

Спільне прийняття рішень в клінічній практиці: NICE–2021

Переклад: [Савельєва-Кулик Н.О.](#)

Резюме. Настанова із впровадження практики спільного прийняття рішень в повсякденну діяльність медичних закладів. Рекомендації з навчання медичного персоналу та користувачів послуг, інформування про ризики, переваги та наслідки для пацієнтів, організаційні особливості.

17 червня 2021 р. експертами Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги (National Institute for Health and Care Excellence — NICE), Велика Британія, опубліковано настанову із впровадження стратегій спільного прийняття рішень в повсякденну клінічну практику. Розроблений матеріал містить навчальні рекомендації, техніки подання інформації про можливі ризики, переваги та наслідки для пацієнтів, а також напрями впровадження стратегії спільного прийняття рішень в культуру організації управління охорони здоров'я та клінічну практику [2].

1. Впровадження практики спільного прийняття рішень на організаційному рівні

Найвищий рівень керівництва

1. В кожній установі або системі незалежно від її розмірів має бути обраний головний координатор із керівництва та впровадження практики спільного прийняття рішень. Це може бути член ради директорів або, за його відсутності, лідер найвищого рангу в організації.
2. Розглянути можливість призначення директора по роботі з пацієнтами (з досвідом роботи у сфері охорони здоров'я), який буде співпрацювати з головним керівником та відповідати за:
 - - підвищення значення ролі користувачів послуг на етапах планування, реалізації та моніторингу спільного прийняття рішень, особливо серед малозабезпечених верств населення;
 - підтримку впровадження спільного прийняття рішень на вищому рівні організації послуг охорони здоров'я в закладі.
3. Призначити одного чи декількох старших медичних спеціалістів для співпраці із головним керівником та директором по роботі з пацієнтами на правах «захисників» спільного прийняття рішень в масштабах всієї організації.
4. Визначити одного чи декількох «захисників користувачів послуг» в межах всієї організації для співпраці з головним керівником, директором по роботі з пацієнтами та «захисниками» із групи медичних фахівців для спільного прийняття рішень. Це мають бути особи із числа тих, які безпосередньо користуються послугами даного закладу.

Планування та реалізація спільного прийняття рішень

5. Розробити загальний для всієї установи план розвитку для реалізації спільного прийняття рішень на основі рекомендацій 1.6-1.10 даної настанови.

6. Розробляючи план оптимізації, визначити:

- - існуючий оптимальний варіант практичної діяльності в підрозділах або командах, де спільне прийняття рішень вже є впровадженою моделлю повсякденної діяльності закладу, та використовувати цей досвід;
 - підрозділи або групи, в яких спільне прийняття рішень може бути реалізоване найпростіше; поширити цей процес у всій установі;
 - основних співробітників та користувачів послуг для навчання на правах інструкторів з прийняття рішень, а також надавачів послуг для здійснення навчання (пункт 1.13).

7. Вивчити, яким чином інформаційні ресурси можуть підтримувати спільне прийняття рішень, наприклад шляхом:

- - забезпечення швидкого доступу до засобів прийняття рішень стосовно пацієнтів або інформації про ризики, переваги та наслідки під час обговорення з медичним працівником;
 - демонстрації попередніх рішень та переваг для людини, цінностей та іншої інформації з попередніх обговорень, наприклад в записах пацієнтів (пункт 2.17).

8. Визначити в плані розвитку, яким чином користувачі послуг братимуть участь у підтримці його реалізації.

9. Розробити план внутрішнього або зовнішнього моніторингу та оцінки (включаючи зворотний зв'язок з користувачами послуг та персоналом), а також способи надання результатів персоналу на індивідуальному, командному та управлінському рівнях.

10. Створити в організації мережу підтримки інструкторів зі спільного прийняття рішень (включаючи користувачів послуг, які є інструкторами) та фахівців охорони здоров'я. Розглянути можливість приєднання до мережі підтримки з іншими учасниками більш широкій та регіональній системі.

Обмін інформацією

11. Забезпечити ефективний обмін досвідом та інформацією як в установах, так і між ними для надання єдиної узгодженої інформації (пункт 1.7 та розділ 1.4. настанови NICE з досвіду пацієнтів при обслуговуванні службами національної системи охорони здоров'я [1]).

Підтримка навичок та компетенцій медичних працівників

12. Установи мають гарантувати, що опанування вмінь та навичок, необхідних для підтримки спільного прийняття рішень, забезпечено вступним курсом навчання та можливостями безперервного професійного розвитку для всього медичного персоналу. Вказане має включати доступ до клінічних спостережень.

13. Забезпечити, щоб навчання і розвиток спеціалістів охорони здоров'я у сфері спільного прийняття рішень включало наступне:

- - спонукати людей говорити про те, що для них важливо;
 - розуміння принципів, які підтримують спільне прийняття рішень на основі моделі, що спирається на факти (наприклад, модель трьох обговорень);

- спілкування з людьми зрозумілим для них способом, використовуючи чисту літературну мову, уникаючи сленгу та пояснюючи технічні терміни;
 - обмін та обговорення інформації, необхідної людям для прийняття рішень обґрунтованих рішень та забезпечення того, щоб вони розуміли доступні їм можливості, включаючи вибір;
 - спілкування та залучення членів родини, друзів, опікунів, адвокатів чи інших людей за бажанням пацієнта;
 - використання засобів підтримки прийняття рішень пацієнтами.
14. Надати доступ до семінарів у стилі «навчання інструкторів» (де медичних працівників і, можливо, користувачів послуг навчають вчити інших медичних працівників) для основних представників впровадження стратегії спільного прийняття рішень у підрозділах, де відбувається це впровадження.
15. Впевнитися, що навчання має практичне спрямування (наприклад із використанням рольових ігор), а не виключно теоретичний, для того щоб медичні працівники могли застосовувати на практиці навички, необхідні для спільного прийняття рішень.

Сприяння спільному прийняттю рішень для користувачів послуг

16. Установи мають активно впроваджувати практику спільного прийняття рішень серед користувачів послуг, наприклад пропонуючи людям навчання та використовуючи плакати чи інші засоби масової інформації (наприклад інформаційні розсилки або вебсайти) для заохочення людей ставити такі запитання, як:

- - «Якими є мої можливості?»
 - «Якими є переваги та ризики існуючих варіантів?»
 - «Яким чином ми разом можемо прийняти рішення, яке підходить саме мені?».

2. Практична реалізація спільного прийняття рішень

1. Підтримувати спільне прийняття рішень, пропонуючи втручання на різних етапах, в тому числі до, під час та після обговорення, щоб люди повною мірою брали участь у наданні допомоги.
2. Адаптувати методи, які використовуються для підтримки спільного прийняття рішень, до умов надання допомоги та ситуації, в якій приймається рішення, включаючи те, чи відбувається обговорення особисто чи на відстані за допомогою відеозв'язку або телефонної розмови.
3. Запитати у людини, чи бажає вона залучити до участі членів родини, друзів, опікунів або адвокатів. Якщо так, залучити їх для допомоги пацієнту, зокрема:

- - брати активну участь в обговоренні;
 - пояснювати, що є важливим;
 - приймати рішення про догляд;
 - запам'ятовувати дані, отримані під час обговорення.

4. При наданні інформації:

-

- використовувати лише надійні високоякісні джерела (акредитовані джерела NICE, посилання на вебсайт національної охорони здоров'я, інформацію від відповідних організацій пацієнтів чи настанов NICE та засоби для прийняття рішень пацієнтами належної якості);
- брати до уваги доступність та вимоги відповідності стандарту доступної інформації національної охорони здоров'я.

Перед обговоренням

5. Перед обговоренням запропонувати людині доступ до ресурсів в зручному для неї форматі (наприклад буклет, листівка або мобільний додаток), щоб допомогти підготуватися до обговорення варіантів та прийняття спільних рішень. Це має спонукати пацієнтів замислитися про:
 - - що є для них важливим;
 - на що вони сподіваються протягом обговорення;
 - які запитання вони хотіли би поставити (пункт 1.16).
6. Пропонувати додаткову підтримку людям, яким може бути складно брати участь у прийнятті рішень, особливо якщо вони не мають або не приймають підтримки родини, друзів або опікунів. Підтримка може бути з боку медичної сестри, соціального працівника, перекладача або волонтера (наприклад адвоката), які можуть:
 - - допомогти зрозуміти можливості, які надаються;
 - спонукати людину до активної участі у прийнятті рішень;
 - запевнити, що спільне прийняття рішень буде підтримано лікуючим лікарем.

