



Opieka zorientowana na osobę jako narzędzie poprawy jakości i powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej

Person-centred care as a tool for improvement of the quality and costs reduction in health care

Roman Lewandowski^{1,A-F}, Jędrzej Lewandowski^{2,B-F}, Dariusz Czaprowski^{3,B-F}

¹ Wydział Zarządzania, Społeczna Akademia Nauk, Łódź, Polska

² Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Lewandowski R, Lewandowski J, Czaprowski D. Opieka zorientowana na osobę jako narzędzie poprawy jakości i powstrzymania wzrostu kosztów w opiece zdrowotnej. *Med Og Nauk Zdr.* 2020; 26(2): 129–133. doi: 10.26444/monz/120123

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. W ostatnim czasie w krajach zachodnich duże uznanie zyskało nowe podejście do leczenia i opieki nad pacjentem, nazywane opieką zorientowaną na osobę (OZO). W Polsce podejście to nie jest szerzej znane, pomimo iż wykazano jego pozytywne rezultaty zarówno w zakresie poprawy jakości leczenia, rehabilitacji i opieki, jak i ograniczenia kosztów. Celem pracy jest przedstawienie definicji opieki zorientowanej na osobę, wykazanie istotnych różnic pomiędzy różnymi rodzajami opieki oraz wskazanie charakterystycznego dla OZO toku postępowania.

Opieka zorientowana na osobę. Podstawowym elementem OZO jest ujmowanie pacjenta w szerokim kontekście, nie tylko widzenie go przez pryzmat jego choroby, ale przede wszystkim postrzeganie go jako osoby ze wszystkimi jej możliwościami i ograniczeniami.

Słowo „pacjent” kojarzy się z uprzedmiotawianiem danej osoby i redukowaniem jej do odbiorcy usług medycznych. OZO oznacza odejście od modelu, w którym pacjent jest pasywnym celem interwencji medycznej, na rzecz modelu zakładającego bardziej partnerskie ustalenia i traktowanie pacjenta jako osoby aktywnie uczestniczącej we własnej opiece i procesie podejmowania decyzji. Współtworzenie partnerstwa między pacjentem, jego rodziną a pracownikami ochrony zdrowia jest podstawowym elementem OZO. Podejście to jest oparte na trzech filarach: partnerstwie, narracji pacjenta i dokumentacji.

Podsumowanie. Opieka zorientowana na osobę może służyć poprawie jakości usług dostarczanych przez ochronę zdrowia. Podejście to ma również znaczny potencjał powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów pacjenta i jego sieci społecznej oraz stworzeniu synergii ze wsparciem proponowanym przez system ochrony zdrowia.

■ Słowa kluczowe

polityka zdrowotna, pacjent, opieka medyczna, koszty leczenia

■ Abstract

Introduction and Objective. Recently in Western countries, a new approach to treatment and patient care, called person-centred care (PCC), has gained recognition. In Poland, this approach is not widely known despite its positive results demonstrated in terms of improving the quality of treatment, rehabilitation and care, as well as reducing costs. The aim of the study is presentation of the definition of PCC, and significant differences between diverse types of care, as well as indication of the fundamental routines of PCC.

Person-centred care. The fundamental element of PCC is seeing a patient in a broad context, not only through the prism of the illness, but above all perceiving this patient as a person with all capabilities and limitations.

The word „patient” tends to objectify and reduce a person to a recipient of medical services. PCC means a departure from the model in which a patient is a passive subject of medical intervention, towards the model where a contractual agreement is made involving the patient as an active partner in own care and the decision-making process. Co-creation of a partnership between the patient, his/her family, and health care professionals is an essential element of PCC. This approach is based on three pillars: partnership, patient narration and documentation.

Summary. Person-centred care can improve the quality of services provided by healthcare. This approach also presents significant potential in cost containment by better use of the patient's resources and his/her social network, as well as by creating synergies with support proposed by the healthcare system.

