Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WSPÓLNE PODEJMOWANIE DECYZJI ELEMENTEM OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ – ZARYS PROBLEMATYKI

SHARED DECISION MAKING AS A CONTRIBUTION TO NURSING CARE – AN OUTLINE OF THE ISSUES

Patrycja Zofia Zurzycka[a], Iwona Repka[b], Grażyna Puto[c]

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

[a] https://orcid.org/0000-0002-2048-3711
[b] https://orcid.org/0000-0001-9464-4269
[c] https://orcid.org/0000-0002-0829-327X

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.53

STRESZCZENIE

Wspólne podejmowanie decyzji jest procesem umożliwiającym pacjentom i personelowi medycznemu podejmowanie decyzji dotyczących prowadzenia procesu terapeutycznego i opieki z uwzględnieniem preferencji pacjenta oraz istotnych dla niego wartości, a także aspektów klinicznych, uwarunkowań formalnych i etycznych. Proces wspólnego podejmowania decyzji wymaga wzajemnej wymiany informacji pomiędzy wszystkimi osobami zaangażowanymi w opiekę, a podjęta na ich podstawie dyskusja powinna zmierzać do osiągnięcia porozumienia w zakresie realizacji opieki i procesu terapeutycznego. Stosowanie w praktyce opieki medycznej koncepcji wspólnego podejmowania decyzji wpływa korzystnie na prowadzony proces opiekuńczy i terapeutyczny poprzez uwzględnienie indywidualności pacjenta. Podejście to stanowić powinno integralny element praktyki pielęgniarskiej skoncentrowanej na zindywidualizowanym i holistycznym postrzeganiu potrzeb pacjenta.
Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień koncepcji wspólnego podejmowania decyzji.

SŁOWA KLUCZOWE: wspólne podejmowanie decyzji, opieka pielęgniarska.

ABSTRACT

Shared decision making is a process that allows patients and medical staff to make decisions about the therapeutic process and care, taking into account patient's preferences and values important to them, as well as clinical aspects in conjunction with formal and ethical conditions. The process of shared decision-making requires mutual exchange of information among all persons involved in the care, and the discussion undertaken thereupon should be aimed at reaching an agreement on the implementation of both the care and therapeutic process. The practical application of the concept of shared decision-making in the medical care has a positive effect on the care and therapeutic process carried out by taking into account the individuality of the patient. This approach should be an integral part of nursing practice focused on individualized and holistic perception of the patient's needs.
The scope of the paper is to present selected issues related to shared decision making.

KEYWORDS: shared decision making, nursing care.

Wprowadzenie

Jedną z podstaw praktykowania współczesnej opieki medycznej stanowi poszanowanie autonomii człowieka. Kluczowym z jej elementów jest umożliwienie aktywnego udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji odnoszących się do prowadzonego wobec niego procesu terapeutycznego i opiekuńczego [1–3]. Podejściem, które szczególnie akcentuje współudział pacjenta w procesie decyzyjnym jest koncepcja wspólnego podejmowania decyzji (ang. shared decision making, SDM) [3, 4]. Zakłada ona postrzeganie pacjenta w sposób holistyczny, umożliwienie mu aktywnego udziału i partnerskiej współpracy w procesie terapeutycznym poprzez wyrażenie swojej opinii opartej na subiektywnej perspektywie. Wspólne podejmowanie decyzji jest procesem, który ułatwia pacjentom i personelowi medycznemu ustanawianie kolektywnych postanowień dotyczących prowadzenia opieki zdrowotnej. Stosowanie koncepcji SDM umożliwia określanie celów i podejmowanie działań zgodnych z potrzebami, przekonaniami, wartościami i uwarunkowaniami społecznymi, kulturowymi czy religijnymi pacjenta z uwzględnieniem wskazań i dostępnych możliwości terapeutycznych, a także uwarunkowań formalnych, etycznych i prawnych oraz organizacyjnych realizowanej opieki [1, 3, 5–10].

