centered care – analysis of the model and results of implementation in to the health care system

STRESZCZENIE

Model opieki skoncentrowanej na pacjencie – PCC (*Patient-Centered Care*) w wielu krajach został uznany za standardowe podejście w opiece zdrowotnej w celu poprawy jej jakości. Istotą PCC jest respektowanie wartości, doświadczeń, potrzeb i preferencji pacjenta w planowaniu, koordynowaniu i świadczeniu opieki. Centralnym elementem tego modelu jest relacja terapeutyczna między pacjentem a osobami świadczącymi opiekę zdrowotną. Liczne badania wykazały, że wdrożenie PCC do praktyki przyczynia się do poprawy wyników opieki, lepszego wykorzystania zasobów, obniżenia kosztów i zwiększenia zadowolenia pacjentów z opieki. Celem tego artykułu jest zaprezentowanie założeń modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, korzyści i barier we wdrażaniu do systemu opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: opieka skoncentrowana na pacjencie, pielęgniarka/lekarz, pacjent

ABSTRACT

The Patient-Centered Care (PCC) model has been recognised in many countries as a standard approach in healthcare to improve its quality. The essence of PCC is to respect the values, experiences, needs and preferences of the patient in planning, coordinating and providing care. Therapeutic relationship between the patient and the healthcare providers is at the core of this model. Numerous studies have shown that implementing PCC into the practice contributes to improved care results, better use of resources, lower costs and increased satisfaction of patients

Adres do korespondencji / Address for correspondence: maria.kozka@uj.edu.pl

ORCID: Lucyna Ścisło – 0000-0002-0237-7974; Iwona Bodys-Cupak – 0000-0002-8445-4442;

Maria Kózka – 0000-0002-5165-6929

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

with healthcare. The aim of this article is to present the assumptions of the patient-centered care model as well as the benefits and barriers in implementing this model into the health care system.

Keywords: patient-centered care, nursing/physician, patient

WPROWADZENIE

Pierwsze doniesienia o modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie – PCC (*Patient-Centered Care*) pojawiły się w piśmiennictwie naukowym w latach 50. ubiegłego wieku i stały się powszechne pod koniec lat 90. (Jayadevappa, Chatre, 2011; Park *et al.*, 2018). Przyczyną zainteresowania było poszukiwanie w systemie opieki zdrowotnej sposobów na poprawę jakości opieki, odejście od modelu biomedycznego w kierunku współpracy i wzmocnienia podejścia holistycznego (McCance *et al.*, 2011; Beaulieu, 2013; Scholl *et al.*, 2014; Bassuk *et al.*, 2017). Potwierdzeniem braku zadowolenia z jakości opieki był raport Instytutu Medycyny USA z roku 2001, w którym uznano, że opieka zdrowotna jest fragmentaryczna, bezosobowa, skoncentrowana na standaryzacji świadczonych usług, a nie na pacjencie (Institute of Medicine, 2001).

Według Lauer *et al.* (2002) model PCC ma swój początek w rozwoju pielęgniarstwa zawodowego wyodrębnionego z medycyny przez Florence Nightingale, która skupiała opiekę pielęgniarską na pacjencie, a nie na jego chorobie. W późniejszych jednak latach opieka zdrowotna była skoncentrowana na biomedycznym modelu i w praktyce nie skupiano się na pacjencie. Dopiero prace Carla Rogersa, amerykańskiego psychologa i psychoterapeuty, przyczyniły się do rozwoju pielęgniarstwa zawodowego. Carl Rogers wprowadził do piśmiennictwa pojęcie *koncentracja opieki na osobie*, przyjmując, że każdy człowiek posiada określone zasoby, z których może czerpać siłę i sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Autor na podstawie obserwacji i badań twierdził, że każda jednostka w dzieciństwie rozwija obraz siebie na podstawie interakcji z osobami ważnymi – nazwał to bezwarunkowym pozytywnym szacunkiem. Uznał, że człowiek jest wyposażony w pewien poziom samorealizacji, który podlega rozwojowi, i poprzez postrzeganie własnych zasobów może zapewnić sobie sposób radzenia w sytuacjach trudnych/problemowych,

pod warunkiem że ma sprzyjające środowisko. Rogers (1989) zidentyfikował trzy warunki pomysłnego rozwoju samorealizacji: autentyczność, empatię i szacunek. W PCC te właśnie aspekty są istotne w jej skutecznym wdrażaniu (McCormack *et al.*, 2011; Beaulieu, 2013; Bassuk *et al.*, 2017).