■ Key words

health policy, patient, health care, costs of treatment

Adres do korespondencji: Dariusz Czaprowski, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, 28 Czerwca 1956 r, 61-701 Poznań, Polska
E-mail: dariusz.czaprowski@interia.pl

Nadesłano: 23.01.2020; zaakceptowano do publikacji: 9.04.2020; publikacja online: 15.05.2020

WPROWADZENIE

W ostatnich dziesięcioleciach w krajach zachodnich, szczególnie w Szwecji i Wielkiej Brytanii, duże uznanie zyskało nowe podejście do leczenia i opieki nad pacjentem, nazywane opieką zorientowaną na osobę (ang. *person-centred care*, PCC). W Szwecji rozwiązanie to jest implementowane na poziomie krajowym przy wsparciu władz wielu regionów. W celu prowadzenia badań nad opieką zorientowaną na osobę (OZO) i propagowania tego podejścia w placówkach medycznych szwedzki rząd sfinansował utworzenie przy Uniwersytecie w Goteborgu dedykowanego instytutu badawczego (The Gothenburg University Centre for Person-Centred Care, GPCC). W Wielkiej Brytanii ten sposób postępowania jest również szeroko rozpoznawalny, z tym że został on poszerzony o element koordynacji i nazywany jest tam skoordynowaną opieką zorientowaną na osobę (ang. *person-centred coordinated care*, P3C) [1].

W Polsce podejście to nie jest szerzej znane, pomimo że prowadzone do tej pory badania naukowe wykazują jego pozytywne rezultaty zarówno w zakresie poprawy jakości leczenia, rehabilitacji i opieki, jak i ograniczenia kosztów [2]. Badania przeprowadzone na próbie 112 Szwedów w wieku powyżej 65 lat wykazały, że zastosowanie OZO u pacjentów ze złamaniami szyjki kości udowej doprowadziło do skrócenia liczby dni opieki o 50% oraz zredukowało liczbę powikłań medycznych i poziom odczuwanego przez pacjentów bólu [3]. Efektami wykorzystania OZO w leczeniu pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w Szwecji były także: zmniejszenie zmęczenia, zwiększenie siły mięśni, poprawa zaufania do własnych zdolności oraz lepsza ocena własnego zdrowia. OZO wpłynęło także na redukcję kosztów leczenia ($n = 250$) [4]. Podobne wyniki przyniosły randomizowane badania przeprowadzone na 36-osobowej grupie szwedzkich pacjentów. Mianowicie wykazano, że wprowadzenie OZO podczas leczenia nowotworów i opieki paliatywnej poprawiło jakość życia i bardziej złagodziło objawy choroby w porównaniu do grupy kontrolnej [5]. Również w opiece nad osobami starszymi po wdrożeniu OZO odnotowano pozytywne efekty. W badaniach opartych na próbie 138 Brytyjczyków wykazano, że indywidualnie dostosowane interwencje OZO u osób z demencją w 12 domach opieki obniżyły odsetek mieszkańców przyjmujących neuroleptyki o ok. 19,1% [6]. Zastosowanie OZO powodowało także poprawę atmosfery w domu opieki oraz obniżenie poziomu stresu u personelu ($n = 171$, Szwecja) [7]. Podczas badania przeprowadzonego na próbie 120 pacjentów w Szwecji, objętych opieką psychiatryczną, ok. 50% pacjentów zgłosiło, że OZO doprowadziła do obniżenia lęku w porównaniu do 10% wśród pacjentów leczonych konwencjonalnie. Podobne wyniki wykazano w przypadku depresji [8].

Istotnym problemem współczesnej ochrony zdrowia jest nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń profesjonalistów medycznych, szczególnie w okresie bezpośrednio po ostrym incydencie choroby. Wyrzyskiem tego przykładem może być choroba wieńcowa, w przypadku której, dzięki postępowi medycyny inwazyjnej, znacznie spadła śmiertelność, jednakże efekty te są niwelowane poprzez brak późniejszej rehabilitacji, gdyż tylko nieznaczny odsetek pacjentów w niej uczestniczy [9]. Podobne problemy dotyczą stosowania profilaktyki związanej np. z aktywnością fizyczną, zdrowym żywieniem, paleniem tytoniu oraz utrzymywaniem odpowiedniego poziomu cholesterolu. Również w tym obszarze

metaanaliza badań przeprowadzonych w Europie, Ameryce Północnej i Australii wykazała, że zastosowanie OZO przynosi wymierne rezultaty [9, 10].

CEL PRACY

Jak wynika z doświadczeń Autorów, rozpoznawalność opieki zorientowanej na osobę jest w Polsce niska i często mylona jest ona z innymi formami opieki, takimi jak medycyna spersonalizowana i opieka zorientowana na pacjenta. Dlatego celem artykułu jest doprecyzowanie definicji opieki zorientowanej na osobę, wykazanie istotnych różnic pomiędzy różnymi rodzajami opieki oraz wskazanie charakterystycznego dla OZO toku postępowania.