Wspólne podejmowanie decyzji jest zalecaną metodą wspierania uczestnictwa pacjentów w podejmowaniu rozstrzygnięć dotyczących opieki medycznej [11]. Podejście to umożliwia zaangażowanie wszystkich osób biorących udział w procesie terapeutycznym i sprawowaniem opieki nad pacjentem [12, 13], ułatwia osiągnięcie postanowień i podjęcie wyborów dotyczących opieki zdrowotnej uzgodnionych solidarnie przez pacjenta i jego bliskich oraz zajmujący się nim personel [14]. W realizacji tej koncepcji szczególny nacisk kładzie się na prawo pacjenta do otrzymania informacji o wszystkich możliwych opcjach opieki wraz z wynikającymi z nich potencjalnymi korzyściami lub ryzykiem czy niedogodnościami. Uzyskane informacje stanowią dla pacjenta podstawę do wyrażenia świadomej zgody lub sprzeciwu [2, 12, 15].

Zastosowanie koncepcji SDM w praktyce opieki medycznej, dzięki aktywnemu udziałowi pacjenta, umożliwia podniesienie jej jakości, a dodatkowo zwiększa zadowolenie pacjenta z udzielanych mu świadczeń [4, 7]. Jak dowodzą badania, osoby które biorą aktywny udział w podejmowaniu decyzji lepiej rozumieją istotę procesu terapeutycznego i opieki oraz podejmowanych w związku z nim działań [3, 6], a także poprawniej przestrzegają rekomendowanych im zaleceń [13, 16]. Ponadto aktywne uczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji wpływa również na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nieporozumień i konfliktów związanych z prowadzonymi interwencjami terapeutycznymi i opiekuńczymi [17, 18]. Pielęgniarki, ze względu na istotę swej roli zawodowej, odgrywają znaczącą rolę w wspieraniu pacjentów także w procesie podejmowania decyzji. Dlatego też ważne jest, aby koncepcja wspólnego podejmowania decyzji była wdrażana również w czasie sprawowania opieki pielęgniarskiej stanowiąc jej integralny element [19, 20].

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień koncepcji wspólnego podejmowania decyzji w praktyce opieki pielęgniarskiej.

Założenia koncepcji wspólnego podejmowania decyzji

Pojawienie się na przełomie lat 80. i 90. XX wieku koncepcji wspólnego podejmowania decyzji stanowiło swoistą odpowiedź na funkcjonującą wówczas w opiece medycznej orientację paternalistyczną, która skupiała się na ujmowaniu człowieka chorego jako biernego podmiotu działań profesjonalistów bez uwzględniania jego autonomii i udziału w procesie decyzyjnym [3, 4].

Istnieją liczne, niekiedy odmienne, definicje koncepcji wspólnego podejmowania decyzji, jednakże wykazują one wiele elementów wspólnych. Pierwszym z nich jest odniesienie do poszanowania prawa pacjenta do autonomii i podejmowania decyzji, kolejnym uwzględnienie dynamicznej i interaktywnej relacji pomiędzy pacjentem a personelem (obejmującej wymianę zdań, opinii, uwzględnianie zmieniającego się stanu zdrowia i okoliczności sprawowanej opieki). Następny brany pod uwagę aspekt obejmuje dyskusje na temat preferencji, co do postępowania i możliwości terapeutycznych. Ostatnim elementem uwzględnianym w definiowaniu SDM jest osiągnięcie wzajemnego konsensusu w podjęciu decyzji, co do dalszego postępowania medycznego [4, 21]. Najczęściej wspólne podejmowanie decyzji definiowane jest jako podejście, w którym pacjenci i przedstawiciele opieki zdrowotnej dzielą się informacjami istotnymi dla podjęcia decyzji w konkretnej sytuacji. Osoby zaangażowane w ten proces aktywnie i na równych prawach wspólnie rozważają możliwe opcje rozwiązania problemu, zmierzają do osiągnięcia ustalonego i akceptowanego przez wszystkich celu opieki [1, 3, 5, 7–8].

Koncepcja wspólnego podejmowania decyzji obejmuje trzy podstawowe etapy (elementy) jej ustanawiania [3]. Przed pierwszym spotkaniem z pacjentem wskazane jest, o ile jest to możliwe, zapoznanie się z dostępną dokumentacją dotyczącą zarówno historii choroby, jak i aktualnego stanu zdrowia oraz sytuacji społecznej. Faza ta obejmuje także przeprowadzenie badania przedmiotowego oraz zapoznanie się z dostępnymi wynikami badań i konsultacji. Pierwszy etap SDM stanowi zdefiniowanie i opisanie istniejącej sytuacji problemowej. W tej fazie kluczowym elementem jest wzajemne poznanie się uczestników interakcji oraz określenie zasad współpracy. Istotną rolą pielęgniarki jest poinformowanie pacjenta, że jego udział w SDM jest dobrowolny, ma on prawo do wyrażania zgody na wszelkie udzielane mu świadczenia oraz zmiany raz podjętych postanowień. Stadium to obejmuje przedstawienie wyczerpujących informacji dotyczących aktualnej sytuacji i stanu zdrowia, proponowanych rozwiązań (z uwzględnieniem alternatywnych możliwości działania), wszystkich opcji postępowania możliwych do podjęcia w danych okolicznościach wraz z ich dającymi się przewidzieć korzyściami i ewentualnym ryzykiem. Istotną składową tego etapu jest właściwe rozumienie przekazywanych informacji, dlatego też w procesie komunikowania pielęgniarka powinna używać terminologii zrozumiałej dla pacjenta, zaś on sam powinien zgłaszać wszelkie pojawiające się wątpliwości czy niejasności. Podstawę prowadzonego dialogu stanowić powinno wzajemne aktywne słuchanie, korzystnym rozwiązaniem ułatwiającym właściwe rozumienie istoty prowadzonego dialogu jest także bieżące wyjaśnianie ewentualnych nieporozumień i upewnienie się,

że obie strony interakcji właściwie interpretują swoje wypowiedzi (np. poprzez wzajemne parafrazowanie). Następnym etapem SDM jest uwzględnienie wartości i preferencji pacjenta. Zarówno w czasie przedstawiania informacji dotyczących bieżącej sytuacji oraz możliwych opcji jej rozwiązania (określenia celów opieki) brane są pod uwagę wszystkie jej aspekty (kliniczne, prawne, etyczne, organizacyjne). W procesie wspólnego podejmowania decyzji profesjonaliści opieki medycznej zobowiązani są do obiektywnego przedstawienia pacjentowi diagnozy, rokowania, opcji terapeutycznych i prawdopodobieństwa ich powodzenia, zaś powinnością pacjentów jest przedstawienie swoich subiektywnych odczuć, co do choroby, uwarunkowań społecznych, a także dokonanie oceny i wyboru proponowanych im działań zgodnie z swoimi preferencjami i potrzebami. Końcowy etap procesu SDM stanowi wspólne podjęcie najlepszej dla danego pacjenta decyzji uzgodnionej i zaakceptowanej przez wszystkie strony zaangażowane w dyskusje. Natychmiastowe osiągnięcie tego etapu nie zawsze może być możliwe, dlatego też należy ułatwić podjęcie ostatecznej decyzji pacjentowi poprzez zapewnienie oczekiwanej przez niego ilości czasu do namysłu. Rolą profesjonalistów opieki jest upewnienie się czy pacjent potrzebuję jeszcze dodatkowych informacji lub chciałby skonsultować się z kimś kto dotychczas nie był zaangażowany w SDM. Uwzględnić należy również, że jednorazowe podjęcie decyzji zazwyczaj nie rozwiązuje wszystkich problemów pacjenta, dlatego też ważne jest, by po jej ustanowieniu zachęcać pacjenta do dalszego aktywnego udziału w współdecydowaniu o prowadzonym wobec niego procesie terapeutycznym i opiekuńczym [3, 16, 19, 21–23, 27].

Reasumując, koncepcja SDM zakłada, że pacjent dzieli się z profesjonalistami opieki informacjami ujawniając zarówno wiadomości istotne z punku widzenia medycznego, ale także te, które odnoszą się do wartości, celów życiowych, doświadczeń i uwarunkowań społecznych jednostki. Wszystkie przedstawione wiadomości wpływają na zaprezentowanie możliwych opcji postępowania w procesie terapeutycznym i wybór jednej lub kilku z nich [7, 24–27]. Relacje stron biorących udział w podejmowaniu decyzji opierają się na wzajemnym poszanowaniu kompetencji i umiejętności oraz uznaniu, że ich połączenie wspiera osiągnięcie zaplanowanego celu. W wspólnym podejmowaniu decyzji nie obowiązuje hierarchia osób w nią zaangażowanych, relacje partnerskie to przede wszystkim uznanie, że pacjent jest także ekspertem w obszarze związanym z swoim zdrowiem [1, 17, 28].

Koncepcja wspólnego podejmowania decyzji stanowi niejako przeciwieństwo podejścia biomedycznego koncentrującego się na zaburzeniach funkcjonowania organizmu i chorobie pacjenta. Perspektywa SDM umożliwia holistyczne postrzegania człowieka chorego, sprawowanie nad nim zindywidualizowanej opieki i procesu terapeutycznego. Założenia koncepcji wspólnego podejmowania decyzji opierają się na przekonaniu, że prawo do samostanowienia pacjentów powinno być wspierane przez profesjonalistów opieki medycznej poprzez budowanie relacji terapeutycznych opartych na indywidualności jednostek i kompetencji profesjonalistów [3]. Założenia te przyjmują także konieczność dojścia do akceptowanego przez wszystkie zaangażowane strony kompromisu, w którego osiągnięciu konieczne jest wspólne podejmowanie dyskusji, akceptacja bądź odrzucenie proponowanych rozwiązań prowadzące niekiedy do zmiany początkowo przyjętego stanowiska [7, 24, 29]. Przydatne w praktyce udzielania informacji w trakcie prowadzenia SDM mogą być także, opracowane w oparciu o dowody naukowe, narzędzia wykorzystywane w komunikacji z pacjentem. Zawierają one krótkie (jedna do trzech stron) podsumowanie przedstawionych rozwiązań terapeutycznych, ich prawdopodobnych wyników oraz czynników, które pacjenci powinni rozważyć przy podejmowaniu decyzji (w tym danych dotyczących potencjalnego ryzyka i korzyści). Pisemne informacje umożliwiają pacjentom zapoznanie się przedstawionym zagadnieniem, a także stanowią punkt wyjścia do zadawania pytań i dalszych dyskusji [18–19, 30–31].

Czynniki wpływające na proces wspólnego podejmowania decyzji

Na stosowanie koncepcji SDM wpływać może wiele czynników. Najistotniejsze z nich, dotyczące zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów, to postrzeganie wspólnego podejmowania decyzji, umiejętność przekazywania i rozumienia oraz właściwej interpretacji informacji, akceptacja lub niechęć do udziału w SDM, a także niedostateczne przygotowanie lub brak czasu do prowadzenia tego rodzaju dialogu w procesie terapeutycznym. Trudnością może być również wykazywana przez profesjonalistów chęć ochrony pacjenta przed krzywdą i zatajenie pewnych faktów (działania paternalistyczne, stosowanie przywileju terapeutycznego), a także postawy rodzin i osób bliskich zmierzające do ochrony chorego. Ponadto uwzględnić należy, że nie każdy pacjent chce brać czynny udział w współdecydowaniu o prowadzonym wobec niego postępowaniu opiekuńczym i terapeutycznym [3, 5, 19, 31–32]. Niechęć pacjentów do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji wynika zazwyczaj z przyzwyczajenia oraz akceptacji praktykowanego podejścia paternalistycznego. Jest to na-

stawienie stosukowo powszechne u osób starszych, nie powinno być ono jednak utożsamiane z całkowitym brakiem zainteresowania udziałem w podejmowaniu decyzji [18].

Wśród czynników wpływających na praktykowanie koncepcji SDM wyróżnić można czynniki organizacyjne, związane z pacjentem oraz związane z profesjonalistą [19, 30, 33–34]. Wśród czynników organizacyjnych najczęściej wymieniany jest niewystarczający czas, jaki poświęca się na wspólne podejmowanie decyzji. Jako przeszkoda w praktykowaniu SDM wskazywany jest także brak ciągłości opieki rozumiany, jako zaangażowanie w opiekę zbyt wielu specjalistów, którzy nie znają w wystarczającym stopniu pacjenta i jego sytuacji. Również niewłaściwy przepływ informacji w zespole terapeutycznym czy brak możliwości wyboru przez pacjenta osoby, która będzie się nim zajmowała ujemnie wpływa na możliwość prowadzenia SDM. Istotne są także uwarunkowania związane z otoczeniem fizycznym. Negatywny wpływ mają hałas, brak prywatności do rozmowy czy przeprowadzania badań [30–31].

Uwarunkowania związane z pacjentem – udział pacjenta w wspólnym podejmowaniu decyzji również uzależniony jest od licznych przyczyn. Do czynników nie modyfikowalnych zaliczyć można: zły stan zdrowia, zaburzenia poznawcze, a także wcześniejsze doświadczenia związane z chorobą i udziałem w podejmowaniu decyzji. Inne przyczyny wpływające negatywnie na uczestniczenie w procesie SDM obejmują: zaawansowany lub młody wiek, niski poziom wykształcenia, różnice społeczne i kulturowe pomiędzy pacjentem a przedstawicielem opieki medycznej, rodzaj schorzenia, na jakie pacjent cierpi (np. zaburzenia o charakterze ostrym, zakaźnym, uzależnienia, choroby przewlekłe), a także występowanie zaburzeń w zakresie komunikowania się [13, 19, 30].

Uwarunkowania związane z personelem. Istotnym elementem niezbędnym do wdrażania w praktyce koncepcji wspólnego podejmowania decyzji jest dogłębne zrozumienie przez zespół terapeutyczny jej istoty i zasad, a także ocena własnych postaw i umiejętności w zakresie praktykowania SDM [18–19]. Wśród czynników wpływających korzystnie na funkcjonowanie modelu SDM w praktyce klinicznej wyróżnić można: aktywne słuchanie, partnerstwo i prowadzenie dialogu, a także autentyczne zaangażowanie i chęć zrozumienia indywidualności pacjentów. Wpływ na proces SDM mają także indywidualne cechy osobowościowe profesjonalisty. Natomiast najistotniejszą przeszkodą w praktykowaniu SDM związaną z personelem medycznym jest nieuznawanie tej formy podejmowania decyzji a także przyjmowanie autorytarnego (paternalistycznego) stanowiska w kontaktach z pacjentami. Ponadto koncentrowanie się na leczeniu choroby, a nie postrzeganiu pacjenta jako całości i ignorowanie wartości przez niego prezentowanych [30]. Inne czynniki wpływające na proces SDM to przede wszystkim okazywanie zaufania i szczerości, które mogą stanowić zarówno barierę, jak i przyczyniać się do zwiększenia zaangażowania w proces wspólnego podejmowania decyzji. Istotne jest też prawidłowe przeprowadzenie wszystkich etapów SDM i stymulowanie pacjentów do aktywnego udziału w podejmowania wyborów. W procesie przekazywania informacji szczególnie ważne jest porozumiewanie się przy użyciu terminologii zrozumiałej dla wszystkich uczestników interakcji. Korzystne jest także wykorzystywanie informacji pisemnych, jako elementu uzupełniającego informacje udzielone ustnie [22, 30, 35–36].

Podsumowanie i wnioski

Podczas udzielania świadczeń związanych z opieką medyczną konieczne jest uwzględnienie indywidualności pacjenta oraz współdziałanie personelu reprezentującego różne profesje. Wspólne podejmowanie decyzji, jako jedna z metod ich ustanawiania w obszarze opieki medycznej, umożliwia powstanie zrównoważonej i partnerskiej relacji pomiędzy pacjentami, profesjonalistami opieki i innymi kluczowymi podmiotami zaangażowanymi w prowadzone i planowane postępowanie opiekuńcze i terapeutyczne. Wspólne podejmowanie decyzji jest optymalnym podejściem do podejmowania decyzji związanych z prowadzonym procesem terapeutycznym i opiekuńczym, ma ono na celu osiągnięcie wyborów dotyczących opieki zdrowotnej uzgodnionych wspólnie przez pacjenta (a także jego bliskich) i zajmujących się nim profesjonalistów opieki medycznej. W koncepcji tej nacisk kładzie się na *aktywny i partnerski udział zarówno pacjenta, jak i profesjonalistów* w procesie decyzyjnym oraz *porozumienie w sprawie uzgodnień, co do dalszego postępowania*. W koncepcji wspólnego podejmowania decyzji pacjent postrzegany jest jako czynny uczestnik opieki, która skoncentrowana jest na jego potrzebach. Umożliwia to odejście od podejścia paternalistycznego w stronę pełniejszego rozumienia pacjenta oraz adekwatnego do jego potrzeb dostosowania opieki (indywidualizacji opieki).

Praktykowanie SDM wpływa także na polepszenie komunikacji pomiędzy wszystkim stronami zaangażowanymi w podejmowanie decyzji oraz sprzyja zwiększeniu wzajemnego zaufania. Aktywny udział pacjentów w procesie decyzyjnym skutkuje lepszą współpracą z zespołem terapeutycznym, a także zwiększeniem zadowolenia z świadczonej opieki i minimalizowaniem ryzyka nieporozumień w czasie jej trwania. Dzięki wdraża-

niu modelu wspólnego podejmowania decyzji możliwe jest realizowanie opieki skoncentrowanej na pacjencie z poszanowaniem jego indywidualności i wyjątkowości.

Wspólne podejmowanie decyzji umożliwiające uwzględnienie preferencji pacjenta jest modelem zalecanym do stosowania w praktyce opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarki mogą odegrać znaczącą rolę w poprawie jakości procesu terapeutycznego poprzez wdrażanie do swej praktyki zasad wspólnego podejmowania decyzji. Często pełnią one rolę mediatorów pomiędzy zaangażowanymi w podejmowanie decyzji stronami, a także udzielają wsparcia czy wyjaśniają pacjentom niejasności. Ponadto, ze względu na specyfikę ich pracy, stanowią cenne źródło informacji na temat pacjenta dla pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Aby koncepcja SDM mogła zostać szeroko wdrożona do codziennej praktyki konieczne jest zwiększanie zasobu wiedzy odnośnie tej problematyki zarówno wśród profesjonalistów opieki, jak i pacjentów i ich bliskich.