CEL PRACY

Celem pracy jest przybliżenie założeń modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, a także przedstawienie korzyści i barier we wprowadzaniu tego modelu do systemu opieki zdrowotnej.

DEFINICJE PCC

W ostatnich latach model PCC został uznany na całym świecie za wymiar szerokiego pojęcia dobrej jakości opieki zdrowotnej, którą zdefiniowano jako: bezpieczną, efektywną, terminową, wydajną i sprawiedliwą (Institute of Medicine, 2001). W opinii wielu autorów model PCC ma charakter wielowymiarowy, czego rezultatem są liczne jego definicje (Lauer *et al.*, 2002; Mead, Bower, 2002; McCance *et al.*, 2011; Smith-Stoner, 2011; Luck, Fater, 2013; Rather *et al.*, 2013; Gluyas 2015).

Pomimo że prezentowane w piśmiennictwie definicje PCC różnią się w zależności od kontekstów opieki (opieka szpitalna – *opieka skoncentrowana na pacjencie* / opieka domowa – *opieka skoncentrowana na osobie*), uwzględniają podejście holistyczne lub biospołeczne, koncentrują się na zindywidualizowanych potrzebach i preferencjach pacjenta, współpracy i sojuszu terapeutycznym oraz na wspólnej odpowiedzialności pacjenta i świadczeniodawców za opiekę (Scholl *et al.*, 2014; Marchand *et al.*, 2018).

Obecnie powszechna stała się definicja PCC Gluyasa (2015) zakładająca, że jest to model, który szanuje doświadczenie, wartości, potrzeby i preferencje pacjenta w planowaniu, koordynowaniu i świadczeniu opieki. Powodem szerokiego

i wieloaspektowego definiowania PCC może być potrzeba poszukiwania w systemie opieki zdrowotnej sposobów na poprawę jakości opieki, odejście od biomedycznego modelu opieki i skupienie się na współpracy, relacjach i opiece holistycznej (McCance *et al.*, 2011; den Boer *et al.*, 2017).

Jedni autorzy podkreślają, że wielowymiarowość modelu stwarza trudności we wdrażaniu do praktyki oraz oceny jego skuteczności (McCance *et al.*, 2011; Rangachari *et al.*, 2011; Small, Small 2011; Luck, Fater, 2013). Inni natomiast zwracają uwagę, że pomimo pewnych ograniczeń jego istotą jest zaangażowanie i zadowolenie pacjenta z opieki, dobre samopoczucie i tworzenie środowiska terapeutycznego (Mead, Bower 2002; Cronin-Waelde, Sbardella, 2013; Frank 2013; Scholl *et al.*, 2014).

OBSZARY I WYMIARY PCC

Model PCC składa się z kilku obszarów (obszar dostawców opieki, np. lekarz/pielęgniarka, obszar pacjenta, obszar kosztów opieki) i poziomów opieki (poziom doświadczeń pacjenta, poziom mikrosystemu klinicznego, poziom organizacyjny i środowiska), które mają wpływ na wybór leczenia, proces opieki i wyniki (Jayadevappa, Chatre, 2011; Rather *et al.*, 2013). Dostawcy opieki powinni mieć świadomość, że pacjenci różnią się pod względem wieku, pochodzenia społecznego, wykształcenia, doświadczenia i zakresu, w jakim chcą uczestniczyć w podejmowaniu decyzji związanych z opieką. Uwzględniając tę różnicę, należy wskazać, że rolą lekarza/pielęgniarki jest rozpoznanie sytuacji pacjenta, wdrożenie działań informacyjnych i edukacyjnych, które zmotywują go do aktywnego udziału w opiece (Jayadevappa, Chatre, 2011; Rather *et al.*, 2013). Przyjmuje się, że pozytywne doświadczenia umożliwiają pacjentowi aktywny udział w opiece, pod warunkiem zapewnienia mu autonomii, szacunku, informacji oraz wsparcia (Scholl *et al.*, 2014; den Boer *et al.*, 2017; Santana *et al.*, 2018). Pacjent i jego rodzina powinni uczestniczyć w planowaniu i realizacji opieki oraz mieć możliwość dokonywania w niej zmian (poziom mikrosystemu klinicznego), brać również udział w projektowaniu zmian zmierzających do

poprawy jakości opieki, zgłaszania programów edukacji pacjenta oraz uczestniczyć w badaniach naukowych prowadzonych w jednostce (poziom organizacyjny). Ponadto powinni być zaangażowani w podejmowanie decyzji w zakresie polityki zdrowotnej poprzez zgłaszanie opinii i uwag na poziomie lokalnym, wojewódzkim i krajowym (poziom środowiska) (Santana *et al.*, 2018).

Pacjent w modelu PCC świadomie podejmuje decyzje w zakresie opieki, pod warunkiem że:

- rozumie ryzyko powstania choroby, której można zapobiec;
- rozumie istotę choroby, której skutki można zminimalizować;
- rozumie konieczność podejmowanych działań i ich korzyści, zagrożenia i alternatywy;
- dostrzega potencjalne korzyści związane z leczeniem;
- jest zainteresowany udziałem w opiece (McCormarck, 2011; Scholl *et al.*, 2014).

Analiza piśmiennictwa wykazała, że w ramach PCC autorzy wyodrębniają różne wymiary opieki, na przykład Mead i Bower (2002) uwzględniają pięć kluczowych wymiarów, Ouwens (2010) osiem wymiarów, Epstein *et al.* (2005) koncentrują się na komunikacji, wyodrębniając cztery wymiary, a Scholl *et al.* (2014) 15 wymiarów. Najbardziej powszechny stał się model PCC oparty na badaniach przeprowadzonych w 1993 roku przez Picker Institute Europe¹ i Harvard School of Medicine. W badaniach wykorzystano grupy fokusowe, które tworzyli: lekarze, pielęgniarki i inny personel medyczny zapewniający opiekę nad pacjentem, pacjenci wypisywani ze szpitala i ich rodziny. Badania wykazały, że istnieją pewne praktyki, sprzyjające pozytywnemu doświadczeniu pacjentów ze świadczonej opieki, tworzące zasady opieki zorientowanej na pacjencie. W badaniu zidentyfikowano osiem wymiarów opieki skoncentrowanej na pacjencie (Gerteis *et al.*, 1993):

1. Respektowanie preferencji pacjenta. Wymiar ten podkreśla znaczenie autonomii każdego

¹ Picker Institute Europe jest czołową międzynarodową organizacją charytatywną zajmującą się opieką zdrowotną, która prowadzi badania w celu zrozumienia potrzeb poszczególnych osób i ich doświadczeń związanych z opieką.

pacjenta rozumianej jako swoboda do decydowania o wykonywaniu badań, zabiegów, sposobie leczenia i pielęgnowania oraz wyboru świadczeniodawców. Obejmuje również respektowanie indywidualnych potrzeb pacjenta, preferencji, wartości, uczuć, przekonań, obaw i oczekiwań, a także ocenę jego doświadczeń z opieki i wpływu choroby na funkcjonowanie w życiu codziennym. Wymiar ten wiąże się z indywidualnym podejściem i zapewnieniem opieki dostosowanej do konkretnego pacjenta.

2. Koordynacja i integracja opieki. Wymiar ten obejmuje opiekę realizowaną przez różnych świadczeniodawców w poszczególnych miejscach. Koordynacja opieki odzwierciedla współpracę między świadczeniodawcami a poziomami systemu ochrony zdrowia i zapewnia optymalizację decyzji medycznych w ich merytorycznym i finansowym aspekcie. Z punktu widzenia pacjenta rozumiana jest jako działanie pracowników opieki zdrowotnej polegające na pomocy, doradztwie i odgrywaniu roli przewodnika po skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej. Koordynacja i integracja opieki ma na celu złagodzenie poczucia bezradności i bezsilności towarzyszące pacjentowi i jego rodzinie w chorobie.

3. Zaangażowanie rodziny i osób znaczących. Istotnym elementem opieki nad pacjentem i nabywanie przez niego pozytywnych doświadczeń jest zaangażowanie rodziny i osób znaczących. Aby rodzina i osoby znaczące mogły się zaangażować w opiekę, muszą mieć zapewnione określone warunki, do których zaliczono między innymi: rozpoznanie potrzeb, udzielenie wsparcia i przygotowanie do opieki (informacje i edukacja). Rodzina przeżywa również sytuacje trudne w związku z chorobą jej członka, ma wiele obaw, a nie ma wiedzy i umiejętności w zapewnieniu opieki. Włączenie rodziny i osób znaczących do opieki musi wynikać z oczekiwań i zgody samego pacjenta.

4. Informacja i edukacja. Informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia i planowanych działaniach jest podstawą współpracy w procesie opieki i daje możliwość podejmowania przez niego samoopieki. W opiece nad pacjentem pielęgniarki/lekarze powinni skupić się na trzech rodzajach przekazywanych informacji, to jest o stanie zdrowia, rokowaniu oraz o procesie

opieki. Przekazane informacje dostosowane do potrzeb i indywidualnych możliwości pacjenta ułatwiają mu samodzielność, samoopiekę i promowanie zdrowia. Wymiar ten podkreśla znaczenie wzajemnego dzielenia się wiedzą i informacjami między lekarzem/pielęgniarką a pacjentem. Informacje powinny być dostosowane do potrzeb i oczekiwań pacjenta i dotyczyć wszystkich aspektów opieki, od profilaktyki po leczenie, a także informacji o tym, jak uzyskać dostęp do wsparcia medycznego, psychospołecznego, fizycznego i finansowego.

5. Zapewnienie komfortu. W zapewnieniu pacjentowi komfortu fizycznego trzy obszary są ważne: leczenie bólu, pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz zapewnienie otoczenia i środowiska opieki.

6. Wsparcie emocjonalne. W tym wymiarze działania skierowane powinny być na złagodzenie u pacjenta lęku, strachu i niepokoju związanych z chorobą i jej skutkami. Ważne jest również nauczenie chorego radzenia sobie z niepewnością i emocjami, a czasami skierowanie do psychologa, psychoterapeuty lub włączenie leków w celu poprawy samopoczucia.

7. Ciągłość opieki po wypisie. Ważnym elementem zgłaszanym przez pacjentów jest ciągłość opieki po wypisie ze szpitala zmniejszająca niepokój i zapewniająca zdolność do samoopieki. Przygotowanie pacjenta do wypisu powinno uwzględniać przekazanie w sposób zrozumiały i odpowiednio szczegółowy informacji o stosowanych lekach, ograniczeniach fizycznych, żywieniu i innych wynikających z potrzeb i stanu pacjenta. Pacjent i jego rodzina powinni otrzymać przy wypisie również informacje o zapewnieniu kontynuacji leczenia (opieka ambulatoryjna, długoterminowa, domowa) i możliwości uzyskania wsparcia w zakresie opieki nieprofesjonalnej (np. grupy wsparcia działające w danym obszarze opieki i regionie). W przekazywanych informacjach powinny być uwzględnione również zasady refundacji na sprzęt, wyroby medyczne i leki.

8. Dostęp do opieki. Każdy pacjent powinien mieć zapewniony dostęp do opieki z uwzględnieniem jego preferencji (np. dogodnie zlokalizowany transport, dostępność uzyskania skierowania i świadczonych usług specjalistycznych) (Gerteis *et al.*, 1993).

Opisane wymiary modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie należy postrzegać jako ściśle powiązane z sobą, a nie jako niezależne od siebie (Gerteis *et al.*, 1993; Mead, Brower, 2002).

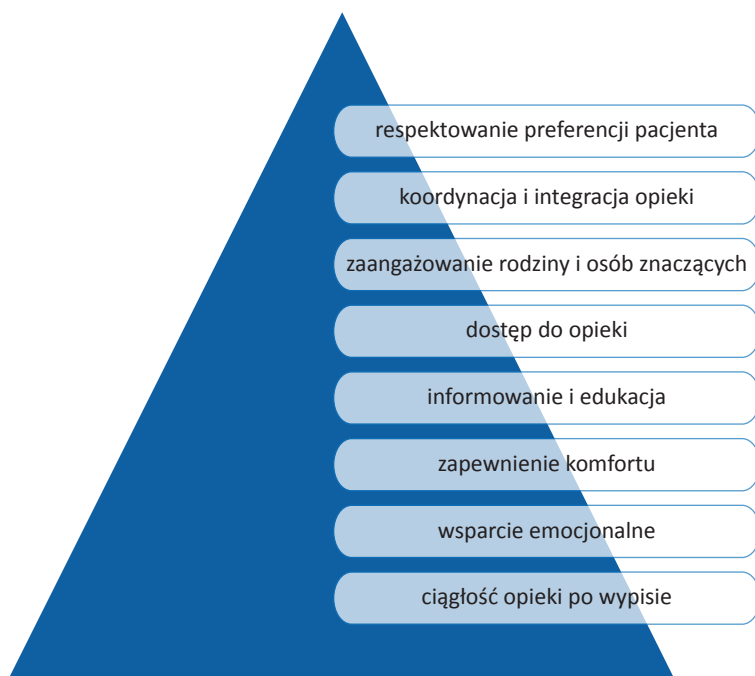
Według Smith-Stoner (2011) wymiary PCC zgodnie z ich opisem mogą służyć jako podstawa tworzenia polityki i zasad wdrażania tej metody do systemu opieki zdrowotnej. Model PCC ma zastosowanie do pacjenta w każdym wieku i miejscu świadczonej opieki, choć termin stosowany jest zamiennie – jako opieka skoncentrowana na pacjencie w odniesieniu do opieki szpitalnej lub opieka skoncentrowana na osobie w odniesieniu do opieki domowej (Mead, Brower, 2002).

Przeprowadzone przez RATHERA *et al.* (2015) badania potwierdziły, że model PCC jest dobrym predyktorem zadowolenia pacjenta z opieki, w tym szczególności w wymiarach takich jak wsparcie emocjonalne, koordynacja opieki i komfort fizyczny. W innych badaniach

wykazano, że koordynacja opieki jest związana z postrzeganiem przez pacjentów bezpieczeństwa (Scholl *et al.*, 2014).

W opinii wielu autorów panuje zgoda, że centralnym elementem modelu PCC jest relacja terapeutyczna między pacjentem a członkami zespołu opieki zdrowotnej (Mead, Bower, 2002; Scholl *et al.*, 2014; den Boer *et al.*, 2017; Marchand *et al.*, 2018).

Autorzy (den Boer *et al.*, 2017; van der Meer *et al.*, 2018) zwracają uwagę, że w poprawie wyników opieki, oprócz wymiarów PCC, ważną rolę odgrywa współtworzenie opieki opartej na interakcji i komunikacji pracowników opieki zdrowotnej z pacjentem. Istotą tych interakcji jest sposób komunikowania się umożliwiający terminowe i dokładne rozwiązywanie problemów pacjenta. Według Gittella (2002) dla pozytywnych interakcji między pacjentem a świadczeniodawcą ważne są trzy obszary: wspólne cele, wspólna wiedza i wzajemny szacunek.



Ryc. 1. Zasady Pickera opieki skoncentrowanej na pacjencie (PCC)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Gerteis *et al.*, 1993.

WDROŻENIE PCC DO PRAKTYKI – WYNIKI BADAŃ

W ostatnich latach model PCC zyskał na znaczeniu w obszarze praktyki (Epstein *et al.*, 2005; Beaulieu, 2013; Bassuk *et al.*, 2017), organizacji opieki zdrowotnej jako element misji i celów strategicznych oraz na poziomie regulacji prawnych (Härter *et al.*, 2011). W USA model PCC jest jednym z pięciu celów wyznaczonych przez Instytut Medyczny jako miernik jakości systemu opieki zdrowotnej (Institute of Medicine, 2001), w Australii natomiast jest jedną z trzech podstawowych zasad bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej, które zostały wpisane do ustawy o ochronie pacjenta (ACSQHC, 2010). Dostrzegając ważność modelu, w USA utworzono w roku 2010 Instytut Badań nad Wynikami Opieki Skoncentrowanej na Pacjencie (PCORI – Patient Centered Outcomes Research Institute) (PCORI, MCotP-CORI, 2012). Na arenie międzynarodowej aspekt ten był podejmowany również przez Międzynarodowe Kolegium Medycyny Skoncentrowanej na Osobie (ICPCM), które powstało jako rezultat genewskich konferencji na temat medycyny skoncentrowanej na osobie (Rathert, 2013).

Liczne badania potwierdzają, że włączenie pacjenta do opieki przyniosło wymierne skutki, w tym między innymi: większe zadowolenie pacjenta z opieki i pozytywne wyniki kliniczne (Harter *et al.*, 2011; Brownie, Nancarrow, 2013; McMillan *et al.*, 2013; Rathert, 2013; Barrio, Gual, 2016; Friedrichs *et al.*, 2016; den Boer *et al.*, 2017; Marchand *et al.*, 2018; van der Meer, 2018), wyższą ocenę jakości opieki (Cooper, 2011; Chapman, 2017), zmniejszenie odsetka błędów o 26% (Licata *et al.*, 2013), poprawę stanu pacjenta związaną z dokonywaniem zmian pozycji (Gluyas, 2015), satysfakcję z opieki (Merav, Ohad, 2017), redukcję personelu i skrócenie czasu hospitalizacji (Warren, 2012; Park *et al.*, 2018), obniżenie kosztów opieki (Cronin-Waelde, Sbardella, 2013; Doye *et al.*, 2013).

W krajach, w których PCC zaczęto stosować w praktyce (np. w Australii, Danii, Izraelu, Kanadzie, Norwegii, USA, Wielkiej Brytanii), opracowano narzędzia do oceny skuteczności tego modelu z perspektywy pacjentów, pracowników

opieki zdrowotnej i zarządzających; prowadzone są też liczne badania, w tym również w zakresie barier we wdrażaniu modelu w życie.

W badaniu Otani (2010) wykazano, że ogólne doświadczenie pacjentów z opieki szpitalnej było determinowane przez ocenę jakości opieki pielęgniarskiej. W badaniach przeprowadzonych przez Small i Small (2011) wykazano, że pielęgniarki jako najliczniejsza grupa pracowników opieki zdrowotnej zapewniają pacjentowi hospitalizowanemu opiekę przez 24 godziny dziennie ogrywając istotną rolę w praktycznym wprowadzaniu PCC. Podobne wyniki uzyskano w innym badaniu, którym objęto 11 098 pacjentów leczonych w 24 szpitalach ogólnych, wykazując, że opieka pielęgniarska ma zasadnicze znaczenie w pozytywnym doświadczeniu pacjentów w zakresie otrzymanej/sprawowanej przez personel opieki oraz satysfakcji z niej (Merav, Ohad, 2017).

Liczne badania (Esmeli *et al.*, 2014; Riley *et al.*, 2014; Turnbull *et al.*, 2016; Moore *et al.*, 2017; Lloyol *et al.*, 2018; Kiwanuka *et al.*, 2019; Nkrumah, Abekah-Nkrumah, 2019) potwierdziły również istnienie barier we wprowadzaniu PCC do praktyki. Kadra zarządzająca wskazała następujące bariery: brak celów i wystarczających działań w zakresie PCC, niewłaściwa komunikacja, rodzaj własności podmiotu leczniczego, stopień centralizacji i ograniczenia finansowe. Natomiast pracownicy opieki zdrowotnej wskazywali na trzy grupy barier:

- 1) organizacyjne, w tym nieodpowiednie środowisko (niedobory kadrowe, brak wsparcia zarządzających, duże obciążenie pracą, wypalenie zawodowe, niezadowolenie z pracy, duże rotacje personelu), brak wytycznych w zakresie stosowania PCC, brak wzorców do naśladowania w miejscu pracy;
- 2) indywidualne – brak motywacji i holistycznego podejścia do opieki, brak zainteresowania wprowadzaniem PCC do praktyki, nadmiar obowiązków;
- 3) interprofesjonalne – brak dobrej komunikacji, brak współpracy w zespole.

Jednym z ważnych aspektów zapewnienia PCC są programy kształcenia lekarzy i pielęgniarek uwzględniające jakość opieki i bezpieczeństwo realizowane między innymi w ramach

zajęć symulacyjnych (Onge, Parnell, 2015) oraz szkolenia personelu w zakresie zaawansowanych umiejętności komunikacyjnych (Smith-Stoner, 2011).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Istotą opieki skoncentrowanej na pacjencie jest zmiana dotychczasowego myślenia o roli pacjenta i jego rodziny w planowaniu opieki, promująca ich aktywność i niezależność. PCC powinna być oparta na współpracy, spersonalizowana, skoordynowana i dostępna, zapewniana we właściwym czasie i właściwym miejscu. Pacjent i jego rodzina muszą być traktowani jako członkowie zespołu opiekuńczego i mieć możliwość podejmowania decyzji na poziomie świadczonej opieki i w obszarze całego systemu opieki zdrowotnej. Chociaż głównym celem PCC jest poprawa indywidualnych wyników zdrowotnych, korzyści mogą być wymierne również w zakresie lepszej satysfakcji pacjentów z opieki, wyższej skuteczności opieki i zmniejszenia ogólnych kosztów opieki. Przedstawione argumenty sprawiają, że model opieki skoncentrowanej na pacjencie i jego rodzinie jest metodą wartą wprowadzania w życie, a następnie badania w każdym miejscu świadczonej opieki.

Stosowanie w praktyce modelu PCC wymaga od pielęgniarki/lekarza dobrych umiejętności komunikacji i skutecznego reagowania na potrzeby pacjenta oraz dobrej współpracy zespołowej. Opieka zdrowotna skoncentrowana na pacjencie powinna być ściśle zintegrowana z praktyką opartą na faktach (EBM), której założeniem jest sumienne i rozumne wykorzystywanie najlepszych dowodów naukowych w połączeniu z wiedzą i doświadczeniem klinicznym pracownika opieki zdrowotnej oraz wartościami i preferencjami pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2010). *Australian Safety and Quality Framework for Health Care*, <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/>

[uploads/2012/04/Australian-SandQ_Framework1.pdf](#) (dostęp: 10.12.2021).

- Barrio P., Gual A. (2016). Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1823–1845.
- Bassuk E.L., Latta R.E., Sember R., Raja S., Richard M. (2017). Universal design for underserved populations: Person-centered, recovery-oriented and trauma informed. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 28(3), 896–914.
- Beaulieu MD. (2013). President's message: Toward a patient-centred health care system. *Canadian Family Physician Journal*, 59(1), 109–110.
- Boer J. den, Nieboer A.P., Cramm J.M. (2017). A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 577–584.
- Brownie S., Nancarrow S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1–10.
- Chapman H. (2017). Nursing theories 1: Person-centred care. *Nursing Times* 113(10), 59, [online], <https://chesterrep.openrepository.com/handle/10034/620759> (dostęp: 13.06.2022).
- Cooper L.A., Ghods Dinoso B.K., Ford D.E., Roter D.L., Primm A.B., Larson S.M., Gill J.M., Noronha G.J., Shaya E.K., Wang N.Y. (2013). Comparative effectiveness of standard versus patient-centered collaborative care interventions for depression among African Americans in primary care settings: The BRIDGE study. *Health Services Research*, 48(1), 150–174.
- Cronin-Waelde D., Sbardella S. (2013). Patient centered transfer process for patients admitted through the ED boosts satisfaction, improves safety. *ED Management*, 24(2), 17–20.
- Doyle C., Lennox L., Bell D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, 1–18.
- Epstein R.M., Franks P., Fiscella K., Shields C.G., Meldrum S.C., Kravitz R.L., Duberstein P.R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations:

- Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61–67, 1516–1528.
- Esmaili M., Cheraghi M.A., Salsali M. (2014). Barriers to patient-centered care: A thematic analysis study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 2–8.
- Frank L., (2013). Person-centered care, autonomy, and the definition of health. *The American Journal of Bioethics*, 13(18), 59–61.
- Friedrichs A., Spies M., Härter M., Buchholz A. (2016). Patient preferences and Shared Decision Making in the treatment of substance use disorders: A systematic review of the literature. *PLoS One*, 11(1), doi: 10.1371/journal.pone.0145817.
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Walker J.D., Stoke D.M., Cleary P.D., Delbanco T.L., (1993). What patients really want. *Health Manag Q*, 15(3), 2–6.
- Gittell J.H. (2002). Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*, 4(4), 299–311.
- Gluyas H. (2015). Patient-centred care: Improving healthcare outcomes. *Nursing Standard*, 30(4), 50–57.
- Härter M., van der Weijden T., Elwyn G. (2011). Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: An international perspective. *Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 229–233.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jayadevappa R., Chatre S. (2011). Patient centered care: A conceptual model and review of the state of art. *Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15–25.
- Kiwanuka F., Shayan S.J., Tolulope A.A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*, 6(3), 676–684.
- Kuipers S.J., Cramm J.M., Nieboer A.P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research* 19,13. Published online 2019 Jan 8, doi: 10.1186/s12913-018-3818-y.
- Lauer D.R., Ward S.E., Heidrich S.M., Keller M.L., Bowers B.J., Brennan P.F., Kirchoff K.T., Wells T.J. (2002). Patient-centered interventions. *Nursing Research Health*, 25(4), 246–255.
- Lloyd B., Elkins M., Innes L. (2018). Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 55–64.
- Lusk J.M., Fater K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum*, 48(2), 89–98.
- Marchand K., Beaumont S., Westfall J., MacDonald S., Harrison S., Marsh, Schechter M.T., Oviedo-Joeke E. (2018). Patient-centred care for addiction treatment: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(12), e024588.
- McCance T., McCormack B., Dewing J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1. PMID: 22088150.
- McCormack B., Dewing J., McCance T. (2011). Developing person-centred care: Addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 3. PMID: 22088152.
- McMillan S.S., Kendall E., Sav A., King M.A., Whitty J.A., Kelly F., Wheeler A.J. (2013). Patient-centered approaches to health care: A systematic review of randomised controlled trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567–596.
- Mead N., Bower P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51–61.
- Merav N.B., Ohad H., (2017). Patient-centered care in healthcare and its implementation in nursing. *Interantional Journal of Caring Sciences*, 10(1), 596–560.
- Moore L., Britten N., Lydahl D., Naldemirci Ö., Elam M., Wolf A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662–673.
- Nkrumah J., Abekah-Nkrumah G. (2019). Facilitators and barriers of patient-centered care at the organisational-level: A study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Services Research*, 19, 900, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4748-z>.
- Onge J.L.S., Parnell R.B. (2015). Patient centered care and patient safety: A model for nurse

- educators. *Teaching and Learning in Nursing*, 10(1), 39–43.
- Otani K.W., (2010). How patient reactions to hospital care attributes affect the evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. *Journal of Healthcare Management/American College of Healthcare Executives*, 55(1), 25–37.
- Ouwens M., Hermens R., Hulscher M., Vonk-Okhuijsen S., Tjan-Heijnen V., Termeer R., Marres H., Wollersheim H., Grol R., (2010). Development of indicators for patient-centred cancer care. *Support Care Cancer*, 18(1), 121–130.
- Park M., Giap T.T.T., Lee M., Jeong H., Jeong M., Go Y., (2018). Patient and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69–83.
- (PCORI) MCotP-CORI (2012). Methodological standards and patient-centeredness in comparative effectiveness research: The pcori perspective. *Journal of the American Medical Association*, 307, 1636–1640.
- Rangachari P., Bhat A., Seol Y.H., (2011). Using the “Customer Service Framework” to successfully implement patient and family-centered care. *Quality Management in Healthcare*, 20(3), 179–197.
- Rathert C., Williams E.S., McCaughey D., Ishqaidaf G. (2015). Patient perceptions of patient-centred care: Empirical test of a theoretical model. *Health Expect*, 18(2), 199–209.
- Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA., (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–79.
- Riley B.H., White J., Graham S., Alexandrov A. (2014). Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: Perceptions of patients’ family members, physicians, and nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(4), 316–324.
- Rogers C.R. (1986). Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 1(3), 257–259.
- Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J., Zelinsky S., Quan H., Lu M. (2018), How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*, 21(2), 429–440.
- Scholl I., Zill J.M., Härter M., Dirmaier J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS One*, 9–9. e107828, doi.org/10.1371/journal.pone.0107828.
- Small D., Small R. (2011). Patients first: Engaging the hearts and minds of nurses with a patient-centered practice model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 2. PMID: 22088151.
- Smith-Stoner M., (2011). Teaching patient-centered care during the silver hour. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). Manuscript 6, doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man06.
- Turnbull A.E., Davis W.E., Needham D.M., White D.B., Eakin M.N. (2016). Intensivist-reported facilitators and barriers to discussing post-discharge outcomes with intensive care unit surrogates. A qualitative study. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(9), 1546–1552.
- Van der Meer L., Nieboer A.P., Finkenflugel H., Cramm J.M. (2018). The importance of person-centred care and co-creation of care for the well-being and job satisfaction of professionals working with people with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 76–81.
- Warren N., (2012). Involving patient and family advisors in the patient and family-centered care model. *Medsurg Nursing*, 21(4), 233–239.