OPIEKA ZORIENTOWANA NA OSOBĘ

Podstawowym elementem opieki zorientowanej na osobę jest ujmowanie pacjenta w szerokim kontekście, nie tylko postrzeganie go przez pryzmat jego choroby, czy też jako tzw. przypadek medyczny, ale przede wszystkim widzenie go jako osoby ze wszystkimi jej możliwościami i ograniczeniami. Słowo „pacjent” kojarzy się z uprzedmiotawianiem i redukowaniem osoby do zwykłego odbiorcy usług medycznych lub do „osoby, na której wykonuje się procedury medyczne” [11]. Co więcej, słowo to sprawia, że na osobę spogląda się przez pryzmat konkretnego schorzenia, co powoduje podświadome zredukowanie cech i możliwości człowieka do standardowego wyobrażenia pacjenta z danym schorzeniem. Jest to użyteczne jedynie podczas wykonywania diagnostyki, natomiast może utrudniać leczenie i dochodzenie przez pacjenta do pełni zdrowia.

OZO oznacza odejście od modelu, w którym pacjent jest pasywnym celem interwencji medycznej, na rzecz modelu zakładającego bardziej partnerskie ustalenia, będące podstawą zaangażowania pacjenta jako osoby aktywnie uczestniczącej w opiece, jakiej jest poddana i w procesie podejmowania decyzji. Współtworzenie partnerstwa między pacjentami, ich rodziną i opiekunami a pracownikami ochrony zdrowia jest podstawowym elementem OZO [12]. Definicje OZO mogą różnić się w szczegółach w zależności od autorów, ale generalnie podejście to jest oparte na trzech filarach: partnerstwie, narracji pacjenta i dokumentacji [13].

Najważniejszym aspektem OZO jest partnerstwo, które wymaga zachowania wzajemnego szacunku dla wiedzy i doświadczenia każdej ze stron. Pacjent w tym partnerstwie dostarcza szczegółowej wiedzy na temat swoich doświadczeń życia z chorobą, natomiast profesjonalista medyczny zapewnia wiedzę specjalistyczną w zakresie opieki, leczenia i rehabilitacji osoby z określonym schorzeniem, przy czym wiedza dostarczana przez profesjonalistów medycznych jest bardziej ogólna i uniwersalna. Wsłuchiwanie się w narrację pacjenta pozwala na określenie jego stanu psychofizycznego oraz zrozumienie relacji między pacjentem-osobą a jej możliwościami i zasobami, bez względu na to, czy są to jej zasoby osobiste, czy też znajdujące się w sieci społecznej. Dopiero połączenie wiedzy uzyskanej dzięki wsłuchaniu się w narrację pacjenta z wynikami badań biomedycznych jest warunkiem wstępnym do opracowania planu opieki i leczenia. W OZO leczenie, rehabilitacja lub opieka są planowane we współpracy z pacjentem, a wspólnie opracowany plan

opieki, zawierający cele i strategie dotyczące krótko- i długoterminowego postępowania, jest udokumentowany w formie pisemnej. W przypadku pacjenta małoletniego jego rodzina lub opiekunowie razem uczestniczą w tym procesie. Trzecim elementem OZO jest wprowadzenie narracji pacjenta i planu opieki do dokumentacji medycznej. Kluczowymi cechami tej dokumentacji muszą być: jej regularna aktualizacja, dokonywana zawsze wspólnie z pacjentem oraz jej dostępność dla pacjenta przez cały okres opieki i leczenia.

W brytyjskim podejściu dodatkowo podkreśla się jeszcze element współpracy w koordynacji opieki, czyli celowych działań w zakresie opieki nad pacjentem, realizowanej przez co najmniej dwóch świadczeniodawców, polegającej m.in. na wymianie informacji w taki sposób, aby chory nie musiał wciąż opowiadać swojej historii (narracji). Zatem w skoordynowanej opiece zorientowanej na osobę współtworzony plan leczenia powinien podążać drogą pacjenta przez łańcuch opieki.

Warto zwrócić uwagę, że obecnie funkcjonuje wiele podobnych terminów opisujących różne modele opieki i leczenia. OZO jest często mylone przede wszystkim z opieką zorientowaną na pacjenta.

