

Az internet hatása az orvos–beteg viszonyra

Gaal Ilona

Magyar Hospice Alapítvány, Budapest

Az internet kikerülhetetlen tényezővé vált az egészségügyben és az orvos–beteg kapcsolatban. Hatását két elméleti keretben érdemes vizsgálni: az orvosi hivatásra gyakorolt hatás mellett a döntéshozatali mechanizmusokkal való kölcsönhatás elemzése segít értelmezni a jelenséget, hogy a páciensek az interneten informálódnak betegségükről, a lehetséges gyógymódról vagy az orvosról. Az orvosok többsége idegenkedik attól, hogy a páciensek az internetet is felhasználják gyógyulásuk érdekében, és aggályaikban nem csupán a betegek, hanem saját státuszuk, idejük féltése is megjelenik. Ez a félelem azonban nem indokolt, még akkor sem, ha a napi rutinba nehezen illeszthető be az „internetbeteg”. Az internet nemcsak szükséges rosszként értelmezhető, hanem hatékony kommunikációs technikákkal az orvos a maga előnyére fordíthatja a betegek internetezési szokásait. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(17), 680–684.

Kulcsszavak: orvos–beteg kapcsolat, internetbeteg, közös döntéshozatal

Impact of the internet on physician–patient relationship

Internet became an inevitable phenomenon in the physician–patient relationship. The author analyzes it in two theoretical models: the effects on the medical profession and the interference with the decision making process. These will help to explain why patients search the internet for information about their illness, cure and their doctors. Some physicians dislike this, and they are not just worried about the patient, but about their own position and time. This fear is groundless, even if the internet patient can be hard to tackle in the daily routine. Internet can be seen not only as a necessary evil, but with proper communication skills physicians can benefit from their patients' passion to internet.

Keywords: physician–patient relation, internet patient, shared decision making

Gaal, I. [Impact of the internet on physician–patient relationship]. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(17), 680–684.

(Beérkezett: 2016. február 26.; elfogadva: 2016. március 17.)

A címbeli „viszony” kifejezés tudatos választás a sokkal elterjedtebb *orvos–beteg kommunikáció* vagy *orvos–beteg kapcsolat* helyett. Arra utal, hogy az internet nemcsak az orvos és páciens közti kommunikációra (mint módra), nem is csak kettejük kapcsolatára (annak minőségére) hat, hanem az egész társadalmi-gazdasági viszonyrendszerre. Arra, ahogy ez a két társadalmi szerep korábbi önmagához és egymáshoz képest változik. A változás azoknak a gazdasági, technikai és társadalmi folyamatoknak köszönhető, amelyeket ugyan nem az internet megjelenése indított el, de térhódítása felgyorsított és elmélyített, más minőséget teremtve.

Magyarországon alig született még tudományos kutatás a páciensek egészségügygel, saját egészségi állapotuk-

kal összefüggő internetezési szokásairól és az orvosok internethez való viszonyáról. Pedig az internetet rendszeresen használók tömege már bőven elérte a kritikus tömeget, így a jelenséggel foglalkozni kell. Tavaly nálunk az internetezés szempontjából releváns korosztály (16–74 évesek) 72%-a, 2014-ben pedig 74%-a netezett rendszeresen (hetente legalább egyszer). A magyarországi adatok alig néhány százalékponttal maradnak el az Európai Unió átlagától, ahol ezek a mutatók 76 és 75% [1]. Az egészségügygel összefüggő internetezés hazai trendje megfelel az angolszász országokénak [2, 3], Magyarországon is az internetezők túlnyomó többsége, 87%-a használja az internetet egészségügygel összefüggő információk keresésére is [4].

Az internet hatását az orvos–beteg kapcsolatra két elméleti keretben vizsgálom: először az orvosi hivatásra vonatkozó társadalmi konszenzus változását tekintem át, majd az orvos–beteg találkozásokban jellemző döntéshozatali mechanizmusokra gyakorolt hatást elemzem.

Professzionalizáció – deprofesszionalizáció

Az orvosi hivatás lényegét meghatározó különleges képességnek három jellemzője van [5]:

1. Kognitív képesség: az a tudományos és technikai eredményekből származó tudás, amely alapján az orvos meghatározza a diagnózist és a kezelést.

2. A hivatás morális dimenziója: az orvos a beteg érdekében tevékenykedik, az ő érdekét a sajátja elé helyezi. Ez az orvosba vetett bizalom alapja, az orvos társadalmi státuszának megteremtője.

3. Szakmai felelősségtudat: a szakma önellenőrzése és önszabályozása. Mivel a pácienseknek nem áll módjukban az orvos teljesítményét, illetve az orvosi döntéseket megítélni, ezért az ellenőrzést a szakma maga gyakorolja. Aszimmetria jellemzi az orvos és a beteg kompetenciáját, de ez nem jelenti azt, hogy a beteg ne vehetne aktív részt a gyógyító folyamatban.

A XX. században az egyszemélyes orvos–beteg kapcsolat nem utolsósorban az orvosszakma specializálódását eredményező tudományos és technikai fejlődésnek köszönhetően fokozatosan intézmény és beteg kapcsolattá alakult, a beteg úgy érzi: egy gyárba, egy futószalagra került, s minden egyes orvos szerepe lényegesen kisebb lett, mint a klasszikus orvoslás korában volt. Megszületett a deprofesszionalizáció fogalma, amely kettős jelentéssel bír. Leíró jelleggel jelenti a kiváltságok, a hatalom és az orvosi tudás monopóliumának csökkenését [6], de egyben jelenti azt az orvosok körében megjelenő félelmet is, hogy az orvos többé már nem kiemelt, nélkülözhetetlen szereplője a társadalomnak [7, 8]. Az internet berobbanása ezt a félelmet gerjeszti tovább [9].

A robbanás kifejezés nem túlzás: a már idézett internetpenetrációs adatok szerint a magyar lakosság közel háromnegyedére jellemző internethasználat alig 10 év alatt nőtt ekkorára a 2004-es 21%-os értékről. Az Európai Uniót tekintve a növekedés korábban kezdődött, ezért valamivel lassabb: tíz év alatt 40 százalékpont körüli. Az orvosi hivatást féltők arra hivatkoznak, hogy az internet és a web2.0 révén az információs aszimmetria csökken orvos és beteg között, márpedig az aszimmetria az orvosi kompetencia egyik lényegi alapja. Valóban, de nem az információs aszimmetria, hanem a kompetenciabeli aszimmetria az, ami nélkülözhetetlen az orvosi hivatás státuszának megőrzéséhez.

A tudományos diskurzusban gyakran információs aszimmetriára hoznak példákat, de a következtetést a kompetenciabeli aszimmetriára vonatkoztatva vonják le. (Példa erre az internet hatásáról szóló oly kevés hazai tanulmány egyike, amely ezzel a saját fókuszát tekintve nem jelentős fogalmi összemosással együtt is fontos és

hiánypótló munka [10]. Pedig a különbség lényeges: az információ nem azonos a tudással, nem azonos a kompetenciával. Az internet az információs aszimmetriát kétségkívül csökkenti, de az információk szelektálása, rendezése és a következtetések levonása továbbra is éppen annyira igényli az orvosok közreműködését, mint korábban. A kompetenciának ráadásul van egy nem elhanyagolható irracionális összetevője is. Az amerikai orvos és egészségpolitikai szakértő, *David Blumenthal* a történész *Barbara Tuchman*ra hivatkozik [11]: *Tuchman* a XIV. századi orvost úgy jellemzi [12], mint akit a társadalom magasba emelt, noha alig volt megalapozott, hiteles tudása a betegségekről és azok gyógyításáról (szinte nem több, mint a betegnek magának). Ez a magas társadalmi státusz nem változott évszázadokon át [13], egészen a XX. századig: akkor a biológia fejlődése azt eredményezte, hogy az orvosok a betegekhez képest jelentős többlettudásra tehetek szert (miközben a fent leírt specializálódás is végbement). Az internetező páciensektől az orvosoknak ezt az előnyét féltik az aggódók [14] (összemosva az informáltságot a tudással), noha az orvosi hivatás státuszát alapvetően határozza meg az a makacs emberi szükséglet, amely bizonyos csoportokat mindenáron gyógyító erővel ruház fel [11]. *Buda Béla* így jellemzi ezt az orvosi szerepet: „Az orvosnak járó tisztelet sokkal több, mint ami a szakértőt megilletné, az orvosi tekintély is több, mint ami az orvos tevékenységéből és eredményeiből következne, tehát ezt a tekintélyt irracionális tekintélynek lehet nevezni” [15]. Kortárs angol szerzők úgy fogalmaznak, hogy az aszimmetria az orvosi tevékenység lényege [16].

Az orvostudomány fejlődése ugyanakkor a deprofesszionalizációs folyamatot nemcsak erősíti, hanem gyengíti is: a hosszan kezelhető, a korábbinál hosszabb élettartamot biztosító krónikus betegségek az orvos és páciens kapcsolatát megnyújtják, visszaidézve némiképp az egyszemélyű orvos–beteg kapcsolatot.

Döntési mechanizmusok

Az orvos–beteg találkozások során jellemző döntéshozatali mechanizmusokra többféle modell született [17, 18]. Ezek alapján kiemelek három módszert: a paternalista döntéshozatalt, az informatív döntéshozatalt és a közös döntést (a nemzetközi szakirodalomban SDM – shared decision making), amelyek jól felrajzolják a döntéshozatali skálát [19, 20]. A paternalista megközelítésben az orvos egyedül dönt a beteget érintő, kezeléséhez kapcsolódó minden kérdésben. Ez a szemlélet az orvosi hivatás tradicionális gyakorlatát feltételezi: a mindent tudó és mindenható orvosét, vele szemben pedig a passzív, végrehajtó páciensét. A paternalisztikus megoldásoknak sokáig nem is volt alternatívája, hiszen a betegtájékoztatás és a betegjogok még nem léteztek.

A beteg döntésbe való bevonásának két útját különbözteti meg a szakmai konszenzus: az informatív döntéshozatalt és a közös döntést. Az informatív döntésho-

zatal a másik végét a paternalisztikus modellhez képest: a páciens maga hozza meg a döntést, miután megkapta a megfelelő tájékoztatást. Ez a szemlélet mesterségesen kettéválasztja az információt és annak betegre vonatkozó értékét (vagyis a tudást), ezzel párhuzamosan az orvos szerepét az információt elsőként birtokló technikusra degradálja. Az utóbbi évtizedekben a két szélsőség között elhelyezkedő közös döntéshozatalt tartja a téma igen gazdag szakirodalma a leginkább követendőnek, olyannyira, hogy terjesztésére az Egyesült Államokban például alapítvány is működik [21]. Ez a döntéshozatali módszer a beteg autonómiájának elvéből indul ki, és a legalkalmasabb arra, hogy az orvos aktív szerepbe vonja a beteget. Költséghatékonyságát kutatások bizonyítják [22], s alkalmazásának leginkább akkor van jelentősége, amikor több lehetőség közül kell választani, és a kimenetek értéke orvosilag nagyjából ugyanaz. Ezek a modellek természetesen leegyszerűsítők, az orvosi praxisban a legtöbb döntési helyzet árnyaltabb leírást igényel, ám arra alkalmasak, hogy segítségükkel közös nyelven tudjunk beszélni az orvos–beteg találkozások kommunikációs jellemzőiről.

Ezekről a modellekről szólva eddig egységesnek kezeltük az orvosokat és a pácienseket. Csakhogy a gyakorlat azt mutatja, hogy a betegek és az orvosok is különböznek a döntési módszerhez való viszonyulásuk alapján. Vannak paternalisztikusabb beállítódású orvosok, és vannak olyanok, akiknek a paternalisztikus viszony nem megnyugtató, mert úgy érzik, hogy túl sok felelősséget kell átvenniük a betegektől. A paternalisztikus modell több orvosnak, ám kevesebb betegnek felel meg, a fiatalabb és informált páciensek szívesebben vesznek részt a döntésben [23]. Ezt a nemzetközi kutatási eredményt a Szegedi Tudományegyetem kutatói idézték, miközben – kérdőíves felméréssel – megállapították, hogy Magyarországon a jól kommunikáló orvost legtöbbször a paternalisztikus modellel azonosítják [24]. A szegedi kutatók arra az eredményre jutottak, hogy Magyarországon a közös döntéshozatal elterjedésére még várni kell [19].

Az orvos–beteg találkozások során a betegek úgy érzik, nem kapnak elég információt [25], ezért – ahogy a fentebb bemutatott nemzetközi és hazai statisztikák is mutatják – böngésznek az interneten, vagy kihasználják a web2.0 nyújtotta interaktív lehetőségeket. Itt fontos megjegyezni, hogy angol nyelvterületen és magyar nyelvterületen a betegek által elérhető tartalom hitelessége erősen eltér. Az angol nyelvű tartalom lényegesen több, így könnyebben elkülöníthetők, megjelölhetők a hiteles tartalmak. Magyarországon sokkal kevesebb egészségügyi tartalom van fent a neten, és azok jó részének megbízhatósága kétséges. A Magyar Hospice Alapítvány által tavaly végzett mélyinterjú kutatásban a megkérdezett, daganatos betegekkal foglalkozó öt orvos mindegyike fontosnak tartotta az internet kapcsán megemlíteni, hogy a magyar nyelvű oldalak többsége nem megbízható [26].

Az orvostársadalom akkor reagál a betegek számára kíváncsian az információk robbanására, ha nem kerül az internetes tartalmakat a konzultációk során [27]. Az informált beteg aktívabb a döntéshozatalban [28], és a döntéshozatalban aktív beteg kevésbé hibáztatja az orvost, ha nem elégedett a folyamatok kimenetelével. Egy ausztrál kutatás arról számol be, hogy azon orvosok számára, akik pozitívan viszonyulnak az internethasználó beteghez, megkönnyebbülést jelent, ha a felelősséget megoszthatják vele [29]. Az ő betegeik motiváltabbak és elkötelezettebbek, s mivel a páciens „felkészült” a betegségből, ezért a megbeszélésen jobban tudnak a fontosabb kérdésekre fókuszálni, és lehetőség van az adott helyzet mélyebb összefüggéseinek feltárására.

Az internetet nem kedvelő orvosok, szemben az előző csoporttal, személyes sértésnek élik meg azt, ha a beteg az interneten utánakeres olyasminek, ami az orvos kompetenciája. Arról a szubjektív érzetükről is számot adtak, hogy ha a konzultációkon a betegnek megengedik, hogy behozza az internetes keresése alapján felmerülő kérdéseket, akkor az megnöveli a beszélgetések időtartamát. A konzultációk hosszának megítélése – ha nem méri pontosan az idő múlását – szubjektív. Azt viszont kutatások igazolják, hogy megfelelő kommunikációs készségekkel, jól alkalmazott kommunikációs technikákkal (például az információgyűjtésnél a tölcserelv alkalmazásával) vezetett konzultációk nem (vagy csak nagyon kis mértékben) hosszabbak, mint azok a megbeszélések, amelyek ad hoc módon zajlanak. (A diagnózis felállításához szükséges információknak alig 50 százalékát ismerik meg az orvosok, mert nem megfelelő kérdezési módokat alkalmaznak [30].)

A hematológiai betegek internetezési szokásait és ezek orvos–beteg kapcsolatra gyakorolt hatását felmérő kutatás [31] szerint az internetes információk megismerése csupán a betegek 1,4%-ánál vonta maga után azt, hogy kevésbé bízott meg az orvosában, a betegek többsége (71,6%) számára az információk semmilyen befolyást nem gyakoroltak a bizalomra. Ebben a vizsgálatban a betegek épp ellenkezőképp érzékelték a megbeszélés időtartamára való hatást, mint az ausztrál vizsgálatban az orvosok: azt mondták, hogy több kérdést tettek fel, de a találkozások mégsem voltak hosszabbak. A betegek bevonására törekvő orvosok számára az egyetlen nyelő magatartás, ha a konzultációba beemelik az interneten olvasottak megbeszélését, mert az ellenkező magatartás nemcsak a beteg bizalmát, hanem önbizalmát is csökkenti.

Ha a web2.0-nak köszönhetően a páciensek a potenciális kezelésekről és az orvosokról a szolgáltatótól független információhoz jutnak, akkor az egészségügyben sokkal tudatosabb szereplőként jelennek meg. A kapcsolatfelvétel a különböző online betegcsoportokkal, s ezek révén a sorstársi közösségbe kerülés jó hatással van az önértékelés-érvényesítési kompetenciák fejlődésére, és így a gyógyulási esélyekre [32].

Az információs forradalom hatása a professzionalizmusra

Az elméleti keretekben bemutatott két tendencia – az, hogy az információs forradalom nem csökkenti az orvos kivételes kompetenciáját, és az internet általi informáltság a közös döntéshozatal irányába tereli az orvos–beteg találkozásokat – ugyanazt hangsúlyozza: az orvosoknak nincs félnivalójuk a páciensek internetezése miatt.

A már említett mélyinterjú kutatásban a közös döntéshozatalt preferáló egyik orvos szerint az internet a szakmai biztonságérzetet jelenti, azaz számára az internet a kognitív kompetenciákat erősíti: *„Tulajdonképpen az internet megjelenése óta nem vagyok frusztrált, magabiztosságot ad, hogy mindennek utána tudok nézni. Mindenhol lehet találni ajánlást, hogy a legutóbbi kutatások alapján az ilyen és ilyen típusú betegségben szenvedő akkor jár legjobban, ha ilyen és ilyen kezelést kap. Itt ülök a számítógép előtt, és ha a velem szemben ülő beteg kérdez valamit, amire nem tudom a választ, akkor együtt megnézzük.”*

Ha a betegek az egészségügyi szolgáltatót illetően jobban informáltak, akkor az kihat a szakmai felelősségtudatra, és az orvoslás morális aspektusára is. Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban jellemzőek azok az internetes szolgáltatások, amelyek korszerű adatbányászati technológiák révén a páciensek számára fontos, jól strukturált információkat állítanak elő. Ilyen például a healthgrades.com, amely a halálozási adatok alapján is osztályozza az egyes egészségügyi szolgáltatókat. Az internet generálta átláthatóság kihívást jelent: ez hívta életre az Egyesült Államokban a 2010-ben bevezetett Sunshine Act törvényt, amely arra kötelezi a gyógyszer-gyárakat és a gyógyászati segédeszközök gyártóit, hogy hozzák nyilvánosságra azoknak a kifizetéseknek a részleteit, amelyeknek orvosok és oktatóintézmények a kedvezményezettjei [33]. Az amerikai orvosok egy csoportja azt vallja, hogy a transzparencia bizalmat vált ki a betegekben, ezért maguktól teszik fel a whoismydoctor.com felületre ezeket az adatokat, a praxisukról, képzettségükről és orvosi hitvallásukról szóló információkkal együtt.

Az egészségügyi team, illetve azok tagjai közti kommunikációra kifejezetten előnyös hatása van az információs forradalomnak: sokkal jobb szakmai döntések születhetnek a hatékonyabb, a korábbinál több csatornán futó kommunikáció révén, csökkentve az orvosi hibák számát.

Következtetések

Az internet kikerülhetetlen tényezővé vált az egészségügyben és az orvos–beteg kapcsolatban. Használatára, a konzultációkba való beemelésére nemcsak mint „szükséges rosszra” tekinthetünk, hanem – amint fentebb bemutatottuk – erősítheti a betegek részvételét saját kezelésükben, és támogatója lehet az orvos és a beteg kapcsolatának is. Ugyanakkor hirtelen elterjedtsége okán

számos hétköznapi nehézséggel kell szembesülnie az orvosoknak.

Nehéz például kialakítani azt a gyakorlatot, hogy vajon a Facebookon visszajelölje-e ismerősnek a páciensét, vagy reagáljon-e hétvégén az e-mailjeire. Ezekre azonban éppúgy ki-ki megtalálja a saját válaszát, mint arra a helyzetre, amikor annak idején a vezetőkes, később pedig a mobiltelefon felborította a megszokott rendet.

Az internet televan az orvoslást negatívan befolyásoló tartalmakkal, s ezek népszerűsége töretlen [34]. A kuruzslásnak ebben a valós és virtuális dömpingjében az egészségügyi szolgáltatók kiemelt felelőssége a megbízható tartalmak felkínálása, előre szerkesztett összeállítás. Ezzel saját kompetenciájukat is növelik. Hatékony kezdeményezés a flamand kormány *Don't google it* kampánya, amely az internetes keresésnél hívja fel a figyelmet a páciensekre leselkedő veszélyre, s rögtön megbízható tartalmat kínál a beírt keresőszóra [35].

Az információs aszimmetria csökkenésének olyan hatása is van, hogy a páciens megkérdőjelezi az orvos kompetenciáját. A Magyar Hospice Alapítvány idézett kutatásában egyik orvos interjúalanyunk nagyon plauzibilis megfogalmazással élt: *„Az idősek nemigen interneteznek. De egyre fiatalabb betegek kerülnek ide, illetve a középkorú betegek gyerekei természetesen neteznek. Tehát a bizottságba úgy jönnek, hogy ezt meg ezt a célzott terápiát kérik. Rendelnek, mint az étlapról. A bizottság tagjai megrökönyödnek.”* Az orvos – ha felkészül az ilyen helyzetekre – könnyen át tudja hangolni a beszélgetést a tényleges, a gyógyítás szempontjából döntő kompetenciabeli aszimmetria képviselésével. Ez nem a tudásbeli fölény harci bevetését jelenti (*„Én öt évig tanultam az egyetemen, maga pedig 20 perc alatt találta a neten!”*), hanem azt, hogy a beteget elfogadva (tehát nem harcként értelmezve a helyzetet), számára érthető módon kontextusba helyezi és értékeli az általa igényelt kezelést.

Anyagi támogatás: A szerző anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Central Statistical Office: Proportion of regular internet users (2004–2005). [Központi Statisztikai Hivatal: Rendszeres internethasználok aránya (2004–2015).] https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tin00091.html [Hungarian]
- [2] Health Fact Sheet. <http://www.pewinternet.org/fact-sheets/health-fact-sheet/>
- [3] Dutton, W. H., Blank, G.: Next generation users: The internet in Britain. Oxford Internet Survey 2011. Oxford Internet Institute, University of Oxford. http://www.worldinternetproject.net/_files/_Published/23/820_oxis2011_report.pdf

- [4] Tóth, T., Remete, S. G., Filep, N., et al.: The e-patient is a friend or an enemy? Health-related internet use in Hungary. [E-páciens: barát vagy ellenség? Egészséggel kapcsolatos internetezési szokások Magyarországon.] IME, 2014, 13(9), 49–54. [Hungarian]
- [5] Starr, P.: The social transformation of American medicine. Basic Books, New York, 1982.
- [6] Ehrenreich, J. (ed.): The cultural crisis of modern medicine. Monthly Review Press, New York, London, 1978.
- [7] Haug, M.: Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. Sociological Review Monograph, No. 20. University of Keele, Keele, 1973.
- [8] Powell, J. A., Darvell, M., Gray, J. A.: The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. J. R. Soc. Med., 2003, 96(2), 74–76.
- [9] Braddock, C. 3rd.: Through the physician's eyes: The patients (internet)-physician relationship. AMA J. Ethics, 2001, 3(3).
- [10] Sára, Z., Cséző, Z., Tóth, T., et al.: The role of advanced information technology solutions in enhancing doctor-patient communication. [A korszerű információtechnológiai megoldások szerepe az orvos-beteg kommunikáció javításában.] IME, 2013, 12(4), 20–24. [Hungarian]
- [11] Blumenthal, D.: Doctors in a wired world: Can professionalism survive connectivity? Milbank Q., 2002, 80(3), 525–546.
- [12] Tuchman, B. W.: A distant mirror: the calamitous 14th century. Ballantine Books, New York, 1979.
- [13] Sobel, D.: Galileo's daughter. Penguin Books, New York, 1999.
- [14] Epstein, R. M., Hundert, E. M.: Defining and assessing professional competence. JAMA, 2002, 287(2), 226–235.
- [15] Buda, B.: The physician-patient relationship and the specialty of the communication in psychotherapy. In: Buda, B.: The regularity of the common human communication. [Az orvos-beteg kapcsolat és a pszichoterápiás kommunikáció sajátosságai. In: Buda, B.: A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei.] Anima Kiadó, Budapest, 1986, 181–189. [Hungarian]
- [16] Pilnick, A., Dingwall, R.: On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. Soc. Sci. Med., 2011, 72(8), 1374–1382.
- [17] Towle, A., Godolphin, W.: Framework for teaching and learning informed shared decision making. Br. Med. J., 1999, 319(7212), 766–771.
- [18] Coulter, A.: Paternalism or partnership? Patients have grown up and there's no going back. Br. Med. J., 1999, 319(7212), 719–720.
- [19] Málovics, É., Vajda, B., Kuba, P.: Paternalism or shared decision making? Patients about physician-patient communication. In: Hetesi, E., Majó, Z., Lukovics, M. (eds.): World of services. [Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi, E., Majó, Z., Lukovics, M. (szerk.): A szolgáltatások világa.] JATEPress, Szeged, 2009. [Hungarian]
- [20] Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., et al.: Implementing shared decision making in the NHS. Br. Med. J., 2010, 341, c5146.
- [21] Informed Medical Decisions Foundation. <http://www.informedmedicaldecisions.org/>
- [22] Oshima Lee, E., Emanuel, E. J.: Shared decision making to improve care and reduce costs. N. Engl. J. Med., 2013, 368(1), 6–8.
- [23] Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., et al.: Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. Patient Educ. Couns., 2008, 73(2), 196–204.
- [24] Vajda, B., Horváth, S., Málovics, É.: Shared decision making, as an innovation in physician-patient communication. In: Bajmócy, Z., Lengyel, I., Málovics, Gy. (eds.): Regional capacity for innovation, competitiveness and sustainability. [Közös döntéshozatal mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: Bajmócy, Z., Lengyel, I., Málovics, Gy. (szerk.): Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság.] JATEPress, Szeged, 2012. [Hungarian]
- [25] Powell, J., Inglis, N., Ronnie, J., et al.: The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. J. Med. Internet Res., 2011, 13(1), e20.
- [26] Gaál, I.: Beyond medicine. Patients, relatives, physicians and nurses on health. [Túl a medicinán. Betegek, hozzátartozók, orvosok, ápolók az egészségügyről.] <http://www.hospicehaz.hu/assets/nyitotanulmany.pdf> [Hungarian]
- [27] Sommerhalder, K., Abraham, A., Zufferey, M. C., et al.: Internet information and medical consultations: Experiences from patients' and physicians' perspectives. Patient Educ. Couns., 2009, 77(2), 266–271.
- [28] Bylund, C. L., Gueguen, J. A., D'Agostino, T. A., et al.: Cancer patients' decisions about discussing Internet information with their doctors. Psycho-oncology, 2009, 18(11), 1139–1146.
- [29] Broom, A.: Medical specialists' accounts of the impact of the internet on the doctor/patient relationship. Health, 2005, 9(3), 319–338.
- [30] Pilling, J.: Doctor-patient consultation. In: Pilling, J. (ed.): Medical communication. [Az orvos-beteg konzultáció. In: Pilling, J. (szerk.): Orvosi kommunikáció.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [31] Rider, T., Malik, M., Chevassut, T.: Haematology patients and the internet – the use of on-line health information and the impact on the patient-doctor relationship. Patient Educ. Couns., 2014, 97(2), 223–238.
- [32] Lee, C., Gray, S. W., Lewis, N.: Internet use leads cancer patients to be active health care consumers. Patient Educ. Couns., 2010, 81(Suppl. 1), S63–S69.
- [33] Physician financial transparency reports (Sunshine Act). <http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/topics/sunshine-act-and-physician-financial-transparency-reports.page?>
- [34] Hanula, Z.: Let's see, what cures cancer today. [Lássuk, ma éppen mi gyógyítja a rákot!] http://index.hu/tudomany/2014/11/17/lassuk_ma_eppen_mi_gyogytja_a_rakot/ [Hungarian]
- [35] Don't google it! <http://www.ddb.be/work/CEBAM/dont-googleit>

(Gaal Ilona,
Budapest, Kenyeres u. 18–22., 1032
e-mail: ilona.gaal@hospicehaz.hu)