Під час обговорення

7. Узгоджувати «порядок денний» на початку кожного обговорення, щоб спільно означити пріоритети розмови. Сказати про те, як довго буде тривати обговорення.
8. Впевнитися у розумінні людиною того, що вона може брати всебічну участь у виборі лікування чи догляду.
9. Обговорюючи рішення про діагностику, лікування та інші втручання, здійснювати це таким чином, щоб спонукати людей думати про те, що для них важливо, і висловлювати свої потреби та вподобання.
10. Розглядаючи діагностичні, лікувальні або інші медичні послуги:
 - - пояснити медичні цілі кожного з варіантів та обговорити, яким чином вони співпадають з метою, пріоритетом та більш загальними цілями людини;
 - відкрито обговорити ризики, переваги та наслідки кожного варіанту, впевнитися, що людина знає про можливість відмови від лікування або продовження нині існуючого плану дій;
 - уточнити, що пацієнт сподівається отримати від лікування чи втручання, та обговорити будь-які невідповідності;
 - виділити достатньо часу для відповіді на запитання та запитати людину, чи не бажає вона ще раз обговорити можливі варіанти дій.

11. Підтримувати пацієнта під час розгляду варіантів рішень:

- - надавати інформацію керованими фрагментами (фрагмент та перевірка);
 - перевіряти, чи інформація є зрозумілою (наприклад застосовуючи техніку зворотного навчання);
 - обговорювати те, що є важливим у світлі наданої інформації, та перевіряти, чи відповідає цьому вибір людини.
- 12. Надавати людям (та членам їх родин, друзям чи опікунам залежно від обставин) час, необхідний для прийняття рішень стосовно діагностичних, лікувальних та інших видів втручань.
- 13. Прийняти та визнати, що люди можуть мати різні погляди на баланс ризиків, переваг та наслідків лікування, а також те, що їх думка може відрізнятись від погляду медичного фахівця.
- 14. Прийняти спільне рішення або план відносно лікування або догляду та разом домовитися про те, коли це рішення буде переглянуто.
- 15. Наприкінці обговорення чітко визначити, які рішення було прийнято, для забезпечення порозуміння між пацієнтом та лікуючим лікарем відносно того, що було узгоджено, що відбуватиметься далі, в які терміни, а також коли буде здійснено перегляд ситуації.
- 16. Пояснити людині, що за бажанням вона може переглянути своє рішення раніше запланованої дати і може змінити свою думку про прийняте рішення в будь-який час.
- 17. Здійснюючи запис обговорення (наприклад в клінічних записах або плані лікування пацієнта), занотовувати всі прийняті рішення разом із подробицями того, що, за словами пацієнта, було важливо у прийнятті цих рішень. Запропонувати людині отримати цей запис, наприклад, листом.

Після та між обговореннями

- 18. Запропонувати пацієнтам інформаційні ресурси у бажаному для них форматі, для того щоб допомогти їм зрозуміти, що було обговорено та узгоджено. Це може бути короткий друкований виклад діагнозу, можливих варіантів дій, прийнятих рішень чи планів, а також посилання на надійні онлайн-ресурси. Найкраще видати цей матеріал з собою або надати його одразу після обговорення.
- 19. Впевнитися, що інформація, надана після обговорення, містить подробиці про те, до кого слід звертатися з будь-якими запитаннями.
- 20. Надсилаючи листа з основними висновками після завершення обговорення, адресувати цей документ пацієнту, а не його лікуючому лікарю. Направляти копію листа пацієнту (якщо людина не відмовилася від отримання копії документа) та відповідному спеціалісту охорони здоров'я.
- 21. Пропонувати додаткову підтримку людям, які можуть потребувати такої допомоги, для участі у спільному прийнятті рішень. Це може включати заохочення їх до запису обговорення, письмове роз'яснення узгоджених рішень або організацію наступних дій з боку медичного працівника або можливі альтернативи.

3. Допомога пацієнту в прийнятті рішень

Медичні працівники

- 1. Використовувати засоби підтримки прийняття рішень пацієнтами як частину загального «інструментарію» для підтримки цієї практики поряд з іншими

- навичками та втручаннями, розглянутими в пунктах 1.2. та 1.4. цієї настанови. Якщо відповідний інструмент прийняття рішень недоступний, продовжувати застосовувати загальні принципи прийняття рішень, викладені в даній настанові.
2. Використовувати засіб, який допомагає пацієнту прийняти рішення, лише якщо він:
 - - якісний та є відображенням передової доказової практики;
 - має відношення до цього обговорення та рішення, яке необхідно прийняти;
 - відповідає клінічній ситуації.
 3. Перед використанням того чи іншого інструменту прийняття рішення медичні працівники мають впевнитися, що вони розуміють, яким чином це допоможе безпосередньо даному пацієнту обрати кращий для нього варіант.

Установи

4. Узгодити шляхи надання співробітникам установи або системи доступу засобів допомоги пацієнтам належної якості, оцінюваним відповідно до структури стандартів NICE, для спільних інструментів підтримки прийняття рішень, включаючи засоби підтримки прийняття рішень пацієнтами або Міжнародні стандарти допомоги пацієнтам у прийнятті рішень. Це може бути реалізовано шляхом створення бази даних засобів прийняття рішень, які регулярно переглядаються та оновлюються, або шляхом надання персоналу відповідної інформації про прийняття рішень, які надаються на національному рівні.
5. Організації мають забезпечити, щоб їх установи та системи підтримували персонал у наданні пацієнтам допомоги при прийнятті рішень різними способами, наприклад у друкованому вигляді або онлайн-форматі та в доступі різними мовами.

4. Обговорення ризиків, переваг та наслідків

1. Розглядати ризики, переваги та наслідки, враховуючи індивідуальні особливості життя кожної людини і те, що для неї є важливим. Брати до уваги, що інформування про ризики можна здійснювати, використовуючи якісні засоби допомоги пацієнтам у прийнятті рішень або графічні презентації, зокрема піктограми (пункти 3.1-3.3).
2. Максимально персоналізувати інформацію про ризики, переваги та наслідки. Пояснити людині, чому інформація, яка надається, важлива саме для неї, і наскільки вагомою є невизначеність.
3. Установи мають забезпечити, щоб співробітники, які надають інформацію про ризики, переваги та наслідки для пацієнтів, добре розуміли цю інформацію, а також способи її використання та чіткого пояснення (пункт 1.12-1.13).
4. Якщо інформація про ризики, переваги та наслідки, індивідуальні для кожного пацієнта, є недоступною, використовувати загальні принципи прийняття рішень, викладені в цій настанові.

Обговорення числової інформації

5. Продумати можливість використання поєднання чисел та зображень, наприклад, числових коефіцієнтів та піктограм або їх набору, для того щоб візуалізувати як позитивні, так і негативні сторони водночас (пункт 4.11).

6. Застосовувати числові дані для опису ризиків за їх наявності. Враховувати, що різні люди по-різному інтерпретують такі терміни, як «ризик», «рідкісний», «незвичний» та «загальний».
7. Надавати перевагу термінології, яка відображає абсолютність значень, а не відносний опис явища. Наприклад, ризик події зростає з 1 на 1 тис. до 2 на 1 тис., а не в 2 рази.
8. Пояснюючи, вдаватися до опису частоти подій в натуральних числах (наприклад 10 із 100), а не у відсотках (10%).
9. Дотримуватися послідовності, використовуючи дані. Наприклад, порівнюючи ризики, застосовувати один і той самий знаменник: 7 із 100 для одного ризику і 20 із 100 для іншого, а не 1 з 14 та 1 з 5.
10. Представляти ризики протягом визначеного періоду (місяців або років), якщо це доречно. Наприклад, якщо 100 людей лікуються протягом 1 року, у 10 з них може виникнути певний несприятливий побічний ефект.
11. Використовувати як позитивні, так і негативні дані. Наприклад, лікування буде успішним для 97 зі 100 людей, а для 3 із 100 людей воно буде невдалим.

Список використаної літератури

1. National Institute for Health and Care Excellence (2012) Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. Clinical guideline [CG138].
2. National Institute for Health and Care Excellence (2021) Shared decision making. NICE guideline [NG197].