Opieka zorientowana na pacjenta a opieka zorientowana na osobę

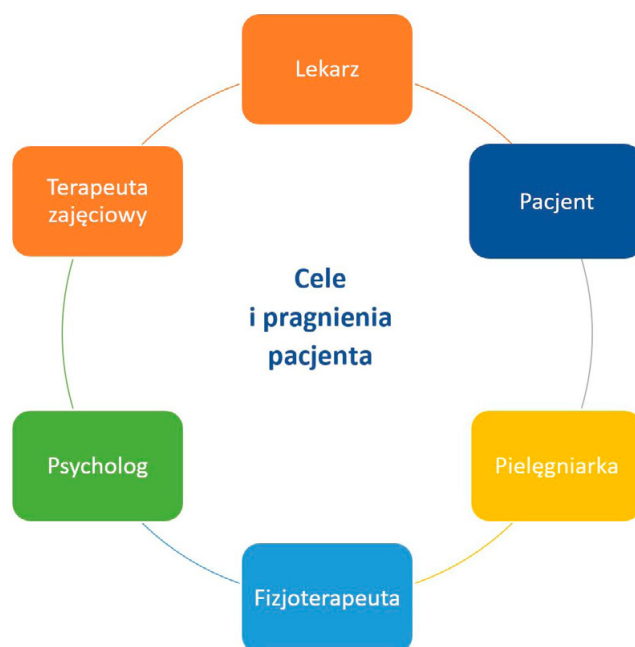
Opieka zorientowana na pacjenta (OZP, ang. *patient-centred care*) to praktyka opieki, która obejmuje słuchanie, informowanie i angażowanie pacjentów w ich opiekę. Można ją zdefiniować jako zapewnienie opieki, która szanuje indywidualne preferencje, potrzeby i wartości pacjenta oraz reaguje na nie, a także sprawia, że wartości pacjenta kierują wszystkimi decyzjami klinicznymi [14]. Instytut Pickera we współpracy z pacjentami i ich rodzinami przeprowadził wieloletni projekt badawczy i ostatecznie określił 8 cech opieki zorientowanej na pacjenta jako najważniejszych wskaźników jej jakości i bezpieczeństwa z perspektywy pacjentów. Są to: szacunek dla wartości, preferencji i wyrażanych potrzeb pacjentów; skoordynowana i zintegrowana opieka; jasne, wysokiej jakości informacje i edukacja dla pacjenta i rodziny; komfort fizyczny, w tym leczenie bólu; wsparcie emocjonalne oraz łagodzenie strachu i niepokoju; zaangażowanie członków rodziny i przyjaciół, w stosownych przypadkach; ciągłość i dostępność opieki, w tym fizyczna, poprzez zapewnienie transportu, odpowiednich pór przyjęć itp. [15].

Przy powierzchownym przyjrzeniu się opiece zorientowanej na pacjenta (ryc. 1) i opiece zorientowanej na osobę (ryc. 2), można stwierdzić, że koncepcje te są bardzo podobne, jednak dokonując głębszej analizy, można zauważyć istotne różnice. Podstawowa różnica jest taka, że w drugim podejściu pacjent jest aktywnym i równoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego.

Wynika to z faktu, że pojęcie „pacjent” ma węższy zakres niż pojęcie „osoba”. Przez „osobę” można rozumieć podmiot prawa, mający wszelkie instrumenty do decydowania o swoim losie i podejmowania autonomicznych decyzji oraz brania za nie pełnej odpowiedzialności. Opieka zorientowana na osobę jest podejściem poszerzającym zakres udziału pacjenta w procesie leczenia i opieki. Podejście to szczególnie akcentuje fakt, że pacjenci są osobami i nie należy ich sprowadzać do samej choroby, lecz należy także brać pod uwagę ich podmiotowość i integrację w danym środowisku, ich mocne strony, przyszłe plany, preferencje oraz osobiste prawa [11].



Rycina 1. Opieka zorientowana na pacjenta



Rycina 2. Opieka zorientowana na osobę

Tok postępowania w opiece zorientowanej na osobę

Większość autorów wymienia trzy podstawowe etapy OZO: partnerstwo, narrację pacjenta i dokumentowanie [11, 13], pozostawiając profesjonalistom duże pole do interpretacji, jak w istocie OZO ma być realizowane wobec poszczególnych pacjentów. Pozostawienie tak dużej przestrzeni do interpretacji sprawia jednak, że często opieka, która jest rzeczywiście sprawowana, ma niewiele wspólnego z OZO, a nawet z OZP.

Blizsza analiza działań, jakie powinni podejmować profesjonaliści medyczni, aby zapewnić opiekę zorientowaną na osobę, pozwala zidentyfikować szereg wzajemnie powiązanych etapów, które można również uznać za punkty kontrolne umożliwiające stwierdzenie, czy podejście OZO jest stosowane w konkretnych sytuacjach [3, 7, 11, 13].

Pierwszym z nich jest zaakceptowanie przez profesjonalistów medycznych zmiany roli pacjenta, który z podmiotu opieki przekształca się w aktywnego członka zespołu terapeutycznego, będącego ekspertem od własnej choroby,

cierpienia i generalnie życia. Jest to podejście wykraczające poza wysłuchanie i uznanie preferencji pacjenta. Drugim etapem jest ustanowienie partnerstwa i zdobycie zaufania pacjenta, co zachęci go do otwarcia się i przedstawienia prawdziwej narracji, pozwalającej odkryć rzeczywiste potrzeby, możliwości i motywatory danej osoby związane z jej chorobą, które w innej sytuacji nie byłyby brane pod uwagę. Trzecim działaniem jest wsłuchanie się w narrację pacjenta i zidentyfikowanie najbardziej cenionych przez niego pragnień, czyli uzyskanie informacji, kim chciałby on być oraz podejmowanie jakich funkcji jest dla niego najważniejsze, biorąc pod uwagę jego obecną sytuację, a także poznanie, co motywuje go do działania. Czwartym elementem jest identyfikacja kluczowych zasobów pacjenta, w tym zdolności i umiejętności, które może on wykorzystać w procesie leczenia i opieki, a przede wszystkim określenie, jak chory może te zasoby spożytkować na minimalizację lub ominięcie skutków swoich dysfunkcji, czyli na ograniczenie swojej niepełnosprawności. Piąte działanie polega na wspólnym wypracowaniu planu opieki i/lub leczenia, i/lub rehabilitacji, umożliwiającego osiągnięcie wspólnie uzgodnionych celów (medycznych i osobistych). Wspólnym, a zatem opracowywanym razem przez specjalistów i pacjenta wraz z jego rodziną, na partnerskich równorzędnych zasadach [13].

Cały proces powinien być na bieżąco dokumentowany, w tym szczególnie narracja pacjenta dotycząca jego preferencji, możliwości i motywatorów, a przede wszystkim wspólnie uzgodnionego planu opieki. Kluczowe jest, aby plan opieki był stale dostępny dla pacjenta i jego rodziny oraz aktualizowany w zależności od potrzeb. Te procedury nie są wyczerpującą listą działań, które powinni wykonać specjaliści. Wykazują jednak wyraźny kontrast między OZO a „wcześniejszymi” procesami diagnozowania i leczenia.

Pytania kontrolne identyfikujące podejście zorientowane na osobę

O opiece zorientowanej na osobę w danej sytuacji można mówić wtedy, kiedy większość odpowiedzi na poniższe pytania jest pozytywna [3, 7, 11, 13]:

1. Czy indywidualni specjaliści i zespoły terapeutyczne planują opiekę i leczenie razem z pacjentami i ich bliskimi oraz wspólnie podejmują kluczowe decyzje?
2. Czy specjaliści pytają o preferencje pacjenta (zarówno te dotyczące leczenia, jak i celu leczenia)?
3. Czy specjaliści słuchają narracji pacjenta o jego życiu i otoczeniu (np. w obecności jego rodziny) i na tej podstawie identyfikują jego stan psychofizyczny, hierarchię wartości, pomysły i myśli dotyczące poprawy jego życia oraz je dokumentują?
4. Czy specjaliści postrzegają pacjenta jako osobę w kontekście społeczno-kulturowym i identyfikują jego – zarówno indywidualne, jak i te znajdujące się w sieci społecznej – możliwości i ograniczenia w kontekście przekształcania dostarczanych przez ochronę zdrowia, ale i posiadanych przez niego samego zasobów w celu wzmocnieniu upragnionych przez osobę funkcjonalności?
5. Czy specjaliści i pacjenci (wraz z krewnymi) występują jako partnerzy w procesie opieki i/lub leczenia i/lub rehabilitacji?
6. Czy współpraca z specjalistami umożliwia pacjentom poczucie kontroli nad opieką i/lub leczeniem i/lub rehabilitacją, jakiej są poddawani?

7. Czy osoby o niskim poziomie aktywności, poczucia własnej skuteczności lub wiary w samodzielne zarządzanie opieką i/lub leczeniem i/lub rehabilitacją, jakiej są poddawani, są wspierane w celu rozwijania wiedzy, umiejętności i pewności siebie, aby zarządzać swoim zdrowiem i dobrostanem?
8. Czy dzięki wysłuchaniu narracji pacjenta specjalista identyfikuje jego potrzeby, a także zdolności w zakresie samoopieki i profilaktyki zdrowotnej, koncentrując się na dostępnych mocnych stronach pacjenta w celu zachęcania go do zachowań prozdrowotnych?
9. Czy kierując się etyką, specjalista zawsze dąży do osiągnięcia porozumienia w zakresie planu opieki i leczenia?
10. Czy wspólnie przygotowany plan opieki i/lub leczenia i/lub rehabilitacji jest dokumentowany?
11. Czy aktualna wersja tego planu jest zawsze dostępna dla pacjenta?
12. Czy zmiany wprowadzone w życiu pacjenta są omawiane na następnym spotkaniu?

PODSUMOWANIE

Przedstawione podejście zorientowane na osobę jest kolejnym krokiem w kierunku poprawy jakości usług dostarczanych przez ochronę zdrowia. Podejście to ma również znaczny potencjał powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów pacjenta i jego sieci społecznej oraz stworzeniu synergii ze wsparciem proponowanym przez system ochrony zdrowia. Szczególnie istotne jest dokumentowanie preferencji, przekonań i wartości pacjentów, a także wspieranie ich zaangażowania w podejmowanie decyzji dotyczących opieki, jaką są objęci, i odnotowywanie tego faktu w dokumentacji medycznej. Dokumentowanie legitymizuje perspektywę pacjenta i sprawia, że pacjent i dostawca usług medycznych współdziałają w sposób przejrzysty oraz ułatwia ciągłość opieki. Rejestracja takich informacji musi być traktowana tak samo poważnie, jak dokumentowanie badań klinicznych i laboratoryjnych. Przedstawiony w artykule tok postępowania i pytania kontrolne powinny umożliwić lepsze zrozumienie podejścia zorientowanego na osobę oraz ułatwić jego praktyczne wdrażanie przez specjalistów medycznych w codziennej praktyce.

PIŚMIENNICTWO

1. Horrell J, Lloyd H, Sugavanam T, Close J, Byng R. Creating and facilitating change for Person-Centred Coordinated Care (P3C): The development of the Organisational Change Tool (P3C-OCT). *Health Expect*. 2018; 21(2): 448–456. <https://doi.org/10.1111/hex.12631>
2. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care: From ideas to action. Health Foundation, 2014.
3. Olsson LE, Hansson E, Ekman I, Karlsson J. A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *J Adv Nurs*. 2009; 65(8): 1626–1635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x>
4. Feldthusen C, Grimby-Ekman A, Forsblad-d’Elia H, Jacobsson L, Mannerkorpi K. Explanatory factors and predictors of fatigue in persons with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *J Rehabil Med*. 2016; 48(5): 469–476. <https://doi.org/10.2340/16501977-2090>
5. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *PREFER: A randomized controlled study: PREFER: a randomized controlled study*. *Eur J Heart Fail*. 2014; 16(10): 1142–1151. <https://doi.org/10.1002/ejhf.151>
6. Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home

- residents with severe dementia: Cluster randomised trial. *BMJ*. 2016; 332(7544): 756–761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
7. Edvardsson D, Sandman PO, Borell L. Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *Int Psychogeriatr*. 2014; 26(7): 1171–1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>
 8. Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C, Kylén S. Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: A mixed-methods study. *BMC Complement Altern Med*. 2015; 15(1): 132. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0654-z>
 9. Thompson DR, Clark AM. Cardiac rehabilitation: Into the future. *Heart*. 2009; 95(23): 1897–1900. <https://doi.org/10.1136/hrt.2009.173732>
 10. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Lissel SL, McAlister FA. Secondary prevention programmes for coronary heart disease: A meta-regression showing the merits of shorter, generalist, primary care-based interventions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 14(4): 538–546. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e328013f11a>
 11. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care – Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10(4): 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
 12. Ekman I, Hedman H, Swedberg K, Wallengren C. Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ*. 2015; 350: h160–h160. <https://doi.org/10.1136/bmj.h160>
 13. Britten N, Moore L, Lydahl D, Naldemirci O, Elam M, Wolf A. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expect*. 2017; 20(3): 407–418. <https://doi.org/10.1111/hex.12468>
 14. Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> (trzeba podać datę pobrania)
 15. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*. 2012; 366(9): 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>