

Udział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych

Aldona Katarzyna Jankowska, Karolina Friemann

Czy pacjent powinien decydować o wyborze stosowanej u niego terapii? To pytanie jest w rzeczywistości pytaniem o podmiotowość pacjenta i granice jego autonomii. Z perspektywy lekarza problem udziału pacjenta w decyzjach medycznych wiąże się z dwiema zasadami: *salus aegroti suprema lex est* (zdrowie chorego prawem najwyższym) oraz *voluntas aegroti suprema lex est* (wola pacjenta prawem najwyższym). W praktyce nie zawsze udaje się zrealizować obie te zasady. W wielu sytuacjach klinicznych pojawia się dylemat: autonomia woli pacjenta czy jego zdrowie. Im bardziej paternalistyczna jest relacja między lekarzem a pacjentem, tym częściej gwarancją wyboru optymalnej terapii jest osoba lekarza i tym mniejszy udział pacjenta w dokonywanych wyborach. Wątpliwości co do słuszności decyzji podejmowanych przez lekarzy są jednym z powodów negowania paternalizmu w medycynie. Ciągły postęp nauki, który często wpływa na zmianę wybranej metody czy miejsca leczenia, oraz współczesne dążenie do stopniowego przyznawania autonomii pacjentowi przyczyniają się do ewolucji relacji między lekarzem a pacjentem i zamiany modelu podejmowania decyzji.

Prawny wymóg uzyskania świadomej zgody pacjenta przywraca mu możliwość samostanowienia. Wprowadzenie go było pod wieloma względami momentem przełomowym. Obecnie w całej Europie obowiązują podobne przepisy regulujące tę kwestię. Konieczność uzyskania zgody chorego na podejmowane wobec niego czynności medyczne jest przejawem realizacji postulatów o autonomii, prawie do decydowania o samym sobie oraz poszanowaniu integralności cielesnej każdego człowieka. Zgoda oznacza dobrowolną, nieprzymuszoną decyzję pod-

jętą przez osobę zdolną do świadomego wyrażenia woli po uzyskaniu odpowiednich informacji.

Dla lekarza największą trudność w prawidłowej realizacji procedury uzyskania zgody na leczenie stanowi przekazanie pacjentowi odpowiedniego zasobu informacji. Jaki powinien być poziom wiedzy pacjenta, żeby wyrażona zgoda była zgodą świadomą? W praktyce ujawniają się kolejne trudności: osoby nastawione ugodowo lub uległe często bezwarunkowo przyjmują punkt widzenia lekarza i nawet nie starają się uzyskać informacji o planowanej procedurze. To ważne, aby pacjent usłyszał i zrozumiał informacje, które przekazuje mu lekarz. Zdarza się, że lekarze traktują konieczność uzyskania zgody jak rutynową formalność. Czasami zadanie to jest delegowane na innych członków personelu medycznego. Pacjenci, nierzadko przeświadczeni, że i tak nie pozostaje im nic innego, jak tylko wyrazić zgodę, podpisują dokument, nawet go nie czytając i nie prosząc o wyjaśnienia.

Cel świadomej zgody jest realizowany, gdy nie opiera się ona wyłącznie na zaufaniu wobec lekarza. Jej podstawy powinna stanowić wiedza pacjenta na temat własnego stanu zdrowia, możliwości leczenia, szans na poprawę i możliwych komplikacji oraz działań niepożądanych stosowanej metody. Wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie jest nie tylko etycznym wymogiem wynikającym z respektowania prawa pacjenta do samostanowienia, lecz także wymogiem prawnym. Podjęcie leczenia bez zgody pacjenta, zgodnie z obowiązującym prawem, poza pewnymi wyjątkami, regulowanymi ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty i ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, jest czynem karnym, który może być ścigany na wniosek pokrzywdzonego.

Wspólne podejmowanie decyzji (*shared decision making*)

Źródłem koncepcji *shared decision making* (SDM) jest potrzeba zwiększenia udziału chorego w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia. Jest to spowodowane zainteresowaniem opieką medyczną zorientowaną na pacjenta, które od lat siedemdziesiątych stale wzrasta. Postępowanie zgodne z koncepcją SDM pozwala na zachowanie autonomii pacjenta, co jest wskazane zarówno ze względów etycznych, jak i prawnych.

Zasady współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych są bardzo dobrze udokumentowane. Mimo że celowość, widziana z perspektywy etyki i prawa, nie budzi wątpliwości, to praktyczna realizacja tego modelu wiąże się z wieloma trudnościami. C. Charles podkreślał konieczność zaangażowania obydwu stron w ten proces. W praktyce część pacjentów nie chce brać udziału w podejmowaniu decyzji medycznych, a wyniki badań nad akceptacją tego modelu przez lekarzy są niejednoznaczne [Charles i in., 1997].

Nie ma jednej, spójnej definicji terminu *shared decision making*. Większość autorów jednak zgodnie umieszcza *shared decision making* pomiędzy tradycyjnym modelem medycznym a modelem świadomego wyboru (*informed choice*). Tradycyjny, paternalistyczny model medyczny oparto na roli chorego zgodnie z ujęciem T. Parsonsa, według którego lekarz używa swej wiedzy w celu ustalenia najlepszego rozwiązania terapeutycznego dla pacjenta. Dostarcza on pacjentowi wyselekcjonowanych informacji, aby uzyskać jego zgodę na proponowane działanie. Natomiast obowiązkiem pacjenta jest przyczynić się do własnego wyzdrowienia [Hamann i in., 2003]. W skrajnych przypadkach lekarz samodzielnie podejmuje decyzję, która z terapii jest najlepsza dla pacjenta i autorytatywnie informuje go, kiedy interwencja będzie rozpoczęta [Emanuel, Emanuel, 1992]. Na przeciwnym biegunie znajduje się model świadomego wyboru (*informed choice model*). Jego źródła wywodzą się z ruchu konsumenckiego, który zachęcił pacjentów do większej asertywności, podawania w wątpliwość zaleceń lekarskich i żądania interwencji, które w innym przypadku mogłyby być zaniechane. W opisywanym modelu rola lekarza polega na informowaniu pacjenta o dostępnych wyborach terapeutycznych i oczekiwanych efektach leczenia. Decyzję podejmuje pacjent, który ma prawo swobodnego wyboru, niezakłóconego społecz-

nym naciskiem i doświadczeniem lekarza. Natomiast lekarz powinien powstrzymać się od formułowania zaleceń, ponieważ w ten sposób wpływałby na decyzję pacjenta. Po podjęciu decyzji przez pacjenta zadaniem lekarza jest wsparcie pacjenta w jej realizacji, wdrożenie wybranego sposobu leczenia.

Warto podkreślić, że wspólne decydowanie to nie to samo, co świadoma zgoda (*informed consent*), która oznacza prawne zobowiązanie lekarza do udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji na temat proponowanej procedury medycznej, przed udzieleniem przez pacjenta prawnie wymaganej zgody.

Według definicji C. Charlesa i wsp. [Charles i in., 1997] *shared decision making* stanowi mechanizm zmniejszania asymetrii informacji i władzy lekarzy nad pacjentami – przez wzbogacenie medycznej wiedzy pacjenta, wzmocnienie poczucia autonomii lub kontroli nad decyzjami dotyczącymi leczenia, które wpływają na jego samopoczucie.

Model SDM zakłada:

- zaangażowanie co najmniej dwu partnerów (np. lekarz i pacjent);
- pewną, obustronną dynamikę dochodzenia do wspólnej decyzji dotyczącej leczenia;
- dzielenie się (dwukierunkowy przepływ informacji przez obu partnerów) informacjami na temat możliwości leczniczych;
- konsensus w kwestii preferowanych wyborów terapeutycznych (obie strony wyrażają zgodę).

W tym modelu lekarz udzielający porady ma możliwość zapoznania się z wiedzą, do której w innym przypadku nie miałby dostępu. Mianowicie o wiedzę, której jedynym nośnikiem i źródłem jest pacjent. Mowa tu o doświadczeniach pacjenta w trakcie dotychczasowego leczenia – informacjach, jak pacjent toleruje dany lek, jakie są jego dotychczasowe doświadczenia z różnego rodzaju lekami, połączeniami leków, terapiami. Subiektywna ocena pacjenta dotycząca skuteczności leczenia i jego tolerancji, to niezbędny element wspólnej decyzji, kluczowy w osiągnięciu zgody pacjenta i współpracy w leczeniu.

Niezmiernie ważną rolę w tym modelu odgrywa również informowanie pacjenta. W celu ułatwienia i standaryzacji procesu informowania zachodzi ko-

nieczność opracowania pomocy decyzyjnych (*decision aids*), które mają pacjenta wyposażyć w wiedzę niezbędną do możliwie świadomego podjęcia decyzji w określonej sytuacji medycznej. Mogą być to pomoce na różnych nośnikach informacji (broшуry informacyjne, kasety audio i wideo – obecnie rzadko używane z powodu bardziej nowoczesnych nośników i źródeł informacji typu strony i fora internetowe itd.), których zadaniem jest poinformowanie pacjenta na temat wyboru terapii oraz związanych z leczeniem potencjalnych zysków i ryzyka strat. Co ważne, w modelu *shared decision making* lekarz może, a nawet powinien, wyrazić swą opinię na temat rozważania optymalnego dla danego pacjenta. Pacjent jest w pewnym sensie zobligowany do dokonania wyboru w kwestii leczenia i do poinformowania o nim lekarza [Hamann i in., 2003]. Jest też zachęcany do aktywnego udziału w procesie opieki i podejmowania decyzji. Pacjenci mogą w różny sposób uczestniczyć w tym procesie, mogą: wyszukiwać informacje i wymieniać się nimi, dyskutować o dostępnych wyborach terapeutycznych i wreszcie – podejmować ostateczne decyzje dotyczące leczenia [Levinson i in., 2005]. Dogodnym miejscem wymiany doświadczeń i informacji są fora społecznościowe, grupy wsparcia.

Pierwszym etapem tego procesu jest właściwe porozumienie lekarza z pacjentem, umożliwiające przekazanie wiedzy o aktualnie dostępnych metodach leczenia. Chory może rozważyć opcje przy współudziale lekarza i świadomie określić preferencje. Pacjent uzyskuje wsparcie w postaci uzyskania informacji na temat potencjalnych wyników leczenia każdą z dostępnych metod, możliwych powikłań i konsekwencji podjętego wyboru. Decyzja zostaje podjęta na podstawie porozumienia lekarza i pacjenta. W praktyce klinicznej dla większości lekarzy bardzo trudne jest bezstronne przekazanie informacji o metodach leczenia. Jednocześnie dużym obciążeniem dla nich jest odpowiedzialność za wyposażenie pacjenta w zasób wiedzy, który pozwoli mu na świadomą decyzję. W odróżnieniu od modelu paternalistycznego, w którym lekarz wie najlepiej, co jest dobre dla pacjenta, choć często wie niewiele o jego indywidualnych preferencjach i oczekiwaniach lub rozumie je niewłaściwie [Britten, Ukoumune, 1997], tu lekarz ma szansę je poznać, a wręcz tego się od niego oczekuje [Hamann i in., 2003].

K. Gravel i wsp. [Gravel i in., 2006] podjęli próbę zidentyfikowania barier i ułatwień w praktycznym zastosowaniu opisywanego modelu.

Pięć najczęściej wymienianych ułatwień w praktycznym zastosowaniu SDM:

1. motywacja lekarza;
2. przekonanie, że *shared decision making* doprowadzi do lepszych efektów leczenia;
3. przekonanie, że SDM jest użyteczne i praktyczne;
4. wola współuczestniczenia pacjenta w podejmowaniu decyzji w sposób zgodny z modelem SDM;
5. niektóre określone cechy pacjenta.

Do najczęściej przytaczanych przeszkód we wdrażaniu tego modelu należą:

1. ograniczenia dotyczące czasu trwania wizyty;
2. brak możliwości zastosowania SDM z powodu określonych cech pacjenta, sytuacji klinicznej;
3. oczekiwania pacjenta w kwestii współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji niespełniające kryteriów modelu;
4. niezgoda lekarza na pytanie pacjenta o preferowaną rolę w procesie podejmowania decyzji.

Warto zauważyć, że powstały i funkcjonują centra medyczne (np. Hitchcock Medical Center w Dartmouth) reklamujące się jako centra wspólnego podejmowania decyzji, dysponujące stronami internetowymi, na których przedstawiona jest koncepcja SDM. Na stronie Ottawa Hospital zamieszczony jest przykładowo *The Ottawa Personal Decision Guide*, narzędzie przygotowane, by pomóc „odbiorcom usług” w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem. Na stronie wspomnianego szpitala można znaleźć *Decision Aid Library* – bibliotekę wcześniej opisanych „pomocy decyzyjnych”. Te pomoce są uaktualniane (nie starsze niż 5 lat) i zgodne ze współczesną wiedzą.

J. Hamann i wsp. [Hamann i in., 2006] w randomizowanym badaniu kontrolowanym porównali model SDM z opieką rutynową. Celem badania było sprawdzenie przydatności modelu SDM w przypadku pacjentów oddziału całodobowego, chorych na schizofrenię. Wspólne podejmowanie decyzji okazało się modelem możliwym do zastosowania u większości pacjentów i wbrew często wyrażanym obawom – niewymagającym poświęcania przez lekarzy większej ilości czasu. Pacjenci z grupy poddanej interwencji mieli lepszą wiedzę na temat swojej choroby, byli bardziej zaangażowani w podejmowanie medycznych decyzji, a ich korzyść z psychoedukacji była większa.

Kolejne przedsięwzięcie J. Hamanna i wsp. [Hamann i in., 2007] miało na celu zbadanie wpływu zastosowanego modelu na długotrwały efekt leczenia i wypełnianie zaleceń (*compliance*) w grupie pacjentów leczących się z powodu schizofrenii. Badacze nie stwierdzili wyraźnych korzyści płynących z zastosowania SDM, lecz zaobserwowali korzystny trend – mniej ponownych hospitalizacji w grupie pacjentów uczestniczących w SDM. Dodatkowo zaobserwowano, że większa potrzeba autonomii i szersza wiedza w momencie wypisu były związane z większą liczbą ponownych hospitalizacji. Konkludując: pacjenci z większymi oczekiwaniami dotyczącymi współdecydowania są zagrożeni gorszymi długoterminowymi wynikami leczenia i z tego powodu wymagają szczególnej uwagi.

Podobne badanie przeprowadzili A. Loh i wsp. [Loh i in., 2007] u pacjentów ambulatoryjnych leczonych z powodu depresji. Porównali dwie grupy pacjentów ($n = 405$, poddani interwencji z udziałem SDM lub rutynowej opiece) pod względem zaangażowania, udziału, satysfakcji pacjenta, wypełniania zaleceń (*compliance*) oraz redukcji objawów. Interwencja nie zmieniła nasilenia objawów depresji w większym stopniu niż w grupie kontrolnej (poddanej rutynowej opiece). Zmieniła natomiast poziom zaangażowania pacjentów w terapię – lekarze w tej grupie chętniej ułatwiali pacjentom współuczestniczenie w procesie leczenia, uzyskano poprawę *compliance*. Powyższe cele osiągnięto bez wydłużania czasu wizyty u lekarza. Wynikiem badań prowadzonych przez G. Elwyn nad kompetencjami potrzebnymi do wspólnego podejmowania decyzji jest skala OPTION, określająca stopień zaangażowania w procesie SDM. Skala ta została przetłumaczona na wiele języków (niderlandzki, chiński, francuski, niemiecki, hiszpański i włoski) i pozwala na dalsze wielośrodkowe badania nad procesem SDM [Elwyn i in., 2012].

Udział pacjenta w procesach ustalania wysokości i zasadności refundacji leków i oceny technologii medycznych

Nierzadko decyzja o możliwym sposobie leczenia zapada, zanim pacjent przekroczy próg gabinetu lekarskiego. Ocena i wybór refundowanych technologii medycznych bywa najważniejszą decyzją dotyczącą życia pacjenta i często nie ma on żadnego

wplywu na dokonywane wybory. Problem udziału pacjentów w tego rodzaju decyzjach medycznych staje się przedmiotem badań oraz dyskusji w środowisku medycznym. Pojawia się coraz więcej projektów, których celem jest przyznanie chorym prawa wpływu na istotne decyzje o akceptacji terapii. W trakcie 14. konferencji EEA (The European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations) przedstawiciele stowarzyszeń członkowskich, autorytety naukowe, badacze oraz rzecznicy pacjentów z krajów europejskich poddali analizie procesy włączania pacjentów w decyzje dotyczące ich leczenia, w szczególności w proces ustalania wysokości i zasadności refundacji leków w poszczególnych krajach unijnych.

W 2010 roku Health Equality Europe (HEE) – nieformalna koalicja osób, których misją jest usytuowanie pacjenta w centrum wszystkich decyzji medycznych – opracowała przewodnik *Understanding Health Technology Assessment*. Został on stworzony jako narzędzie dla organizacji pacjentów, którzy chcą przedstawić własne potrzeby i własną perspektywę. W przewodniku wyjaśniono, na czym polega proces oceny technologii medycznych. Zawiera on jasne instrukcje, jak zbierać i dokumentować dane na temat przebiegu choroby, widzianej z perspektywy wpływu danej technologii medycznej na życie chorych. Dokument powstał w celu: zwiększenia stopnia rozumienia procesu HTA (*Health Technology Assessment*); zwiększenia zdolności osób niezwiązanych zawodowo z opieką medyczną do uczestniczenia w procesie HTA; udzielenia stowarzyszeniom pacjentów wskazówek odnośnie do udziału w procesie HTA. Przewodnik ten może być również wsparciem dla osób organizujących kampanie medialne oraz lobbing na rzecz zmiany metod leczenia, jak również pacjentów w ich indywidualnych rozmowach z lekarzem. W trosce o podmiotowość i autonomię pacjentów ich opinie powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących bezpośrednio ich zdrowia i życia.

*

Paternalistyczna relacja pacjenta z lekarzem, który dla dobra chorego podejmuje terapię, pomijając jego opinie, potrzeby i oczekiwania, stała się przedmiotem krytyki ze względu na towarzyszące jej ograniczenie autonomii pacjenta. Doświadczenie kliniczne uczy, że nie zawsze autorytarne decyzje lekarza są słuszne. Natomiast konsekwencje błędnych decyzji

ponosi pacjent. Partnerstwo w relacji między lekarzem a pacjentem, będące odpowiedzią na potrzebę obrony autonomii pacjenta, zmienia rolę pacjenta i przywraca mu godność i wolność. Uczestniczenie pacjenta w procesie decyzyjnym, który go dotyczy, daje mu prawo do samostanowienia, jednocześnie rozkłada odpowiedzialność za podjętą decyzję na obie strony.

W związku z propagowanym w opiece medycznej podejściem skoncentrowanym na pacjencie (*patient centered care*) i związanej z nim rosnącej autonomii pacjenta oraz prawa do decyzji w kwestiach dotyczących własnego zdrowia nasuwa się wiele wątpliwości i pytań. Czy pacjent chce skorzystać z możliwości stania się ekspertem odnośnie do własnej choroby? Czy jest przygotowany do podejmowania tego typu decyzji i konfrontacji z pojawiającymi się wtedy obciążającymi czynnikami psychologicznymi: lękiem, niepewnością, napięciem bądź czynnikiem merytorycznego nieprzygotowania? Podejmowanie decyzji wiąże się ze stresem, a dodawanie choremu, poza koniecznością walki z chorobą, ciężaru współodpowiedzialności za leczenie może budzić wątpliwości natury etycznej i moralnej. Z pewnością nie jest to rozwiązanie optymalne dla wszystkich, choć niektórzy pacjenci nie odnajdą się w relacji patriarchalnej – chcą współuczestniczyć, wiedzieć i współdecydować. Warto dostrzec konieczność różnicowania grup pacjentów [Levinson i in., 2005], która wynika z tych rozbieżności. Wrażliwość pacjenta nie może być zaniedbywana, zwłaszcza że zaufanie chorego jest w pewnym sensie wymuszone – pacjent, powierając w potrzebie swój los lekarzowi, ulega pewnej presji i dlatego zasługuje na szczególną ochronę [DeCamp, 2002]. Podsumowując: zachodzi konieczność oceny indywidualnych preferencji pacjenta i planowania takiej formy opieki zdrowotnej, która będzie z nimi zgodna. Ponadto warto podkreślić problem odpowiedzialności za terapeutyczne decyzje w przypadku chorób, które wymagają leczenia ze względu na dobro ogółu, takich jak: gruźlica, kiła, AIDS/HIV, w obecnej sytuacji infekcja COVID-19. Te choroby nie zostawiają zbyt wiele miejsca na debatę w kwestii leczenia. Ujmując problem prościej – są to sytuacje, w których pełna dowolność i poszanowanie autonomii pacjenta może skutkować poważnym uszczerbkiem dla zdrowia ogółu. W tym miejscu trudno nie wspomnieć szerzej o szczególnej sytuacji, w której się obecnie znajdujemy – a mianowicie o stanie pandemii COVID-19. W medycynie rodzinnej, ale

również w innych dziedzinach medycyny (np. psychiatrii), w zakresie pomocy udzielanej w formie ambulatoryjnych porad pandemia wymusiła, poniekąd przyspieszyła, technologiczny postęp w dostarczaniu usług medycznych. Teleporady, e-porady przy użyciu skype'a oraz inne ulepszenia technologiczne pozwalające na zdalną diagnostykę, cyfryzacja pozwalająca na wystawianie e-recept, e-zwolnień oraz e-skierowań, to wygodne i użyteczne narzędzia w walce z pandemią. Z drugiej strony lekarz musi właśnie dzisiaj, bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, polegać na odpowiedzialności pacjenta. W obecnej sytuacji często trudno jest zobiektywizować uzyskiwane dane. Relacja oparta na obustronnej wymianie informacji i zaufaniu jest niezbędna.

Stan pandemii wprowadza wiele ograniczeń dla pacjenta: wymusza izolację, kwarantannę, a w najcięższych stanach hospitalizację, a ich złamanie wiąże się dla niego z konsekwencjami prawnymi i finansowymi. Z drugiej jednak strony, wiele zależy od odpowiedzialności pacjenta. Świadomość, że jego postawa wobec zagrożenia, jakim jest zakażenie koronawirusem, stosowania środków ochrony osobistej, dotrzymywania narzucanych przez państwo ograniczeń, poddania się dobrowolnemu szczepieniu, jest kluczowa dla kwestii, czy świat poradzi sobie w walce z tym nowym wyzwaniem.

PIŚMIENNICTWO

- Charles C., Gafni A., Whelan T., *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, Soc Sci Med 1997, 44 (5), s. 681–692.
- Hamann J., Leucht S., Kissling W., *Shared decision making in psychiatry*, Acta Psychiatr Scand 2003, 107, s. 403–409.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L., *Four models of the physician patient relationship*, JAMA 1992, 267, s. 2221–2226.
- Levinson W., Kao A., Kuby A., Thisted R. A., *Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences*, J Gen Intern Med 2005, 20 (6), s. 531–535.
- Britten N., Ukoumunne O., *The influence of patients "hopes of receiving a prescription on doctors" perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey*, BMJ 1997, 315, s. 1506–1510.
- Gravel K., Légaré F., Graham I.D., *Barriers and facilitators to implementing shared decisionmaking in clinical*

- practice: a systematic review of health professionals' perceptions, Implementation Science* 2006, 1, s. 16.
- Hamann J., Langer B., Winkler V., Busch R., Cohen R., Leucht S., Kissling W., *Shared decision making for in-patients with schizophrenia, Acta Psychiatr Scand* 2006, 114 (4), s. 265–273.
- Hamann J., Cohen R., Leucht S., Busch R., Kissling W., *Shared decision making and longterm outcome in schizophrenia treatment, J Clin Psychiatry* 2007, 68 (7), s. 992–997.
- Loh A., Simon D., Wills C.E., Kriston L., Niebling W., Härter M., *The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial, Patient Educ Couns* 2007, 67 (3), s. 324–332.
- Elwyn G., Frosch D., Thomson R., *Shared decision making: a model for clinical practice, Journal of General Internal Medicine* 2012, 27, 10, s. 1361–1367.
- DeCamp M.W., *Ethics and the physician-patient relationship: medico-moral consequences of commodification, Einstein Quart J Biol Med* 2002, 19, s. 135–138.
- Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., *Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation, Br J Gen Pract* 1999, 49 (443), s. 477–482.
- Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R., *Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices, Br J Gen Pract* 2000, 50 (460), s. 892–899.
- Elwyn G., Hutchings H., Edwards A. et al., *The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks, Health Expect* 2005, 8 (1), s. 34–42.
- Engel G.L., *The clinical application of the biopsychosocial model, Am J Psychiatry* 1980, 137 (5), s. 535–544.
- Levenstein J.H., *The patient-centered general practice consultation, South African Family Practice* 1984, 5, s. 276–282.
- Makoul G., Clayman M.L., *An integrative model of shared decision making in medical encounters, Patient Educ Couns* 2006, 60 (3), s. 301–312.
- President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry (1998), „Quality First: Better Health Care for All Americans”. <http://www.hcqualitycommission.gov/final>.
- Salzburg Global Seminar (2011.03.22). „The Salzburg Statement on Shared Decision Making”. BMJ. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1745.full>. Retrieved 28 March 2011.