Piśmiennictwo

1. Peisah C, Sorinmade O, Mitchell L, Hertogh C. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. Int Psychogeriatr. 2013; 25(10): 1571–1579.
2. Gluyas H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. Nurs Stand. 2015; 30(4): 50–57.
3. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med. 2012; 27(10): 1361–1367.
4. Groot G, Waldron T, Carr T, McMullen L, Bandura L, Neufeld S, Duncan V. Development of a program theory for shared decision-making: a realist review protocol. Systematic Reviews. 2017; 6: 114.
5. Gillick M. Re-engineering shared decision-making. J Med Ethics. 2015; 41(9): 785–788.
6. Farmer L, Lundy A. Informed Consent: Ethical and Legal Considerations for Advanced Practice Nurses. J Nurse Pract. 2017; 13(2): 124–131.
7. Sandman L, Gustavsson E, Munthe C. Individual responsibility as ground for priority setting in shared decision-making. J Med Ethics. 2016; 42(10): 653–658.
8. Olthuis G, Leget C, Grypdonck M. Why shared decision making is not good enough: lessons from patients. J Med Ethics. 2014; 40(7): 493–495.
9. Giguere A, Labrecque M, Haynes R, Grad R, Pluye P, Légaré F, Cauchon M, Greenway M, Carmichael P. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. Implement Sci. 2014; 9: 144.
10. Dolan J. Shared decision-making – transferring research into practice: the Analytic Hierarchy Process (AHP). Patient Educ Couns. 2008; 73(3): 418–425.
11. van de Pol MH, Fluit C, Lagro J, Slaats Y, Olde Rikkert M. Lagro-Janssen A. Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. Patient Educ Couns. 2016; 99(6): 1069–1077.
12. Hawley S, Morris A. Cultural challenges to engaging patients in shared decision making. Patient Educ Couns. 2017; 100(1): 18–24.
13. Del Río-Lanza A, Suárez-Álvarez L, Suárez-Vázquez A, Vázquez-Casielles R. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. Springerplus. 2016; 5(1): 1386.
14. Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. Patient Educ Couns. 2010; 80(2): 164–172.
15. Lyons S, Brunero S, Lamont S. A return to nursing rounds--person centred or a task too far? Aust Nurs Midwifery J. 2015; 22(9): 30–33.
16. Madsen C, Fraser A. Supporting patients in shared decision making in clinical practice. Nurs Stand. 2015; 29(31): 50–57.
17. Fraenkel L, McGraw S. What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making? J Gen Inter Med. 2007; 22(5): 614–619.
18. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, Dodd C, Brain K, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. BMJ 2017; 357: j1744.
19. Friesen-Storms J, Bours G, van der Weijden T, Beurskens A. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. Int J Nurs Stud. 2015; 52(1): 393–402.
20. Manley K, Watts C, Cunningham G, Davies J. Principles of nursing practice: development and implementation. Nurs Stand. 2011; 25(27): 35–37.
21. King J, Moulton B. Rethinking informed consent: the case for shared medical decision-making. Am J Law Med. 2006; 32(4): 429–501.
22. Stiggelbout A, Pieterse A, De Haes J. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns. 2015; 98(10): 1172–1179.
23. Makoul G, Clayman M. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ. Couns. 2006; 60: 301–312.
24. Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. Health Care Anal. 2010; 18(1): 60–84.
25. Sandman L, Granger B, Ekman I, Munthe C. Adherence, shared decision-making and patient autonomy. Med Health Care Philos. 2012; 15(2): 115–127.
26. Munthe C, Sandman L, Cutas D. Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. Health Care Anal. 2012; 20(3): 231–249.
27. Truglio-Londrigan M. The Patient Experience With Shared Decision Making: A Qualitative Descriptive Study. J Infus Nurs. 2015; 38(6): 407–418.
28. Coulter A, Martin H, Moumjid-Ferdjaoui N, Perestelo-Perez L, Van Der Weijden T. European Experience with Shared Decision Making. Int J Pers Cent Med. 2015; 5(1): 9–14.
29. Sandman L. The concept of negotiation in shared decision making. Health Care Anal. 2009; 17(3): 236–243.
30. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Educ Couns. 2014; 94(3): 291–309.
31. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. BMJ 2014; 348: g3178.
32. Legaré F, Witteman H. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. Health Aff. 2013; 32: 276–83.
33. Wagner A. Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pa-

cjentem w perspektywie socjologicznej. Zeszyty prasoznawcze 2015; 58(2): 213–223.
34. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns. 2008; 73(3): 526–535.
35. Eldh A, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. Nurs Ethics. 2006; 13: 503–514.
36. Stiggelbout A, Van der Weijden T, De Wit M, Frosch D, Légaré F, Montori V, Trevena L, Elwyn G. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. BMJ. 2012; 344: e256.

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.02.2019.
Artykuł przyjęty do publikacji: 04.04.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Patrycja Zofia Zurzycka
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
tel. 12 421 41 60
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum