

Znaczenie zaburzeń komunikacji w relacjach personel medyczny – pacjent w monitorowaniu działań niepożądanych leków

Significance of communication disturbances in medical staff-patient relationship and monitoring of adverse drug reactions

**Iwona Andrys-Wawrzyński, Katarzyna Korzeniowska, Artur Cieślewicz,
Anna Jabłecka**

Zakład Farmakologii Klinicznej, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Artykuł omawia potencjalne zaburzenia komunikacyjne występujące w trakcie monitorowania działań niepożądanych leków, z uwzględnieniem uczestników tego procesu - pacjenta i wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia. (*Farm Współ 2011; 4: 194-199*)

Słowa kluczowe: działania niepożądane leków, monitorowanie działań niepożądanych leków, komunikacja interpersonalna

Summary

The article discusses the potential communication problems occurring during the monitoring of adverse drug reactions including the participants of this process - the patient and skilled health workers. (*Farm Współ 2011; 4: 194-199*)

Keywords: adverse drugs reactions, monitoring of adverse drug reactions, interpersonal communication

Wstęp

Występowanie niepożądanych działań leków (NDL) staje się coraz większym problemem współczesnej farmakoterapii. Powikłania polekowe są nie rzadko przyczyną odstawienia leku przez pacjenta, zwiększają w sposób istotny koszty terapii oraz mogą być przyczyną ciężkich chorób polekowych zagrażając niejednokrotnie życiu i zdrowiu pacjenta. Jak szacują dane unijne, aż 20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia może być zużywanych w związku z występowaniem niepożądanych reakcji polekowych (Tabela 1) [1-5].

Jedną z metod nadzoru nad występowaniem działań niepożądanych jest monitorowanie spontaniczne oparte na raportach pochodzących od fachowych pracowników służby zdrowia (lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i położnych). Obowiązek przekazywania tych informacji jest unormowany prawnie. Kluczowymi

aktami prawnymi dla systemu monitorowania niepożądanych działań leków są w Polsce: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne ze zm. (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., Nr 45, poz. 271), Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ze zm. (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152), Rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego niepożądanego działania produktu leczniczego, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2007 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych (Dz. U. Nr 47, poz. 405) i Dyrektywa Unii Europejskiej 2001/83/EC z późniejszymi zmianami. W systemie zbierania danych o powikłaniach polekowych powinny uczestniczyć osoby wykonujące zawody medyczne: lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, farmaceuci, pielęgniarki

Tabela 1. Konsekwencje wystąpienia niepożądanych działań leków [3]

Table 1. The consequences of adverse drug reactions [3]

| Konsekwencje wystąpienia Niepożądanych Działań Leku (NDL) |
|--|
| 6,3-12,9% pacjentów hospitalizowanych w USA doświadcza poważnego zdarzenia niepożądanego. |
| Polekowe działania niepożądane plasują się w 1. dziesiątce przyczyny zgonów. |
| NDL związane ze stosowaniem leków dotyczą 10,8-38% chorych. |
| 3,3-4,7% polekowych działań niepożądanych jest konsekwencją leków. |
| 10-15% hospitalizacji związanych jest z NDL. |
| Zgłaszana częstość możliwych do uniknięcia działań niepożądanych w europejskich szpitalach wynosi 0,4-7,3% hospitalizacji. |
| W zakresie POZ 0,9-4,7% wszystkich hospitalizacji jest spowodowana błędami w stosowaniu leków. |
| 30-40% polekowych działań niepożądanych można uniknąć. |
| 4-9% kosztów szpitalnych to koszty leczenia chorób polekowych. |
| Dane unijne – aż 20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia może być zużywanych w związku z występowaniem niepożądanych reakcji polekowych. |
| Co roku 200 000 opisów pojedynczych przypadków NDL. |
| Niestosowanie się do zaleceń farmakoterapii w USA (wg FDA 2008) - 7,5 mld dolarów 125 000 zgonów rocznie. |

i położne. W przyszłości do tej grupy planuje się również włączyć ratowników medycznych.

Pomimo prób weryfikacji w krajach członkowskich Unii Europejskiej, systemy monitorowania działań niepożądanych w poszczególnych krajach różnią się od siebie [6,7]. Można je zasadniczo podzielić na dwa modele:

- model scentralizowany – jeden narodowy ośrodek zbierający doniesienia o NDL z obszaru całego kraju (Stany Zjednoczone, Australia, Wielka Brytania, Dania, Finlandia, Norwegia, Austria, Chorwacja, Węgry);
- model zdecentralizowany – ośrodek centralny zbiera doniesienia o NDL od współpracujących z nim ośrodków regionalnych (Francja, Holandia, Belgia, Hiszpania, Szwecja, Kanada, Polska).

System polski opiera się o Ośrodek Centralny (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) oraz współpracujące z nim niezależne Regionalne Ośrodki Monitorowania Działań Niepożądanych Leków.

Monitorowanie spontaniczne jest jedną z najsukcesywniejszych metod zbierania danych o działaniach niepożądanych, wykrywa ono 10-15% wszystkich działań niepożądanych leków spotykanych w praktyce klinicznej [3].

Wyzwaniem dla wszystkich krajów jest modyfikacja systemu raportowania NDL prowadząca do zwiększenia liczby zgłaszanych przypadków powikłań polekowych, szczególnie śmiertelnych i ciężkich (dzia-

łania niepożądane, które bez względu na zastosowaną dawkę produktu leczniczego powodują: zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczny uszczerbek na zdrowiu lub wadę wrodzoną). Obecnie zgłaszanych jest nie więcej niż 10% ciężkich powikłań polekowych.

Komunikacja w służbie zdrowia to złożony proces społeczny, skoncentrowany wokół zdrowia i życia, czyli jednych z najważniejszych wartości, zaliczanych do sfery prywatnej każdego obywatela i wywołujących zawsze silne emocje. Dlatego wymaga ona otwartości i wyczulenia lekarzy/pielęgniarek/terapeutów/decydentów na każdym z poziomów systemu na werbalne i pozawerbalne sygnały generowane zarówno przez pacjentów, jak i współpracowników, z uwzględnieniem zróżnicowanych kompetencji komunikacyjnych.

Ponadto rozwój technologii informatycznych i mediów elektronicznych zmienia diametralnie wszystkie rodzaje komunikacji. Nie można również rozpatrywać umiejętności komunikacyjnych w relacjach pacjent-personel medyczny bez niezależnych czynników obejmujących zachowanie pacjenta. Proces ten należy traktować jako wzajemną zależność, w której żadnego elementu nie można rozpatrywać w oderwaniu od drugiego. Ciężar odpowiedzialności z przebiegu interakcji nie spoczywa jedynie na pracowniku służby zdrowia, ale także na pacjencie, który również ponosi odpowiedzialność za kształtowanie tej relacji, na którą wpływają: odmienne role w systemie,

Tabela 2. Przykłady zaburzeń komunikacji w relacji lekarz-pacjent [8]

Table 2. Examples of disturbances of communication in doctor-patient relationship [8]

| |
|---|
| 50-60% pacjentów chorych przewlekle przestrzega w stopniu dobrym zaleceń dotyczących przyjmowania leków (WHO 2003) |
| 30-40% przestrzega ich, ale nie w pełni(WHO 2003) |
| 5-10% nie przyjmuje leków (WHO 2003) |
| 60% chorych przewlekle zapomina po wyjściu z gabinetu lekarskiego to, co zostało im przekazane; British Journal Medicine (2003) |
| pacjenci nie rozumieją lub nie pamiętają 50% nowych informacji; Internal Medicine (2003) |
| Tylko w 20% lekarze upewniają się, czy komunikat został zrozumiany; Internal Medicine (2003) |
| Lekarze nie informują w stopniu wystarczającym (USA 2006) |

odmienne oczekiwania i rozpatrywanie problemu z innej perspektywy.

Podstawowe zaburzenia komunikacyjne w relacji personel medyczny-pacjent

Z badań prowadzonych w wielu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych wynika, że komunikacja pracowników służby zdrowia z pacjentami jest często nieefektywna. Prowadzi to w konsekwencji do niezrozumienia zaleceń lekarskich i nie stosowania się do nich lub też stosowania się do nich tylko częściowo (Tabela 2) [8].

Przykładów badań i ankiet tego typu można przytoczyć wiele, a problem przestrzegania zaleceń lekarskich staje się coraz poważniejszy, szczególnie w przypadku osób chorych przewlekle, gdyż sformułowanie i przekazanie jasnego komunikatu pacjentowi, a potem upewnienie się, że pacjent to zrozumiał, wcale nie jest proste.

Definicja komunikacji określa ją jako porozumiewanie się lub też przekazywanie wiadomości od nadawcy do odbiorcy, posiadających wspólny kod i kontekst komunikacji, z tak bardzo ważnym elementem, jakim jest relacja jaka nawiązuje się między nadawcą i odbiorcą. Nie jest ona nigdy neutralna i odbywa się zawsze na dwóch poziomach: zawartości (czyli przekazywanej informacji) oraz relacji (czyli kontaktu z drugą osobą lub osobami). O ile werbalny komponent dialogu stanowi główny nośnik informacji na poziomie intelektualnym to niewerbalne elementy dialogu są czynnikami wpływającymi na emocjonalną zawartość komunikatu. Decyzje rozumiane jako akt woli należą do sfery emocjonalnej, a nie intelektualnej. Co więcej, w sytuacji konfliktu pomiędzy komunikacją werbalną i niewerbalną w ramach tego samego procesu komunikacji, przewagę uzyskują zwykle komunikaty

skierowane do emocji [9]. W badaniach problematyki komunikacji zauważa się dwa zasadnicze nurty: humanistyczny, traktujący komunikację jak proces umożliwiający zrozumienie drugiego człowieka oraz drugi, traktujący komunikację głównie przez pryzmat jej skuteczności rozumianej jako perswazja [10]. Na szczególną uwagę zasługuje koncepcja określająca interakcje występujące między ludźmi jako transakcje (wg Erica Berne'a), dzieląca je na transakcje:

1. równoległe (komplementarne, otwarte): sprzyjające porozumieniu i realizacji wspólnych celów, w których występuje zgodność intencji nadawcy z interpretacją odbiorcy;
2. skrzyżowane, w których istnieje rozbieżność między intencją nadawcy a interpretacją odbiorcy;
3. najbardziej destruktywne transakcje posiadające podwójną intencję (jawną i zakamuflowaną), prowadzące zazwyczaj do tzw. gier manipulacyjnych czy zerwania kontaktu. Do klasycznych przykładów takich transakcji należą: pogorszenie samopoczucia niezadowolonego pacjenta wbrew zastosowanemu leczeniu oraz tzw. jawna intencja ochrony pacjenta przed niszczącymi emocjami na wiadomość o chorobie, z ukrytą rzeczywistą intencją uniknięcia konfrontacji z emocjami chorego, którym lekarz czy pielęgniarka obawia się sprostać [11,12].

Generalnie oczekuje się komunikacji otwartej, czytelnej, prostej i dopasowanej do możliwości nadawcy i odbiorcy, uważając taki sposób przekazu za najsukuczniejszy. Głównym celem jest odzyskanie, poprawa lub utrwalenie zdrowia pacjenta, ale w zależności od sytuacji, komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem służyć może różnym celom bezpośrednim, szczególnie w porozumieniu dotyczącym planu postępowania [13,14].

Zaburzenia komunikacyjne leżące po stronie pacjenta

Badania intencji pacjentów ujawniły trzy rodzaje pomocy poszukiwanej przez nich u lekarza (wsparcie emocjonalne i informacja, badania medyczne, leczenie). Intencje te są niezależne. Pacjent nieotrzymujący odpowiedzi na swoje pytania przejawia skłonność do większego niezadowolenia i szukania opinii u innego lekarza. Mówiąc o przeszkodach we wzajemnej komunikacji, pacjenci podkreślają głównie jej emocjonalny aspekt: niechętnie ujawniają występujące u nich psychologiczne trudności, będąc głęboko przekonanymi o związku z chorobą podstawową nieujawnianych często dodatkowych dolegliwości. Z reguły, również na zasadzie sprzężenia zwrotnego, postrzegają lekarzy za zbyt zajętych (szczególnie osoby o dużym autorytecie i szacunku) a także oceniają kompetencje zawodowe lekarza poprzez stopień jego empatycznego nastawienia do chorych i ich subiektywnego doświadczenia dolegliwości [15,16].

Pomimo powszechnego przekonania o braku społecznej akceptacji dla zwiększenia ryzyka przy jednoczesnym zwiększeniu korzyści, ostatnio przeprowadzone badania wskazują, że pacjenci chorujący na stwardnienie rozsiane w większości zdecydowałoby się (z dużą pewnością lub prawdopodobnie) na terapię lekiem znacząco skuteczniejszym, nawet, jeżeli wiązałoby się to ze zwiększeniem ryzyka zgonu 1 do 1000 razy, co sugeruje, że pacjenci są w stanie zaakceptować ryzyko, by uzyskać korzyści ze stosowanego leku. W przypadku leków dostępnych bez recepty (OTC: over the counter) zakłada się, że ryzyko występujące podczas leczenia tymi preparatami nie zwiększa się w znaczący sposób, pod warunkiem, że stosowanie tych środków leczniczych odbywa się zgodnie z zaleceniami. Nie oznacza to jednak, że preparaty OTC są całkowicie nieszkodliwe. Występujący w Polsce, będącej krajem o dużej dostępności leków poza aptekami, niekontrolowany wolnorynkowy rozwój dystrybucji leków sprzyja znacznemu nadużywaniu leków przez pacjenta. Pod tym względem Polska jest liderem w sprzedaży leków OTC w Europie. Coraz częściej wykorzystywana przez chorych internetowa sprzedaż leków nie tylko zwiększa ryzyko wystąpienia NDŁ, ale także może nasilać wystąpienie takiego zagrożenia jak wada jakościowa leku, związana z faktem nieprawidłowego jego przechowywania, czy obecności w danej postaci leku substancji czynnej innej niż deklarowana przez

producenta [17]. Reklamowanie w mediach środków leczniczych czy suplementów diety w nadmiernie entuzjastyczny sposób czyni je bezpiecznymi lekami dla każdego. Wyjątkowy liberalizm Polski, jeśli chodzi o reklamę leków powoduje niewłaściwą ocenę leków, co w konsekwencji może spowodować rozdzwięk między organami kontroli a fachowymi pracownikami opieki zdrowotnej i pacjentami, na rzecz których działają te instytucje.

Zaburzenia komunikacyjne leżące po stronie lekarza

Wśród czynników sprzyjających zaburzeniom w poprawnej komunikacji leżących po stronie lekarza wymienia się najczęściej presję czasu, unikanie pogłębionych kontaktów z pacjentem, własny lęk, niedostateczne umiejętności komunikacyjne, brak odczuwanego lub realnego wsparcia ze strony innego personelu oraz aktualne problemy osobiste. Najważniejsze zasady dotyczące komunikacji w służbie zdrowia to:

1. Brak możliwości „nie komunikowania”, co w praktyce oznacza, że nawet niewerbalnie demonstrujemy komunikaty zawierające często lęk, nieśmiałość, niepewność swych kompetencji;
2. Brak przygotowania na pustkę informacyjną, co oznacza brak lub niekompetentne odpowiedzi w przypadku braku możliwości zaprezentowania swojej działalności w gronie specjalistów;
3. Zrozumienie komunikatu przez odbiorcę związane jest często ze skróconym przekazywaniem ważnych informacji w jasnej i prosto skonstruowanej formie.

Kompetencje komunikacyjne obejmują kompetencje socjolingwistyczne i funkcjonalne (dostosowanie informacji do słuchacza i kontekstu, zrozumiałe zadawanie pytań, umiejętne wyrażanie negatywnych i pozytywnych emocji). Należy podkreślić sytuacje, w których informacje medyczne podawane są w postaci niezrozumiałych dla laika terminów medycznych, co prowadzi do trudności ze zrozumieniem wypowiedzi lekarzy przez pacjentów oraz wskazuje na zbyt wysokie ocenianie przez lekarzy stopnia zrozumienia podawanych informacji przez pacjentów. Znajduje to potwierdzenie w badaniach Salomona, z których wynika, że lekarze mają tendencję do podawania informacji w sposób zrozumiały tylko dla ludzi o podobnym im poziomie inteligencji i wykształcenia [18]. Według

licznych danych brak podstawowych informacji dla pacjenta na poszczególnych etapach opieki zdrowotnej znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia działania niepożądanego: 18% poważnych w skutkach niekorzystnych lekowych zdarzeń ma swoje źródło w niedostatecznej informacji przekazywanej przez lekarza pacjentowi, a 35% wszystkich niekorzystnych zdarzeń, którym można zapobiec, wywodzi się z niedostatecznej informacji o leku. Dlatego też tak ważna jest znajomość specyficznych czynników psychologicznych warunkujących komunikację w służbie zdrowia i kontekstu komunikacji, który oprócz relacji między nadawcą i odbiorcą oraz przekazywanej informacji jest związany z miejscem, czasem komunikacji oraz innymi osobami przebywającymi w najbliższym otoczeniu.

W przypadku monitorowania działań niepożądanych leków obok wymienionych wyżej istotny wpływ mają czynniki zwiększające ryzyko występowania działań niepożądanych w farmakoterapii leżące po stronie lekarza. Należą do nich: polipragmazja (nie należy mylić z polifarmakoterapią), leczenie pacjenta przez kilku lekarzy niekonsultujących wzajemnie prowadzonej farmakoterapii, brak akceptowanych standardów w farmakoterapii, brak merytorycznego nadzoru nad farmakoterapią (możliwość powielania błędów), lekceważenie przeciwwskazań i ograniczeń do stosowania leku, stosowanie leków off-label bez uzasadnienia, wywiad z pacjentem nieuwzględniający wcześniejszych niepożądanych działań leków, kaskada przepisywania leków oraz wątpliwości lekarzy dotyczące związku przyczynowo-skutkowego między podaniem leku a reakcją, którą się obserwuje. Ponadto często nie widzi się praktycznej potrzeby monitorowania, uznając, że leki zostały dostatecznie zbadane przed dopuszczeniem do obrotu, a dane dotyczące działań niepożądanych zostały ujęte w poradnikach terapeutycznych. Istotną rolę odgrywa również brak czasu i natłok obowiązków, brak świadomości co do dalszych losów wypełnionego formularza działań niepożądanych, strach przed konsekwencją niewłaściwej ordynacji leków (polipragmazja, interakcje, błąd medyczny) oraz narażenia się firmie farmaceutycznej. Wśród innych przyczyn można wymienić brak świadomości korzyści raportowania działań niepożądanych leków oraz brak znajomości obowiązującego w Polsce prawa.

Podsumowanie

Przedstawione rozważania uzmysławiają jak ważne są nadal sposoby komunikacji w nadzorze bezpieczeństwa terapii, co znajduje odzwierciedlenie w Deklaracji „Erice Statesment 2009: communication, medicines and patient safety”, i nowych uregulowań prawnych Europejskiego Parlamentu. Opublikowana w 1997 roku deklaracja z Erice dotyczyła ówczesnych sposobów komunikacji związanych z ochroną zdrowia i bezpieczeństwa farmakoterapii. Aktualnie zauważyć trzeba, że nadzór nad bezpieczeństwem uległ znaczącemu poszerzeniu, rozwój technologii medycznych i informatycznych zmienił diametralnie wszystkie rodzaje komunikacji, a ekspansja i komplikacje stwarzane przez wszystkie strony uczestniczące w procesie w radykalny sposób zmieniły postulaty dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii.

Podkreśla się dialog i wzajemną odpowiedzialność za bezpieczną i skuteczną terapię, ograniczoność wiedzy podczas podejmowania decyzji odnoszących się do przepisów i leczenia oparte na ocenie potencjalnego ryzyka i korzyści z podania leku oraz obawy przed odpowiedzialnością prawną, która hamuje otwartość debaty i przejrzystość procesu decyzyjnego, jak również rozmycie odpowiedzialności.

Za podstawowe cele uznaje się lepsze nauczanie farmakologii z uwzględnieniem problemów bezpieczeństwa terapii oraz pracę nad odpowiednimi warunkami dialogu lekarz-pacjent. Podkreśla się również lepsze wykorzystanie nowych technologii i systemów informatycznych w upowszechnianiu spójnej informacji oraz rolę odpowiedzialności profesjonalistów podczas współpracy z mediami będącymi kluczowymi partnerami w komunikacji i edukacji społeczeństwa [19,20].

Adres do korespondencji:

Iwona Andrys-Wawrzyniak

Zakład Farmakologii Klinicznej, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Długa 1/2 ; 61-848 Poznań

☎ (+48 61) 853 31 61

✉ iandrys75@wp.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Jabłecka A, Korzeniowska K, Kowal J. Regionalny OMDzNL w Poznaniu. *Terapia i Leki* 2003(nr 5-6):57-582.
2. Jabłecka A, Krzemiński TF. Podstawy farmakologii klinicznej-alerge, interakcje leków oraz wybrane problemy w stomatologii. Wyd. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005. str. 27-43.
3. Woron J, Goszcz A, Wordliczek J, Bisaga W. Monitorowanie niepożądanych działań leków w praktyce klinicznej. *Anest Ratow* 2009;3:185-92.
4. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 1995;274:29-34.
5. Cox AR, Langford NJ, Anton C. ADR reporting. Do not forget about the yellow card scheme. *Pharm J* 2004;272:349.
6. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995;274:35-43.
7. Major E. The yellow card scheme and role of pharmacists as reporters. *Pharm J* 2002;269:25-6.
8. Haube M, Reich L. Communication of findings in pharmacovigilance: use of the term "signal" and the need for precision in its use. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;61(5-6):479-80.
9. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Jankowski A (tłum.). Poznań: Media Rodzina of Poznań; 1999.
10. James M, Jongeward D. Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1998.
11. Salomon P. Psychologia w medycynie. Gdańsk: GWP; 2002. str. 16-140.
12. Kreps GL, Arora NK, Nelson DE. Consumer/provider communication research: directions for development. *Patient Educ Couns* 2003;50:3-4.
13. Doroszewski J. Kształcenie w dziedzinie komunikacji lekarzy z pacjentami. W: Suchorzewska J, Olejniczak M. Nauczanie etyki w uczelniach medycznych. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2007. str. 115-117.
14. Szewczyk K. Troska, zaufanie i sprawiedliwość jako wartości ustanawiające w etyce medycznej. W: Barański J, Waszyński E, Steciwo A. Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wrocław: ASTRUM; 2000. str. 168.
15. Myerscough P, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: GWP; 2002.
16. Gawor A, Gerber-Leszczyszyn H, Nawrat M, Nowak R. Wybrane psychologiczne aspekty komunikowania się między lekarzem a pacjentem. *Adv Clin Ex Med* 2006;15:157-61.
17. EAASM (European Alliance for Access to Safe Medicines). Guidelines for the development of drugs.
18. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007;1:58-68.
19. Erice Statement 2009: communication, medicines and patent safety. *Br J Clin Pharmacol* 2009;69:2207-8.
20. Edwards R. Tomorrow's world. *Drug Safety* 2009;32:1105-8.