



**Zakład Nauk Humanistycznych
i Medycyny Społecznej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin
tel. (081) 448 68 50

Dr hab. Jakub Pawlikowski, prof. uczelni
Zakład Nauk Humanistycznych
i Medycyny Społecznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Lublin, 18 listopada 2022 r.

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Anny Pilarskiej
pt. „Kultura bezpieczeństwa pacjenta w aspekcie dostępu do
informacji zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia”**

Bezpieczeństwo pacjenta jest tematem niezwykle aktualnym i ważnym, a od końca ostatniej dekady ubiegłego wieku obserwuje się rosnące zainteresowanie tym problemem. W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się, że zdarzenia niepożądane związane z opieką medyczną są nierzadkim zjawiskiem i mogą dotyczyć nawet 10% hospitalizowanych pacjentów, a ich konsekwencje mogą być poważne i skutkować trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, koniecznością hospitalizacji, wydłużeniem pobytu w szpitalu lub nawet zgonem. Takie zdarzenia i incydenty mogą zdarzyć się na etapie profilaktyki, diagnostyki, rehabilitacji i leczenia, ale szczególnie monitorowana w tym zakresie powinna być farmakoterapia na etapach ordynowania, wydawania i podawania leku.

W większości przypadków powstałe szkody nie wiążą się to z zawinionym błędem konkretnej osoby, ale raczej wynikają ze złożoności organizacyjnej procesów w systemach ochrony zdrowia, ich wielopoziomowości, a także komunikacji wewnątrz systemu oraz komunikacji z pacjentem. Systemowe koszty incydentów związanych z naruszeniem bezpieczeństwa pacjentów zaczynają stopniowo być liczone, ale ból i cierpienie osób oczekujących pomocy, którzy w swojej bezradności doświadczyli negatywnych konsekwencji zdarzeń niepożądanych, będą zawsze niewymierne.

Zagadnienia bezpieczeństwa wiążą się bezpośrednio z najbardziej fundamentalnymi i ponadczasowymi zasadami etycznymi, na których opiera się system ochrony zdrowia, jak *primum non nocere* i *salus aegroti suprema lex esto*. Kategoria bezpieczeństwa pacjenta jest zatem nie tylko kategorią prawną i organizacyjną, ale również etyczną. Dotyczy nie tylko pacjentów i profesjonalistów medycznych, ale również organizatorów ochrony zdrowia, płatnika i ubezpieczycieli. Rzecznik Praw Pacjenta doceniając wagę zagadnienia ogłosił rok 2021 Rokiem Bezpieczeństwa Pacjenta, a nawet podjął decyzję powołaniu czasopisma naukowego skupiającego się na zagadnieniach związanych z bezpieczeństwem pacjenta ("Bezpieczeństwo pacjenta"/"Journal of Patient Safety and Rights").

Z powyższych powodów wybór tematu pracy należy uznać za uzasadniony, ważny i aktualny. Praca została przedstawiona w formie komentarza do wcześniej opublikowanych artykułów, zarówno przeglądowych, jak i badawczych, których ogólna wartość punktowa wynosi: 10,419 IF oraz 298 punktów według MNiE. Opracowanie poprzedzone jest streszczeniem w języku polskim i języku angielskim, następnie zawiera wstęp, opis celu i pytań badawczych, streszczenia publikacji, dyskusję, wnioski i wykaz piśmiennictwa. Dołączone zostały do niego załączniki w postaci opisu prezentacji wyników na konferencji naukowej, publikacji, kwestionariusza ankiety oraz oświadczeń o współautorstwie, które wskazują na większościowy udział Doktorantki w powstaniu wszystkich włączonych do zbioru publikacji. Praca jako całość jest spójna, o logicznym układzie treści, starannie napisana, bez zauważalnych istotnych błędów stylistycznych czy interpunkcyjnych. Układ jest logiczny i zrozumiały. Zawiera wszystkie konieczne elementy formalne.

Trzy pierwsze publikacje („Bezpieczeństwo pacjenta: wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia” część I i II opublikowane w „Farmacji Polskiej” w 2018 i 2021 roku oraz „Patient safety culture in EU legislation” opublikowane w „Healthcare” w 2020 roku) mają charakter przeglądowy. Pierwszy artykuł systematyzuje terminologię, orzecznictwo i literaturę dotyczącą bezpieczeństwa pacjenta. Autorzy słusznie podkreślają, że bezpieczeństwo jest podstawową cechą systemu zdrowotnego, jakie państwo powinno gwarantować każdej osobie korzystającej ze świadczeń publicznych. Drugi artykuł przedstawia założenia dotyczące kształcenia osób wykonujących zawody medyczne, w tym szczególnie w zawodzie farmaceuty, w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, a także możliwości angażowania personelu fachowego w działania edukacyjne pacjentów podnoszące kulturę bezpieczeństwa. Autorzy wskazują na konieczność silniejszego zaakcentowanie tematyki bezpieczeństwa w ramach edukacji przygotowującej do wykonywania zawodów medycznych. Trzeci artykuł poświęcony jest analizie dorobku legislacyjnego Unii Europejskiej w zakresie

bezpieczeństwa pacjentów (ze szczególnym uwzględnieniem Luksemburskiej Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjentów z 2005 roku) oraz stopniowi realizacji poszczególnych zaleceń. Zauważono między innymi, że od kilku lat nie wchodzi w życie żadne nowe regulacje na poziomie Wspólnoty, a dotychczasowe akty prawne wymagają szeregu działań legislacyjnych na poziomie krajowym czego przykładem jest polski projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Praca czwarta („Written informed consent: translating into plain language: a pilot study” opublikowana w *Healthcare* w 2021) jest w przedstawionym dorobku szczególnie cenna, oryginalna i o największym potencjale aplikacyjnym. Ukazano w niej metodykę tworzenia czytelnego dla pacjenta wzoru formularza świadomej zgody na zabiegi chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej. Stworzony w pierwszym etapie wzór formularza zgody, choć odpowiadający wymogom polskiego prawa i stworzony we współpracy ze specjalistami z zakresu prawa, okazał się być niezbyt czytelny po przeprowadzeniu analizy przy użyciu polskiego narzędzia do rozumienia tekstu (jasnopis.pl). Z tego powodu został żmudnie wypracowany poprawiony wzór formularza, który był bardziej czytelny i zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy. Jak podkreślają Autorzy w tytule i dyskusji, była to praca pilotażowa. Szkoda, że wypracowanej metody nie zastosowano (a przynajmniej o tym nie poinformowano w pracy) do świadczeń zdrowotnych w innych obszarach medycyny, albo chociażby w odniesieniu do innych zabiegów i operacji poza chirurgią plastyczną. Bez wątpienia warto rozwijać wypracowaną procedurę i aplikować ją do innych sytuacji klinicznych, gdzie zgoda wyrażana jest w formie pisemnej. Opublikowana metoda postępowania może być z powodzeniem adaptowana także w innych ośrodkach.

W pracy piątej przedstawiono badania oparte o kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji dotyczące dostępu do informacji przez polskich pacjentów („Access to health information in the Polish healthcare system – survey research” opublikowana w *Int. J. Environ. Res. Public Health.* w roku 2022). Badania miały na celu wskazać źródła informacji zdrowotnej, powody jej poszukiwania oraz stopień satysfakcji z uzyskanej informacji. Uzyskane wyniki są spójne z innymi doniesieniami i wskazują, że respondenci najczęściej czerpią informacje zdrowotne od lekarza (98%), z Internetu (94%) oraz od rodziny i znajomych (80%). Ciekawym fragmentem badań i dyskusji jest wątek dotyczący wiarygodności źródeł internetowych. Wielu respondentów przyznaje bowiem, że nie wie skąd pochodzą informacje znalezione w sieci i nie weryfikuje wiarygodności danego źródła. Brak umiejętności krytycznego spojrzenia może być przyczyną rozprzestrzeniania się informacji niewiarygodnych czy wręcz szkodliwych dla zdrowia. Niewątpliwie zdobycie umiejętności

korzystania z wiarygodnych źródeł internetowych dotyczących zdrowia i choroby stanowi nowe wyzwanie w zakresie edukacji zdrowotnej. Równie ważne wydaje się tworzenie wiarygodnych źródeł w Internecie i mediach społecznościowych przez profesjonalistów i instytucje ochrony zdrowia. Zauważono również, że informacje znalezione w Internecie stanowią niekiedy uzupełnienie (niepełnej!) informacji uzyskanej od profesjonalistów opieki zdrowotnej. Dlatego ciągle aktualna jest troska o właściwą komunikację z pacjentem, w ramach której będzie przekazywana rzetelna i zrozumiała informacja.

Należy zgodzić się z wnioskiem, że wiedza i umiejętności z zakresu bezpieczeństwa pacjenta powinny być przekazywane studentom w ramach wyraźnie przeznaczonego na to czasu (czy to w ramach osobnego przedmiotu czy w ramach dodania tematu do przedmiotów już istniejących). Również w obszarze kształcenia podyplomowego należałoby położyć większy nacisk na kwestie bezpieczeństwa pacjenta. Minęła już ponad dekada od czasu wydania pierwszych pomocy dydaktycznych do nauczania o bezpieczeństwie pacjenta na kierunkach medycznych, ale (jak m. in. wskazują na to wnioski z pracy Doktorantki) ciągle zagadnienia te nie stały standardem nauczania na etapie przeddyplomowym ani podyplomowym. Większość studentów zazwyczaj przejawia otwartość na przyswojenie zasad sprzyjających podniesieniu poziomu bezpieczeństwa pacjenta oraz cechuje się silnym poczuciem troski i odpowiedzialności za pacjenta, dlatego warto, aby przyswoili sobie najwyższe standardy opieki w trakcie studiów, a następnie wytrwale wdrażali je w swojej pracy zawodowej podnosząc kulturę bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Szczególnie cennym wydaje się wniosek, oparty na doświadczeniu wieloetapowego tworzenia formularza zgody, podkreślający, że formularz powinien być nie tylko kompleksowy i merytoryczny, ale również zrozumiały i czytelny, co można uzyskać przez poddanie go analizie czytelności przy użyciu dostępnych narzędzi. Przedstawiona procedura postępowania, ukierunkowanego na poprawę czytelności formularza, może być z powodzeniem stosowana w innych ośrodkach, a nawet promowana przez komisje bioetyczne w celu poprawy czytelności formularzy zgody na eksperymenty medyczne.

Oceniając pozytywnie przedstawiony dorobek należy jednak zwrócić uwagę na kilka niedoskonałości i braków. W celu pracy stwierdzono, że jest ona ukierunkowana na „uzupełnienie luki poznawczej w zakresie kultury bezpieczeństwa pacjentów w aspekcie dostępu do informacji.” Wydaje się, że tak ujęty cel jest zarysowany zbyt szeroko, ponieważ przeprowadzone badania były zorientowane wyraźnie na jeden z aspektów bezpieczeństwa związany z informacją, szczególnie w ramach procesu udzielania zgody na świadczenia zdrowotne oraz w związku z poszukiwaniem informacji dotyczących zdrowia. W pracy

dominuje aspekt normatywno-prawny (i słusznie) choć zdaniem recenzenta brakuje w niej odniesienia do aspektu normatywno-etycznego (np. Kodeksu Etyki Lekarskiej, Kodeksu Etyki Farmaceuty), który również stanowi ważny czynnik kształtowania postaw ukierunkowanych na poprawę jakości przekazywanych informacji i podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjenta.

Niektóre postawione pytania badawcze wydają się zbyt ogólne i wydaje się, że nie uzyskano na nie satysfakcjonujących odpowiedzi, np. „Jakie są kluczowe czynniki determinujące poziom bezpieczeństwa pacjenta?”, albo „Czy dostęp do informacji zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia jest dostateczny?”. Tak postawione pytania być może zdeterminowały niektóre wnioski o zbyt ogólnym charakterze (np., „Poziom bezpieczeństwa pacjenta w Polsce determinuje wiele czynników”). Należy również zwrócić uwagę, że pytania badawcze, hipotezy i wnioski częściowo ze sobą nie korespondują, zarówno w liczbie jak i w treści. Hipoteza powinna być następstwem pytania badawczego, a nie poprzedzać pytania badawcze, jak to zasugerowano na s. 16.

Dyskusyjny i nieprecyzyjny jest wniosek siódmy, że „dostęp do informacji zdrowotnej w polskim systemie zdrowia jest ograniczony”, bowiem opisane badania nie obejmowały całego systemu oraz nie zostało jasno określone o jakie rodzaje i źródła informacji chodzi. Nie zostało również doprecyzowane kto miałby być odpowiedzialny za ogólny dostęp pacjenta do informacji.

W pracy pożądanym byłoby szersze odniesienie się do gorąco dyskutowanego obecnie systemu „*no fault*”. Tradycyjne podejście do błędów i uchybień w systemie ochrony zdrowia opierało się na pociąganiu do odpowiedzialności osób bezpośrednio zaangażowanych w proces opieki nad pacjentem w momencie wystąpienia incydentu. Taka „kultura szukania winnych” wydaje się jednak być mało efektywna w obszarze praktyki medycznej, a przede wszystkim prowadzi do erozji zaufania pomiędzy pacjentem a opiekującym się nim profesjonalistami medycznymi. Czas pokaże czy system „*non fault*” będzie w tym zakresie korzystniejszy dla pacjentów i lekarzy.

Powyższe uwagi nie podważają pozytywnej oceny całości przedstawionej pracy i mogą być uwzględnione w kolejnych badaniach i publikacjach. W intencji recenzenta stanowią zachętę do kontynuowania i poszerzenia podjętej tematyki, która posiada zarówno walor teoretyczny jak i praktyczny. Osiągnięcie naukowe Doktorantki jest oryginalne, poszerza dotychczasowy stan wiedzy i wskazuje na opanowanie metody prowadzenia badań naukowych oraz interpretacji ich wyników. Wnioski mają znaczenie nie tylko teoretyczne, ale również aplikacyjne w pracy klinicznej, szczególnie w zakresie ulepszania formularzy zgody i

innych procedur podnoszących poziom bezpieczeństwa pacjenta. Należy mieć nadzieję, że praca przyczyni się do budowania kultury bezpieczeństwa pacjenta, w której wszystkie osoby opiekujące się pacjentem będą czuły się za niego odpowiedzialne, zagrożenia bezpieczeństwa będą identyfikowane i eliminowane, a rozwiązania organizacyjne będą ukierunkowane na jego poprawę.

Na podstawie przeprowadzonej oceny stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Anny Pilarskiej pt. „Kultura bezpieczeństwa pacjenta w aspekcie dostępu do informacji zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia” stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wskazuje na wiedzę Doktorantki w dyscyplinie nauk o zdrowiu, a także potwierdza umiejętności prowadzenia pracy naukowo-badawczej, a więc spełnia ustawowe wymogi stawiane rozprawom doktorskim. Całość pracy oceniam pozytywnie i wnoszę o dopuszczenie magister Anny Pilarskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski, prof. uczelni
Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie