

Model of shared decision-making in medical practice

Galyna Naumenko

Bogomolets National medical university

Today, the issue of patient-oriented delivery of medical services is particularly acute. This is not just about the good manners of doctors: polite smile, greetings, address to the patient with respect, as well as medical results due to the expressed professional competencies.

The quality of communication in the medical sector plays a huge role in the provision of qualified medical care, due to the fact that it promotes:

- more effective interviewing or collecting information (accuracy, productivity, support for the patient);
- increasing the satisfaction of both the patient and the specialist;
- improvement of the patient's health, adherence to the prescribed therapy (compliance).

Thus, in order for biomedical technologies to be safe and effective, they should be used on the basis of effective communication and attitudes. One of the effective methods of a patients-physician interaction is the method of shared decision-making (SDM).

This is a process in which patients are encouraged to participate in choosing appropriate treatment or self-management options. The model has three stages: implementation of the choice; description of options; assist patients in learning benefits and decision making.

SDM is appropriate when there is more than one reasonable course of action, and no option is evidently not the best for all. In these cases, it has been proved that the formation of a patient's attitude to possible benefits and risks of the treatment of the disease should be a key factor in decision-making.

When there is a common view, doctors can better use motivational approaches to promote behavioral change, overcome clinical inertia, and promote self-regulation and community management by patients throughout the treatment and rehabilitation process.

Актуальність питання

Для медицини сьогодення характерні ситуація великого вибору лікувальних тактик і відсутність одного загально визнаного засобу, що кардинально вирішує проблему захворювання.

У свою чергу, ця тенденція сприяє почуттю розгубленості, тривожності, невизначеності у пацієнтів. «У цих випадках все більшого значення набуває взаємодія в діаді лікар - хворий» [1].

Сучасний пацієнт не задовольняється традиційно пасивною роллю, а проявляє прагнення до активної комунікації, бажаючи бути почутим і зрозумілим лікарем. У зв'язку з цим лікарям принципово важливо володіти навичками правильної побудови бесіди з пацієнтом, націленої на улагодження лікувальної ситуації, не обмежуючи при цьому надій та очікувань пацієнта.

Важливо підкреслити, що в процесі взаємодії «лікар-пацієнт» обидва учасники комунікації

змушені пристосовуватися один до одного: лікар - в силу своєї професії (надавати допомогу нужденному), а пацієнт - через появу проблем зі здоров'ям.

Як і в будь-якій взаємодії двох людей, в процесі комунікації лікар-пацієнт є вразливі та слабкі точки контакту двох сторін. Зі сторони лікаря-це прийняття. Прийняття-це відношення до позиції пацієнта з повагою, якою би нерозумною, небезпечною вона не була. Прийняття не означає згоду, але робить наголос на важливості толерантного підходу лікаря до роботи з пацієнтом. Для більшості лікарів толерантне відношення до нерозсудливості, зайвої емоційності пацієнтів являється складним викликом в роботі, який вимагає додаткової психологічної підготовленості. В той час, як зі сторони пацієнта, бар'єром до продуктивної комунікації може стати недовіра та стигматизація лікаря (лікар, як хабарник, змова з фармацевтичними компаніями і т.д.), сформована не одним десятиліттям.

Як зазначено в одній чудовій цитаті Річарда Бакмінстера Фуллера: «Не можна нічого змінити змагаючись з існуючою реальністю. Щоб щось змінити, створіть нову модель, яка зробить існуючу безнадійно застарілою». Саме тому лікарі повинні поступово розвивати прихильність до партнерства та концепцію автономії пацієнта, яка ставить вибір пацієнта та самостійні потреби в основі медичної взаємодії.

Поняття нового підходу у взаємодії лікар-пацієнт

Спільне прийняття рішень (СПР) - це процес, в якому пацієнти заохочуються брати участь у виборі відповідних методів лікування або варіантів самоуправління своїм станом. У своїй основі СПР опирається на визнання того, що індивідуальне самовираження та автономія є прагненнями пацієнта, і лікарям необхідно підтримувати пацієнтів у процесі досягнення цієї мети там, де це можливо.

Необхідно зазначити, що використовуючи принцип СПР не означає залишати пацієнта ізольованим та покинутим у процесі прийняття рішення, тим самим перекладаючи всю відповідальність на пацієнта.

Так як варто завжди пам'ятати про нерівнозначність позиції між лікарем і пацієнтом. Саме пацієнт являється «слабкою ланкою», він не може об'єктивно від початку відноситись до власного стану здоров'я та прогнозу лікування, так як його сприйняття викривлене емоційною складовою відношення до хвороби. Це те саме, якщо намагатись привести до тями людину після гострого стресу зі словами «візьми себе в руки», «твій стан не катастрофа». Даний метод ніколи не буде ефективним, а навпаки створить нездоланну дистанцію у взаємодії. Тому саме на лікареві лежить основна відповідальність у побудові довірливих відносин та професійної структури бесіди з пацієнтом.

Відомо, що найпоширенішими причинами невдоволення пацієнта є: недостатня проінформованість про свою хворобу та варіанти лікування [2].

Спільне прийняття рішень є доцільним, коли існує більше одного розумного курсу дій, і жоден варіант очевидно не найкращий для всіх. Ця ситуація є поширеною, оскільки часто існують різні способи лікування пацієнта, кожен з яких може призвести до різних результатів [3].

У цих випадках доводиться, що формування відношення пацієнта до можливих переваг та ризиків лікування хвороби має бути ключовим фактором у прийнятті рішення.

Досягнення спільного прийняття рішень залежить від побудови хороших відносин на клінічній зустрічі між лікарем та пацієнтом, щоб інформація була спільною, і пацієнти отримували підтримку при обмірковуванні та висловленні своїх переваг та поглядів щодо майбутнього лікування [4].

Основними цілями СПР є:

1. надання інформації та
2. підтримка процесу прийняття рішень.

Необхідними навиками лікаря у процесі спільного прийняття рішення є [5, 6]:

- обмін інформацією;
- рефлексивне слухання;
- резюмування;
- задавання відкритих запитань;
- прогнозування;
- ствердження;
- відкриття переваг.

Основними принципами такого підходу є:

- побудова взаємовідносин;
- повага автономії;
- цікавість до пацієнта як до людини.

Коли пацієнти беруть участь у спільному прийнятті рішень, вони отримують:

- знання про свій стан здоров'я;
- визнають необхідність прийняти рішення та інформованість про варіанти;
- розуміють плюси та мінуси різних варіантів;
- мають інформацію та інструменти, необхідні для оцінки всіх варіантів;
- краще готові спілкуватися з медичним персоналом;
- співпрацюють з групою медичних працівників, щоб прийняти спільне рішення;
- мають більше шансів та можливостей дотримуватися цього рішення.

Медичний працівник при спільному прийнятті рішення отримує:

- більше обізнаних та краще підготовлених до діалогу пацієнтів
- міцні, довготривалі та довірливі стосунки
- обидві сторони лікар та пацієнт задоволені

Спільне прийняття рішень є особливо важливим у таких ситуаціях:

1. коли існує декілька доцільних варіантів, наприклад, для проведення обстеження чи лікування;
2. коли жоден варіант не має чіткої переваги;
3. коли можливі переваги та недоліки кожного із варіантів, що впливають на пацієнтів по-різному.

Впровадження спільного прийняття рішень пацієнтам, рекомендовані фрази для лікаря:

- «Іноді речі в медицині не такі ясні, як думає більшість людей. Давайте працювати разом, щоб ми могли прийняти рішення, яке підходить саме вам»
- «Люди мають різні цілі та проблеми. Як ви думаєте про свої варіанти лікування, що для вас важливо?»
- «Ви хочете обдумати дане рішення з ким-небудь ще? З кимось, кого може торкнутися дане рішення? З кимось, хто може допомогти вирішити проблему?»

Структура моделі спільного прийняття рішення (СПР)

Модель має три етапи:

- Впровадження вибору;
- Опису варіантів, часто шляхом інтеграції отриманої підтримки;
- Надання допомоги пацієнтам у вивченні переваг та прийнятті рішень.



Рисунок 1. Структура моделі спільного прийняття рішення

Основними двома завданнями СПР є надання інформації та підтримка обговорення.

Надання інформації

В процесі надання пацієнтам медичної інформації, необхідно допомагати їм залучатися у процес вибору тактики лікування та подальших дій.

Важливою задачею також являється з'ясувати, що пацієнти вже знають, і чи це правильно. Так як варто враховувати, що всі люди різні і тому надають не однакове значення результатам лікування. Якщо пацієнти не поінформовані, вони не зможуть оцінити "що важливо для них", а лікар в свою чергу переконатися в коректності сприймання інформації пацієнтами.

Перше завдання СПР полягає у забезпеченні того, щоб пацієнти не приймали рішення, доки вони не стануть достатньо обізнаними в ключових питаннях, не допускати "прийняття рішень в умовах помилковості, яку можна уникнути" (Al Mulley, personal communication).

Підтримка обговорення

Друге завдання - підтримувати пацієнтів в процесі обмірковування варіантів, вивчаючи їх реакцію на інформацію.

Коли медичні працівники пропонують свою роль у прийнятті рішень, деякі пацієнти відчувають себе невпевнено щодо того, що може бути кращим [7]. Адже, якщо вся відповідальність за прийняття рішень передається пацієнтам, вони можуть відчувати себе "покинутими" [8].

Алгоритми дій на першому етапі: вибір говорити з лікарем

Говорити про вибір - це повідомити пацієнтів, що існують доцільні варіанти вирішення проблем.

"Вибір говорити" є етапом планування [9, 10].

а)	крок назад	Підбивайте підсумки і скажіть:	"Тепер ми визначили проблему час подумати, що робити далі "
б)	вибір пропозиції.	Будьте обережні, так як пацієнти часто неправильно сприймають уявлення про вибір і вважають, що клініцист є або некомпетентним, або непроінформованим, або і тим і тим.	"Є корисна інформація про те, як ці процедури відрізняються одна від одної. Саме це я хотів би обговорити з вами".
в)	обґрунтувати вибір.	Підкреслити: важливість поваги індивідуальних уподобань та роль невизначеності.	Персоналізація уподобань. Пояснення того, що різні проблеми мають більше значення для деяких людей, ніж інші. Наголосіть: "Лікування має різні наслідки ... деякі будуть мати більше значення для вас, ніж для інших ...". Невизначеність: пацієнти часто не усвідомлюють ступінь невизначеності в медицині: очевидність може бути відсутньою, а індивідуальні результати непередбачуваними. Скажіть: "Лікування не завжди ефективне, і шанси відчути побічні ефекти різняться ..."
г)	перевірте реакцію	Вибір варіантів може бути незрозумілим: деякі пацієнти можуть висловити занепокоєння.	"Чи будемо ми продовжувати" або "Чи мені продовжити розповідати вам про варіанти?"
д)	відкласти закриття	Деякі пацієнти запитують клініцистів "скажіть мені, що робити ...". Ми пропонуємо відкласти закриття, якщо виникає дане питання, запевнивши	Скажіть: "Я радий поділитися своїми думками і допомогти вам досягти правильного рішення. Але перш, ніж я це зроблю, чи зможу я детальніше описати

		пацієнта, що ви готові підтримати його.	можливі варіанти, щоб ви зрозуміли, що для вас важливо? "
--	--	---	---

Таблиця 1. *Етап вибору говорити з лікарем*

Алгоритм дій на другому етапі: перевірка обізнаності в своєму стані

а)	перевірити знання	Навіть добре обізнані пацієнти можуть лише частково усвідомлювати варіанти та пов'язані з ними ризики та переваги, або бути дезінформованими.	"Що ви чули чи читали про лікування раку передміхурової залози?"
б)	варіанти списку	Зробіть чіткий список параметрів, оскільки він забезпечує хорошу структуру. Якщо доцільно, включіть варіант "пильного очікування" або використовуйте позитивні терміни, такі як "активний нагляд".	Запишіть параметри і скажіть: "Дозвольте мені перерахувати варіанти, перш ніж ми почнемо детальніше".
в)	опишіть варіанти	Ініціювати діалог та досліджувати переваги. Опишіть варіанти зрозуміло. Вкажіть, коли існують чіткі відмінності (хірургічне втручання або ліки), де можливий вибір або, де це не можливо.	Якщо є декілька варіантів лікування, скажіть: "Обидва варіанти рівнозначні та включають прийом ліків на регулярній основі". "Ці варіанти матимуть різні наслідки для вас в порівнянні з іншими людьми, тому я хочу описати ...".
г)	недоліки та переваги	Розуміння плюсів та мінусів різних варіантів є основою спільного прийняття рішень. Спробуйте доносити інформацію дозвано, розділивши на частини.	Необхідно взяти до уваги, що можливі вирішальні умови та обставини в процесі прийняття рішення пацієнтом, тому необхідно забезпечити дані про ризик у абсолютних, а також відносних показниках.
д)	забезпечити підтримку рішення пацієнта	Ці інструменти роблять параметри видимими та можуть заощадити час (наприклад, буклети, інфографіка, електронний ресурс). Деякі з них досить стислі для використання на клінічних зустрічах.	"Ці інструменти розроблені, щоб допомогти вам зрозуміти варіанти більш докладно. Використовуйте їх і при наступному вашому візиті я зможу відповісти на ваші запитання".
е)	узагальнити	Повторно перерахуйте параметри та оцініть розуміння, стимулюючи пацієнта сформулювати зрозумілу інформацію своїми словами. Це називається методом "навчити-назад" і є гарною перевіркою неправильних уявлень.	

Таблиця 2. *Етап перевірки обізнаності в своєму стані*

Алгоритм дій на третьому етапі - прийняття рішення

а)	Зосередитися на перевагах	Направляйте пацієнта в процесі формування переваг.	"Що на вашу думку найбільше стосується вас?"
б)	Вибрати перевагу	Підготуйте резервний план, пропонуючи більше часу або будьте готові супроводжувати пацієнта у процесі його вибору.	
в)	Перехід до рішення	Спробуйте перевірити, чи потрібно відкласти рішення чи прийняти рішення.	"Ви готові обрати?" Або "Ви потребуєте більше часу?", "У вас є інші питання?", "Є ще речі, які ми повинні обговорити?"
г)	Огляд пропозиції	Нагадування пацієнту, де можливо переглянути прийняті рішення.	

Таблиця 3. Етап прийняття рішення

Основними складнощами у реалізації нового підходу можуть бути низька медична грамотність пацієнтів, або низький рівень навичок читання, окрім того деякі пацієнти приходять із культурного середовища, в якому не існує традицій приймати автономні рішення.

Варто зазначити, що не всі рішення вимагають спільного прийняття рішення, як, наприклад, в ситуаціях, коли окремі переваги є зрозумілими, послідовними та узгодженими, або коли потрібні термінові дії.

Тоді як рішення в контексті важких та хронічних захворювань, як правило, досягаються в обговоренні. Причиною є той факт, що рідко коли людина спроможна в стресовій ситуації, перед лицем важкої хвороби самотійно прийняти рішення. [11, 12].

Висновок

Метою міжнародної медичної спільноти являється формування професіоналізму лікаря та достойного прикладу для наслідування.

Саме для цього всі зусилля направлені на розроблення професійного підходу, який включає цілісність, чесність та сумлінність і сприяє розвитку розуміння професійних кордонів.

Розвиток атрибутів інтегрованості дозволить лікарям:

- приймати моральні та етичні обов'язки, пов'язані з наданням допомоги окремим пацієнтам;
- оцінити нерівність балансу сил у лікарсько-пацієнтських відносинах і необхідність завжди діяти в інтересах пацієнта;
- бути готовими стикатися зі складними ситуаціями, включаючи ті, що пов'язані з невизначеністю, ризиком та помилками, та спілкуватися таким чином, щоб забезпечити безпеку пацієнтів;
- бути чесними та довіреними особами протягом всього спілкування з пацієнтом, у тому числі у письмових звітах та документації, а також нести відповідальність за збереження конфіденційності та підтримувати відповідність інформації при її обміні.

Розуміння професійних кордонів дозволить лікарям: розуміти межі, які існують у клінічних відносинах; зрозуміти необхідність таких кордонів і оцінити фактори, що їх підтримують, такі як формальність мови та одягу, характер клінічного середовища та необхідність обмеження та дозування особистого впливу та включення в життя пацієнта [13].

Таким чином, завдання зараз полягає у розробці ефективних засобів залучення пацієнтів до прийняття медичних рішень та моніторингу результатів, так як збільшується кількість пацієнтів, які хочуть бути активними учасниками лікувального процесу та володіти повною інформацією про стан здоров'я (пацієнти з хронічними захворюваннями).

Важливо, що наявність вибору залежить від бажання клініцистів запропонувати це. Вони повинні забезпечити розуміння пацієнтами варіантів та їх можливих наслідків, вказуючи їм на надійні інформаційні джерела, виявляючи їхні уподобання та приймаючи їхні рішення.

Коли існує спільна думка, лікарі можуть краще використовувати мотиваційні підходи для сприяння зміні поведінки, подолання клінічної інерції та сприяння саморегуляції та селф-менеджменту (самоуправління) пацієнтів. Дуже важливо зрозуміти, що спільна платформа взаємовідносин може бути збудована як в коротких зустрічах, так і під час тривалих клінічних відносин. [12, 14].

Зокрема група фахівців клініки Мейо прийшла до розуміння, що проблема доказів полягає не просто в тому, щоб донести до пацієнтів те, що знає лікар, - хоча це саме по собі являється серйозною проблемою. Замість цього реальна проблема полягає в тому, як використовувати докази для розуміння, що краще для конкретного пацієнта, з урахуванням його або її обставин та цінностей. Пацієнтам та їх лікарям необхідний простір, в якому вони можуть думати, говорити та відчувати свій шлях, за допомогою якого варіант лікування набуває інтелектуальний, практичний та емоційний сенс для кожного окремого пацієнта [15].

Приклади

Нижче наведені приклади, які демонструють, що поінформовані переваги є головною метою, оскільки прийняті рішення будуть краще зрозумілі, виходячи з більш точних очікувань щодо негативних та позитивних наслідків, а також у відповідності з особистими перевагами пацієнтів.

Приклад 1. Катерина: Рання стадія раку молочної залози

Катерина (67 років), недавно був діагностований рак молочної залози. Вдова, живе самотньо в сільській місцевості. Лікар запропонував вибір між лампектомією з променевою терапією (хірургія збереження грудей) або мастектомією, було зазначено рівну ймовірність виживання для цих двох процедур. Пацієнтка була стривожена даним вибором. Катерина вислухала уважно варіанти і, незважаючи на добре надану інформацію, відчувала, що віддає перевагу лампектомії та променевої терапії, так як вони є "менш інвазивними" варіантами.

Пацієнтка стала дуже виснаженою під час променевої терапії, а її груди ставали чутливими та набагато меншими. Даний ефект Катерина не передбачала. Через два роки, латеральний локальний рецидив раку молочної залози привів до мастектомії.

На цьому етапі вона зрозуміла, що після лампектомії спостерігається вища (подвійна) швидкість місцевого рецидиву. Вона жалкувала та вважала, що її рішення могло би бути іншим, якби їй було надано більше інформації та вона мала можливість висловити своє сильне бажання уникнути рецидиву.

Приклад 2: Едвард: симптоми пов'язані зі збільшеною простатою

Едвард, 75 роки, нещодавно було діагностовано збільшення простати, що викликало часті позиви до сечовипускання. Йому запропонували операцію як найефективніший метод лікування в даній ситуації, він прийняв рекомендацію. Перед операцією Едвард вів активне статеве життя, що було важливо для нього та його дружини, але все серйозно змінилось

після операції.

Йому було повідомлено до хірургічного втручання, що деякі чоловіки мають сексуальні проблеми після операції, але він не пов'язував дану інформацію із собою особисто. В нього не склалося розуміння, що дана інформація була пересторогою для нього, тому і не врахував даний ступінь ризику.

Озираючись назад, Едвард відчуває, що якщо б йому було надано більше шансів обговорити його особисті переваги, він, можливо, відклав операцію на користь "пильного очікування" (активний нагляд).

References

1. Urvancev LP, Kodochigova IA. Psychologichni aspekty spilkuvannja v diadi «Likar-hvoryj». *Jaroslavs'kyj psihologichnyj visnyk*. 2001; 5:96-108.
2. Care Quality Commission. The state of health care and adult social care in England. London: TSO; 2010. [Publisher Full Text](#)
3. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect*. 2005; 8:34-42. [DOI](#) | [PubMed](#)
4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(10):1361-7. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
5. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *Ann Fam Med*. 2014; 12(3):270-5. [DOI](#) | [PubMed](#)
6. National learning consortium, Advancing American's Health Care, Shared Decision Making. [Publisher Full Text](#)
7. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect*. 2011; 14(1):84-91. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
8. Quill T, Cassel C. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med*. 1995; 122:368-74. [Publisher Full Text](#)
9. Discourse markers. Cambridge: Cambridge University Press; 1988. [Publisher Full Text](#)
10. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Decisi Making*. 2010; 30(6):701-11. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
11. Lown BA, Clark WD, Hanson JL. Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. *Health Expect*. 2009; 12(2):160-174. [DOI](#) | [PubMed](#)
12. Epstein RM, Street RL Jr. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. *Ann Fam Med*. 2011; 9(5):454-61. [DOI](#) | [PubMed](#)
13. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical education*. 208; 42(11):1100-7. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
14. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(10):1361-7. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#)
15. Hargraves I, LeBlanc A, Shah ND, Montori VM. Shared Decision Making: The Need for Patient-Clinician Conversation, Not Just Information. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35(4):627-9. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)