



ЕВРОПА

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СПП) в систему здравоохранения?

Ноябрь 2005 г.

РЕЗЮМЕ

Данный доклад является основанным на фактических данных сводным обзором Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) по использованию средств в поддержку принятия решений пациентами (СППП), которые призваны помочь пациентам в обсуждении возможных вариантов лечения со своими лечащими врачами, для того чтобы осознанно сделать конкретный выбор. Они используются в дополнение к консультированию (но не вместо него).

Большинство из этих исследований показали, что СППП превосходят меры, с которыми проводилось сравнение, в плане улучшения показателей качества принимаемых решений, таких как знание фактических данных об имеющихся возможностях, реалистическое восприятие возможных результатов, а также согласованность оценок пациентов и сделанного ими выбора. Кроме того, пациенты, использующие средства поддержки принятия решений, испытывают меньше противоречий при принятии решений, принимают более активное участие в процессе принятия решений и менее склонны проявлять нерешительность.

СППП помогают пациентам делать выбор на основе фактических данных и могут быть полезны лицам, определяющим политику, при определении критериев чрезмерного использования “серых” схем лечения (схемы лечения, основанные на суждениях самих пациентов в отношении приносимой пользы по сравнению с наносимым вредом).

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание: O'Connor AM, Stacey D (2005). *Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/E87791R.pdf>, по состоянию на [day month year])

Ключевые слова

DECISION SUPPORT TECHNIQUES
PATIENT PARTICIPATION – methods
PATIENT EDUCATION
DECISION MAKING
DELIVERY OF HEALTH CARE – trends
EVIDENCE-BASED MEDICINE
META-ANALYSIS
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме.....	4
История вопроса.....	4
Фактические данные.....	4
Рекомендации в отношении политики.....	4
Характер фактических данных, использованных в данном обзоре.....	5
Лица, принимавшие участие в работе над докладом.....	6
Введение.....	7
Источники для данного обзора.....	9
Измерение конечных результатов.....	9
Фактические данные.....	10
Фактические данные: проблемы и противоречия.....	15
Достоверность фактических данных.....	15
Дополнительная важная информация.....	16
Вопросы затратности и экономической эффективности.....	16
Возможное социальное значение.....	16
Условия для успешного применения СППП.....	17
Проекты, осуществляемые в настоящее время.....	18
Текущее обсуждение вопроса.....	19
Обсуждения.....	19
Обобщаемость результатов.....	20
Рекомендации в отношении формирования политики.....	20
Выводы.....	20
Приложение 1. Методы составления сводного доклада.....	22
Приложение 2. Характеристики рандомизированных контролируемых исследований, выбранных для данного сводного доклада.....	24
Литература.....	37

Резюме

История вопроса

Схемы лечения, основанные на суждениях самих пациентов в отношении приносимой пользы по сравнению с наносимым вредом, называются “серыми”. Если лечащие врачи полагают, что в отношении некоторых пациентов могут применяться “серые” схемы лечения, принятие таких схем должно происходить в соответствии с оценками пациентов, располагающих необходимой информацией. Вопрос заключается в том, как получить такие оценки информированных пациентов? Средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) представляют собой практические меры, призванные помочь пациентам в обсуждении возможных вариантов лечения со своими лечащими врачами, для того чтобы осознанно сделать конкретный выбор. Они используются в дополнение к консультированию (но не вместо него). Целью СППП является повышение качества принимаемых решений и сокращение числа случаев необоснованных отклонений от установленной практики. Существуют более 500 СППП, многие из которых доступны в сети Интернет.

Фактические данные

В данном сводном докладе обобщены результаты использования 23 СППП для принятия решений о формах лечения, которые оценивались в ходе 29 рандомизированных контролируемых исследований. Большинство из этих исследований показали, что СППП превосходят меры, основанные на проведении сравнений, в плане улучшения показателей качества принимаемых решений, таких как знание фактических данных об имеющихся возможностях, реалистическое восприятие возможных результатов, а также согласованность оценок пациентов и сделанного ими выбора. Кроме того, пациенты, использующие средства поддержки принятия решений, испытывают меньше противоречий при принятии решений, принимают более активное участие в процессе принятия решений и менее склонны проявлять нерешительность. При использовании СППП больные на 24% чаще делают выбор в пользу консервативных методов лечения по сравнению с плановыми инвазивными хирургическими процедурами без каких-либо отрицательных последствий для конечных результатов лечения, степени удовлетворенности пациентов или их беспокойства. Влияние на другие схемы лечения подвержено более значительным колебаниям. Имеется недостаточный объем данных о влиянии СППП на сохранение приверженности принятым решениям, практическом применении СППП в различных группах пациентов, а также экономической эффективности.

Рекомендации в отношении политики

Качество решений при выборе “серых” схем лечения является неадекватным и может приводить к чрезмерному использованию вариантов лечения, которым информированные пациенты не придают большой ценности. СППП помогают пациентам делать выбор на основе фактических данных и могут быть полезны лицам, определяющим политику, при определении критериев чрезмерного использования “серых” схем лечения для высвобождения ресурсов с целью поощрения выбора более эффективных видов лечения. Принимая во внимание распространение СППП за последние годы, необходимы общепринятые стандарты качества для разработки и оценки СППП. Кроме того, следует разработать модели предоставления услуг с использованием

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

СППД (включая обучение практикующих врачей) в различных группах населения, оценивая эффективность СППД в отношении качества принимаемых решений, вариабельности использования служб здравоохранения, а также затрат/

Характер фактических данных, использованных в данном обзоре

Данный обзор основан на систематическом изучении рандомизированных контролируемых исследований с целью оценки эффективности СППД.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППР) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

Лица, принимавшие участие в работе над докладом

Авторы

Annette M. O'Connor

PhD, профессор и старший научный сотрудник

Университет Оттавы и Исследовательский институт по вопросам здоровья, Оттава

1053 Carling Avenue, ASB 2-013,

Ottawa, Ontario, Canada, K1Y 4E9

Тел.: (613) 798-5555 (17582);

Факс: (613) 761-5402;

email: aconnor@ohri.ca

Dawn Stacey

PhD, доцент

Университет Оттавы

Адрес тот же

Тел.: (613) 798-5555 (16071);

Факс: (613) 761-5402;

email: dstacey@ohri.ca

Технический редактор:

Профессор Karen Facey, Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ

Рецензенты:

Д-р Akinogi Hisashige, Институт оценки технологий здравоохранения, Tokushima, Japan.

Д-р Mila- Garcia-Barbero, Руководитель проекта. Больницы, Отдел комплексных служб медицинской помощи Европейского регионального бюро ВОЗ.

Введение

Схемы лечения, имеющие в своей основе адекватные научные данные в отношении конечных результатов (т.е. исходов) лечения, могут классифицироваться следующим образом: «черные» (вредные для здоровья: вредные последствия значительно превышают пользу от лечения); «белые» (эффективные: польза от лечения значительно превышает вредное побочное действие); «серые» (зависящие от оценки: наилучший выбор схемы лечения зависит от того, как сам пациент оценивает пользу от лечения в сравнении с наносимым вредом) (1,2). Целью доказательной медицины является сокращение чрезмерного использования «черных» схем лечения и более широкое использование «белых» схем лечения, что достигается как с помощью повышения квалификации медицинских работников, так и путем улучшения информированности пациентов, посредством проведения организационных изменений и использования финансовых стимулов (1,3). Намного сложнее определить степень чрезмерного или недостаточного использования «серых» схем лечения (4–9). Вместе с тем, известно, что степень использования этих методик значительно варьируется. В отличие от хирургических вмешательств, относящихся к «белой» зоне, степень использования которых характеризуется незначительными региональными различиями (например, операции по поводу перелома костей тазобедренного сустава или рака прямой кишки), степень использования хирургических вмешательств, относящихся к «серой» зоне, (например, замена тазобедренного сустава или операция по поводу рака предстательной железы) может различаться в 2-5 раз (1,10,11). Среди других примеров можно назвать гистерэктомию в случае маточного кровотечения, простатэктомию при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, операцию по поводу грыжи межпозвоночного диска, мастэктомию при раке молочной железы, коронарное шунтирование при стабильной стенокардии. В этом году Международное сотрудничество по стандартам в сфере средств поддержки принятия решений пациентами (IPDAS) (www.ipdas.ohri.ca) выработало согласованное мнение относительно исходного критерия для принятия решений в «серой» зоне методик лечения. Если клиницисты приходят к решению о том, что к пациентам можно применить «серые» схемы лечения, их использование должно согласовываться с распределением оценок (или ценностей) информированных пациентов.

Вопрос заключается в том, каким образом получить оценки информированных пациентов. Исследования показывают, что клиницисты являются плохими судьями в отношении оценок пациентов, а сами пациенты подчас недостаточно реалистично представляют себе преимущества и недостатки методик лечения. Вследствие этого, для обсуждения вариантов лечения необходимо иметь мнение двух типов экспертов: клиницистов, обладающих технической информацией о вариантах лечения, конечных результатах и вероятностных прогнозах и пациентов с их непосредственными суждениями о ценности благоприятных и неблагоприятных исходов лечения (например, гарантирует ли потенциальное облегчение симптомов недуга отсутствие последующих осложнений). Только хирург может судить, является ли пациентка кандидатом на гистерэктомию, но только сама пациентка решает вопрос о том, является ли маточное кровотечение достаточным основанием для удаления матки. Подход, включающий в себя обсуждение и достижение соглашения с пациентом по поводу вариантов лечения, получил название «совместное принятие решений» или «выбор,

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

основанный на информированности о фактических данных» (12–15). Для рационализации этого процесса была разработана процедура предоставления средств поддержки принятия решений пациентами (СППП) в качестве дополнения к консультации с целью подготовки пациентов к участию в принятии решений (16,17).

Средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) не замещают, а дополняют процесс консультирования пациентов, подготавливая их к обсуждению методики лечения с их лечащими врачами (17). Эти средства отличаются от традиционных образовательных программ тем, что представляют собой взвешенную, персонифицированную, достаточно подробно изложенную информацию о возможных схемах лечения с тем, чтобы облегчить пациентам формирование суждений относительно ценности различных вариантов лечения. Целью СППП является улучшение качества принимаемых решений, а также сокращение числа случаев необоснованных отклонений от принятой практики. Это достигается посредством предоставления информации о фактическом состоянии пациента, возможных вариантах схем лечения, его конечных результатах и вероятностных прогнозах; посредством внесения ясности в оценки пациентов (в отношении конечных результатов лечения, представляющих для них наибольшую значимость); ориентируя их шаг за шагом в процессе размышлений и обсуждений с тем, чтобы в конечном итоге выбор, сделанный ими, соответствовал их информированным оценкам. Ключевые моменты содержательной части СППП приводятся в Рамке 1. Это факты, информирование о риске, внесение ясности в оценки, структурированная ориентация, взвешенная картина положительных и отрицательных сторон различных вариантов. В целом в перечне Кокрановского сотрудничества (www.ohri.ca/decisionaid) зарегистрировано около 500 СППП. Они могут использоваться непосредственно самими пациентами либо лечащими врачами в ходе индивидуальных или групповых встреч с пациентами. Предоставляться СППП могут различными путями, но большинство исследователей склоняются к тому, что рационально предоставлять их на основе сети Интернет.

Рамка 1. Средства поддержки принятия решений пациентами: ключевые элементы (17)

- **Факты** в отношении условий, вариантов и конечных результатов лечения, имеющих отношение к состоянию здоровья данного пациента;
- **Информирование о риске** в отношении конечных результатов лечения, в том числе о степени неопределенности научных данных;
- **Внесение ясности в оценки пациентов** для выявления наиболее значимых для пациента факторов, связанных с получаемой пользой, наносимым вредом, а также с неопределенностью в отношении существующих научных данных;
- **Структурированная ориентация** в поэтапном процессе размышлений и общения с личным лечащим врачом;
- **Сбалансированная картина** положительных и отрицательных сторон вариантов лечения.

Целью данного сводного доклада является сведение воедино данных рандомизированных контролируемых исследований по оценке эффективности СППП в отношении повышения информированности пациентов при принятии решений о выборе схемы лечения.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

Источники для данного обзора

Были использованы следующие источники:

- Наш Кокрановский систематический обзор за 2003г., обобщающий рандомизированные исследования, опубликованные в период между 1966 и августом 2002 г. В обзоре использовались 34 рандомизированных контролируемых испытания СППП, касающихся скрининга и лечения, 22 из которых имеют отношение к методам лечения (17). Данный сводный доклад главным образом рассматривал исследования СППП, которые касались лишь методов лечения.
- Обновленный вариант нашего Кокрановского систематического обзора, включающий 7 дополнительных исследований, опубликованных в период по август 2004 г.

Смотри приложения 1 и 2, в которых приведена более подробная информация о проведенном поиске литературы, критериях отбора исследований, и характеристиках СППП, которые подвергались оценке в ходе исследований.

Измерение конечных результатов

При оценке СППП в качестве основных параметров измерялись показатели «качества решений» в соответствии с определением Международного сотрудничества по стандартам в сфере средств поддержки принятия решений пациентами (www.ipdas.ohri.ca), которое отражает степень информированности пациента при принятии решения и степень его обоснованности личными ценностями пациента. Изучались следующие характеристики: уровень знаний пациента относительно вариантов лечения и его конечных результатов, реалистичность восприятия вероятностей исходов и согласованность между ценностями пациента и его выбором.

Измерялись также параметры, которые имели второстепенное значение:

- качество процесса принятия решения: противоречия, испытываемые в процессе принятия решения, участие в принятии решения, количество пациентов, не принявших решения, удовлетворенность процессом принятия решения, общение между пациентом и лечащим врачом;
- поведение: выбор и исследование сделанного выбора;
- результаты в отношении здоровья: тревожность, состояние здоровья (общее и обусловленное данным заболеванием);
- экономические факторы: затратность и экономическая эффективность.

Может быть трудно понять, почему результаты в отношении здоровья не рассматриваются в качестве основных результатов. Как указывалось выше, СППП используются для принятия решений в отношении «серых» схем лечения с соотношением польза/вред, которые пациенты оценивают по-разному. Например, показатели выживаемости в случае операции по удалению предстательной железы и в случае лучевой терапии на ранней стадии рака предстательной железы сходны, но при этом картина вреда/побочных эффектов выглядит по-разному. Поэтому наилучшим решением для пациента является выбор такого пути, который с наименьшей вероятностью приведет к вреду/побочным эффектам, которых пациент более всего хочет избежать. Пациенты, которым хотелось бы избежать импотенции и недержания

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

мочи, должны избегать хирургического вмешательства, а пациентам, которым бы хотелось избежать проблем с мочевым пузырем, следует избегать лучевой терапии. Аналогично этому, естественно предположить, что две женщины, страдающие от утомительных симптомов менопаузы, которые не устраняются консервативными мерами, сделают различный выбор, поскольку придадут различную ценность пользе, состоящей в уменьшении выраженности симптомов в сравнении с вредом (инсульт, тромбообразование, рак молочной железы).

Фактические данные

Было проанализировано двадцать девять рандомизированных контролируемых исследований по изучению 21 СППП, касающихся лечения; это были 7 европейских исследований, 11 - канадских и 11 - американских (18–49).

В основном решения в отношении лечения касались следующих состояний: маточное кровотечение патологического характера, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, рак молочной железы, заболевание сердца, грыжа межпозвоночного диска и менопауза (см. Приложение 2). В ходе 19 испытаний проводилось сравнительное изучение СППП и стандартной, или установленной практики. В 10 исследованиях проводилось сравнение упрощенных СППП с более подробными СППП. В большинстве СППП содержится ряд элементов, отраженных в рамке 1.

В Таблице 1 в кратком виде представлены результаты мета-анализа данных о воздействии СППП в сравнении либо с установленной практикой, либо с упрощенными СППП.

Таблица 1. Сводные данные по воздействию СППП на качество решений и процесс принятия решений

Конечный результат	Исследуемые параметры, с которыми проводилось сравнение	Число испытаний	Число испытуемых в группе СППП	Число испытуемых в группах, с которыми проводилось сравнение	Суммарные взвешенные различия (95% ДИ)
Наиболее важные результаты в отношении качества решений (информированных, основанных на оценках пациентов)					
Уровень знаний о вариантах лечения и его исходах (количество баллов от 0 до 100)	Только стандартная помощь	7	667	699	СВР 17,09 (10,6, 23,6)*
	Упрощенное СППП	7	389	373	СВР 4,76 (2,54, 6,97)*

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

Реалистичные ожидания конечных исходов с лечением и без него	Стандартная помощь или упрощенное СППП без вероятностей исходов	6	644	673	ОР 1,57 (1,3, 1,9)*
Соответствие выбора пациента его оценкам (полезные/вредные факторы, имеющие наибольшее значение для пациента) **	Упрощенное СППП	3	236	229	Все три испытания указывают на то, что в результате использования СППП улучшилось соответствие выбора ценностям пациентов
Вторичные результаты в отношении процесса принятия решения					
Состояние неопределенности в результате внутренних противоречий в процессе принятия решений и связанный с этим недостаток знаний, ясности в оценках и поддержки (количество баллов по шкале от 0 до 100)	Только стандартная помощь	6	520	558	СВР -6,9 (-10,8, -3,0)*
	Упрощенное СППП	5	398	359	СВР -1,1 (-3,8, 1,6)
Доля пациентов с не принятым решением	Только стандартная помощь	4	440	451	ОР 0,42 (0,3, 0,6)*
Участие – при контроле со стороны лечащего врача	Только стандартная помощь	6	484	504	ОР 0,68 (0,5, 0,9)*

ДИ - Доверительный интервал

ОР- относительный риск, равный 1, означает отсутствие различия между риском в группе СППП и в группе сравнения, $ОР > 1$ означает большую долю в группе СППП. ДИ выше/ниже 1 означает значительное увеличение/снижение «риска»

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

СВР – средневзвешенное различие (разница между средним значением в группе СППП и средним значением в группе сравнения, с учетом колебаний в каждой группе. СВР= 0 означает отсутствие разницы между группой СППП и сравниваемыми группами).

* $p < 0,05$

** невозможно объединить результаты в связи с использованием различных методик измерения

Качество решений

Пациенты, которые пользовались СППП, имеют очевидное значительное преимущество по сравнению с другими пациентами в отношении важных показателей качества решений, таких как информированность, реалистичность ожиданий пользы и возможного вреда, и согласованность между ценностями пациента и его выбором (см. Таблицу 1). В отношении улучшения информированности упрощенные СППП практически не уступают более подробно разработанным СППП, но вместе с тем, они менее эффективны в отношении двух других показателей качества решения (реалистичность ожиданий и согласованность между ценностями и выбором). Небольшое различие в уровне знаний между пациентами, которые использовали упрощенные СППП в сравнении с пациентами, применявшими более подробно разработанные СППП, вероятно, можно отнести за счет того, что предоставляемые пациентам ключевые факты по вариантам лечения, приносимой пользе и возможному неблагоприятному действию во многом перекликаются. Более существенные различия в реалистичных ожиданиях в отношении исходов, а также в согласованности между ценностями пациента и его выбором могут происходить за счет того, что более подробно разработанные СППП предоставляют информацию относительно вероятностей исходов, что позволяет пациентам переосмыслить свои нереалистичные ожидания пользы и возможного вреда; более подробные СППП предлагают также пути внесения большей ясности в оценки пациентов, такие как рейтинговые упражнения, которые помогают пациенту осознать, что именно представляет для него большее значение.

Процесс принятия решений

Более сложные СППП не давали значительных преимуществ по сравнению с упрощенными СППП в плане уменьшения показателя состояния неопределенности и противоречивости в процессе принятия решений. В целом степень неудовлетворенности пациентов процессом принятия решений была высокой для всех изучавшихся групп пациентов (данные здесь не представлены). В одной трети всех проведенных испытаний (в 5 из 15) прослеживается некоторое улучшение в степени удовлетворенности тех пациентов, которые использовали СППП, тогда как в ходе остальных испытаний не было обнаружено различия между группами.

Результаты в отношении здоровья

В 4 из 7 испытаний СППП не оказались более эффективными по сравнению с другими сравниваемыми параметрами; в остальных 3 испытаниях было отмечено улучшение состояния здоровья по ряду функциональных показателей. В 9 из 9 испытаний не наблюдалось различий в степени тревожности пациентов по всем изучаемым группам.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

Уровень использования вариантов лечения

В 9 из 11 испытаний было выявлено, что в результате применения СППП уменьшилась или наметилась тенденция к снижению уровня использования обширных хирургических вмешательств. В результате проведенного мета-анализа было выявлено сокращение уровня использования хирургических вмешательств на 24% в пользу более консервативных схем лечения (см. Таблицу 2). Отмечено также снижение уровня использования лекарственных средств, таких как гормональные препараты при менопаузе (в 3 из 3 испытаний (39,40,50)) и варфарина при мерцательной аритмии (33). Диапазон влияния СППП на уровень использования других видов лечения был более широк, варьируясь от более высокого уровня использования вакцинации против гепатита В (22) до отсутствия какого-либо влияния на решения, которые принимались в пользу химиотерапии по поводу рака молочной железы (48), операции по обрезанию у новорожденных мальчиков (28,32), по лечению высокого артериального давления (35) и проведению малых стоматологических оперативных вмешательств (42). В двух исследованиях была проведена оценка влияния СППП на степень следования пациентов своему выбору, но ни в одном из этих исследований не было обнаружено значительного влияния применения этих средств (33,44).

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Таблица 2: Влияние СППД на решения в отношении плановых обширных хирургических вмешательств

Решения	Страна (год публикации)	СППД		Сравнение		Средне- взвешен- ное различие (%)	Относительный риск (95% ДИ)
		Коли- чество	% пациентов сделавших выбор	Коли- чество	% пациентов сделавших выбор		
Мастэктомия по поводу рака молочной железы (49)	Канада (2004)	94	6,0%	107	24%	3,6	0,26 (0,11, 0,61)*
Мастэктомия по поводу рака молочной железы (45)	США (1995)	30	23,3%	30	40,0%	3,68	0,58 (0,27, 1,28)
Коронарное шунтирование (21)	США (1998)	61	41,0%	48	58,3 %	9,61	0,70 (0,48, 1,03)
Коронарное шунтирование (37)	Канада (2000)	86	52,3%	95	66,3%	13,72	0,79 (0,62, 1,01)*
Орхиэктомия при неоперабельном раке предстательной железы (19)	Финляндия (2004)	77	55,8%	88	83,0%	14,65	0,67 (0,54, 0,84)*
Простатэктомия при операбельном раке предстательной железы (19)	Финляндия (2004)	27	63%	18	83,0%	10,38	0,76 (0,53, 1,08)
Операция на позвоночнике (24)	США (2000)	171	25,7%	173	32,9%	11,05	0,78 (0,56, 1,09)
Удаление матки (30)	Соединенное Королевство (2002)	253	32,4%	244	41,4%	14,23	0,78 (0,62, 0,99)*
Удаление матки (47)	Финляндия (2003)	184	53,0%	179	49,%	15,29	1,08 (0,89, 1,32)
Простатэктомия по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (20)	США (1997)	103	7,7%	116	13,8%	3,51	0,56 (0,25, 1,26)
Простатэктомия по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (38)	Соединенное Королевство (2001)	54	11,1%	48	2,1%	0,62	5,33 (0,67, 42,73)
Объединенный ОР 0,76 (0,4, 0,0)*							

*p<0,05

Фактические данные: проблемы и противоречия

Существует недостаточное количество данных по влиянию СППП на такие параметры, как следование выбранной схеме лечения, экономическая эффективность и общение между пациентом и лечащим врачом. Кроме того, требуется использование более чувствительных методов измерения для определения воздействия СППП на степень удовлетворенности пациентов процессом подготовки к принятию решения и эмоциональный статус (например, угнетенное состояние в связи с ощущением риска или в связи с необходимостью принятия решения).

Рандомизированных контролируемых исследований с целью оценки влияния СППП на пациентов в странах восточной Европы не проводилось.

Достоверность фактических данных

Фактические данные, в кратком виде представленные в данном сводном докладе, основаны на опубликованных результатах рандомизированных контролируемых исследований, которые были выявлены в процессе поиска литературы с использованием методов составления систематических обзоров. Рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры могут предоставить наиболее достоверные фактические данные. Основными факторами, которые ограничивают степень ценности таких испытаний является тот факт, что ни по отношению к пациентам, ни по отношению к лечащим врачам не мог быть применен слепой метод проведения исследования, а также тот факт, что в ряде испытаний размер выборки был слишком мал для выявления значительных различий между группами.

Задачей данного сводного доклада являлось представление выводов из испытаний, различавшихся в плане контекста, в котором принимались решения, типа СППП (содержание, формат и способ их использования), характеристик сравниваемых вмешательств и процедур оценки. Несмотря на такие различия, по всем исследованиям прослеживалась замечательная последовательность результатов в отношении основных показателей качества решений (уровень знаний, реалистичные ожидания, согласованность между оценками и выбором) и по уровню использования плановых обширных хирургических вмешательств. И хотя в сводных результатах в отношении уровня знаний и испытываемых противоречий во время принятия решения прослеживается статистически значимая разнородность (СППП в сравнении со стандартной помощью), эти различия перестают быть статистически значимыми после исключения из анализа испытания Man-Son-Hing. В данном исследовании баллы в отношении уровня знаний в контрольной группе были наивысшими среди всех испытаний, возможно потому, что участники, одновременно являясь участниками другого долгосрочного исследования, в течение длительного времени принимали аспирин.

Дополнительная важная информация

Вопросы затратности и экономической эффективности

В ходе проведения трех исследований проводились измерения экономического эффекта от использования СППП. В одном исследовании из Соединенного Королевства проводилась оценка экономической эффективности СППП для женщин, рассматривавших возможность проведения операции гистерэктомии по поводу маточного кровотечения (30,51). Исходя из расчетов, основанных на параметрах усредненных суммарных затрат и количества лет жизни, скорректированных по критерию качества (см. Таблицу 3), наименее дорогостоящей оказалась мера по поддержке пациента в принятии решения, которая включала СППП пациентами и медсестринский инструктаж. При подсчете затрат учитывались издержки, связанные с разработкой и выпуском средств поддержки, длительностью времени, потраченного медицинской сестрой на инструктаж, использованием женщиной услуг здравоохранения в течение более двух лет (процедуры диагностики, лекарственные средства, лечебные процедуры, длительность пребывания в стационаре, амбулаторные посещения врача).

Таблица 3. Сравнение затрат и количества скорректированных лет жизни для различных средств поддержки решения пациентов.

Поддержка решений в отношении меннорагии - Соединенное Королевство	Затраты в среднем на пациентку	Усредненное количество лет жизни, скорректированных по критерию качества
Стандартная помощь	£1810	1,572
Видео СППП	£1333	1,567
Видео СППП и инструктирование медсестрой	£1030	1,582

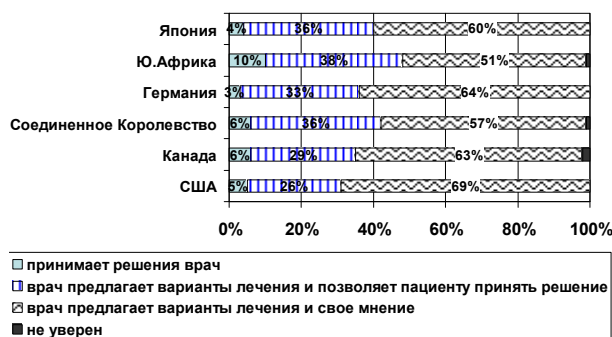
Два других исследования были проведены также в Соединенном Королевстве (38,39) с акцентом на методах лечения в случае увеличения предстательной железы и гормонотерапии в климактерический период. В данных исследованиях отмечено, что при использовании СППП не требовалось бы дополнительных затрат в том случае, если бы применялись менее дорогостоящие методы предоставления этих средств (например, Интернет, а не обеспечение оборудованием для интерактивного просмотра видеокассет).

Возможное социальное значение

За последние несколько десятилетий произошел сдвиг от патерналистической модели процесса принятия решений к модели совместного принятия решений или модели с привлечением потребителя, когда пациенты являются активными участниками процесса оказания помощи (52–55). Более 60% пациентов во множестве стран хотят играть активную роль в принятии решений в отношении своего здоровья, связанных с риском (см. Рисунок 1) (56). Такой подъем в степени участия пациентов в процессе принятия решений относительно своего здоровья происходит за счет более широкой доступности медицинской информации, появления законодательных актов, требующих информированного согласия пациента, введения в клиническую практику руководящих

принципов, определяющих, в каких случаях для оптимального решения требуется учитывать ценности пациентов, и культурными сдвигами в направлении придания меньшего значения авторитетным мнениям. И хотя большинство исследований в области совместного принятия решений проведены в странах Северной Америки, странах Европы и в Австралии, весьма вероятно, что полученные результаты можно также будет отнести к тем странам Восточной Европы, в которых обеспечен более широкий доступ пациентов к медицинской информации, и где проведены и другие изменения в предоставлении услуг по оказанию медицинской помощи. Тем не менее, не существует широко распространенной системы в поддержку привлечения пациентов к принятию решений в отношении оказания медицинской помощи. Число СППП увеличилось с 17 в 1999 году (57) до 500 в 2004 году. Их разработкой начинают заниматься не только научные круги, но и коммерческие и некоммерческие организации. Важно принять всеобщие стандарты качества для разработки и оценки СППП, которые использовались бы повсеместно. Если этого не произойдет, СППП могут быть использованы в коммерческих целях для экономии средств или для содействия повышению уровня использования каких-либо приборов, процедур или лекарственных препаратов.

Рисунок 1. Мнение общественности относительно того, кто должен нести основную ответственность за решения в отношении здоровья, связанные с риском (56)



Условия для успешного применения СППП

Для успешного применения СППП в качестве компонента процесса оказания помощи предлагаются три основных стратегии (58):

1. Обучение лечащих врачей для развития навыков совместного принятия решения и применения СППП: большинство лечащих врачей основное внимание обращают на предоставление фактической информации при этом мало внимания уделяется оценкам или мнениям пациентов в процессе принятия решений. (59–62).
2. Улучшение доступа к всеобъемлющей библиотеке СППП (см. вебсайт www.ohri.ca/decisionaid, в котором приводится перечень из 200 имеющихся СППП): в настоящее время группа составителей Кокрановских обзоров находится в процессе проведения рейтинга СППП с использованием критериев, известных под названием CREDIBLE (С – компетентные разработчики и разработка; R – новейшие; E – основанные на фактических данных; DI – лишенные конфликта интересов; BL – взвешенная картина мнений, пользы, вреда; E – действенные) (63,64).

3. Разработка сервисных моделей предоставления СППП и обеспечение инструктажа в отношении принятия решений; имеющиеся в настоящее время модели включают:
- a) библиотеки ресурсов для пациентов (на сайте или виртуальные: такие, как NHS-Direct в Соединенном Королевстве, Healthwise® - программа, основанная на американской разработке, программа BCHealthGuide в Британской Колумбии);
 - b) центры вызова медсестер, финансируемые планами в сфере здравоохранения (например, Health Dialog, Бостон);
 - c) практические центры по вопросам совместного принятия решений (например, Медицинский центр Дартмут Хичкок, Ганновер, Нидерланды);
 - d) комплексные практические модели, в которых СППП и инструктаж интегрированы во все «маршруты» пациентов в ходе получения медицинской помощи (например, Демонстрационный проект урологической службы Национальных служб здравоохранения Соединенного Королевства; Центр по проблемам позвоночника и комплексный центр по изучению рака молочной железы Медицинского центра Дартмут Хичкок).

Проекты, осуществляемые в настоящее время

Национальные службы здравоохранения Соединенного Королевства (НСЗ): в рамках инициативы в сфере урологии Агентства по модернизации Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства положила начало многоцентровому проекту по реализации плана использования СППП в сфере медицинского обслуживания. Команды разработчиков перестроили медицинское обслуживание таким образом, чтобы оно включало использование СППП (для случаев доброкачественной гипертрофии предстательной и железы и рака предстательной железы на ранней стадии). Медицинские сестры, которые обычно предлагают пациентам информацию общего характера, были обучены в предоставлении поддержки в процессе принятия решения и использованию для этих целей СППП. До начала исследования и по его окончании были проведены аудиты качества решений и использования медицинских услуг. Средства измерения качества решений (конкретные вопросы в отношении ключевой информации о вариантах лечения и выборочные вопросы, касающиеся ценностей пациентов) были одобрены участвующими в исследовании урологами. Промежуточный доклад был опубликован в марте 2005 года (65), а окончательный доклад планируется подготовить к концу 2005 года. В настоящее время происходит распространение этого опыта за пределы экспериментальных центров.

Международное сотрудничество по стандартам в сфере средств поддержки принятия решений пациентами (IPDAS): в сентябре 2003 года международная группа, представляющая ряд стран, в том числе Австралию, Канаду, Францию, Норвегию, Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки, создала Международное содружество по стандартам в сфере средств поддержки принятия решений пациентами (IPDAS) (www.ipdas.ohri.ca). Целью данного сотрудничества является создание международных стандартов, которые предоставят возможность оценить качество СППП. Такие стандарты помогут тем, кто разрабатывает и апробирует СППП, пациентам, которым необходимо принять решение, лечащим врачам, консультирующим пациентов относительно их решения, и лицам, которые предоставляют или принимают решения относительно закупки СППП для пациентов. В июне 2005 года Сотрудничество достигло согласия по важнейшим критериям и в

настоящее время разрабатывает контрольный перечень (перечни) для содействия применению этих критериев в процессе разработки и оценки СППП. (6).

Текущее обсуждение вопроса

Важнейшим вопросом является поиск оптимального подхода к реализации СППП в службах здравоохранения. В ряде стран два аспекта представляют серьезные проблемы для служб здравоохранения в настоящее время – время ожидания и безопасность пациента.

Когда говорят о времени, которое пациент проводит в ожидании операции, и о политике гарантирования максимального времени ожидания, то обычно имеют в виду лишь длительность периода ожидания, в то время как при формировании политики можно было бы также сосредоточить внимание на гарантировании качества решений. СППП могут повысить вероятность того, что на листе ожидания будут находиться «правильные» люди, то есть те, кто принял информированные решения, основанные на своих ценностях. Воздействие СППП на уровень использования процедур может также повлечь за собой сдвиг в потребностях в услугах и оборудовании, например, может уменьшиться потребность в операционных и соответствующем оборудовании для проведения хирургических операций на предстательной железе и увеличиться потребность в помещениях и оборудовании для проведения лучевой терапии.

Другой сферой применения СППП является безопасность пациента. В настоящее время существует тенденция при разработке СССП учитывать уровень медицинской ошибки (например, ошибки при переливании крови) и необходимый уровень услуг для обеспечения безопасной помощи (как, например, укомплектованные необходимые помещения для своевременного проведения операции кесарева сечения в случае экстренной необходимости, если женщина делает выбор в пользу естественных родов после кесарева сечения в анамнезе). По мере появления научных фактических данных, свидетельствующих о возможных вредных эффектах, связанных с некоторыми видами лечения – например, заместительная гормональная терапия, ингибиторы ЦОГ2, - лица, занимающиеся нормативно-регламентационной деятельностью, которые информируют общественность относительно возможных рисков, могут также обнаружить тот факт, что СППП играют определенную роль в обеспечении такого положения вещей, при котором пациенты осознают, каковы шансы вредного и полезного воздействия процедур.

Обсуждения

СППП предназначены для того, чтобы помочь пациентам разобраться в существующих вариантах медицинской помощи, в возможных полезных и вредных эффектах, а также помочь им участвовать более полноценно в принятии решений относительно «серых» схем лечения. В данном обзоре проводилась оценка рандомизированных контролируемых исследований, в которых изучались СППП в отношении различных решений в плане лечения.

Отмечена последовательность фактических данных, свидетельствующих о том, что по сравнению со стандартной помощью СППП повышают уровень знаний относительно вариантов лечения, создают реалистические ожидания в результатах лечения, уменьшают трудности, связанные с процессом принятия решений и повышают степень

участия пациентов в процессе. Пациенты с большей вероятностью принимают решения, которые соответствуют их ценностям, сформированным на основании полученной адекватной информации. Применение СППП привело к значительному снижению степени использования плановых обширных хирургических операций, увеличению уровня использования вакцинации против гепатита В, а в отношении других видов лечения воздействие носило разноречивый характер. Фактические данные о воздействии СППП на чувство беспокойства пациентов отсутствовали; лишь небольшое количество исследований затрагивали вопросы затратности.

Обобщаемость результатов

Лишь семь испытаний были проведены в Европе, при этом все они - в странах северной и западной Европы. Поэтому остается неясным, можно ли отнести эти данные и к другим странам Европы, где вопросы участия пациентов в процессе принятия решений в отношении своего здоровья могут находиться лишь на ранних стадиях рассмотрения, и общие процессы коммуникации, организации и характера предоставления услуг здравоохранения могут весьма отличаться от тех стран, где были проведены исследования.

Рекомендации в отношении формирования политики

Качество решений в отношении «серых» схем лечения является неадекватным, и может приводить к чрезмерному использованию методов лечения, которым информированные пациенты не придают ценности. СППП помогают пациентам сделать выбор на основании достоверной информации и могут быть полезны лицам, определяющим политику, при определении критериев чрезмерного использования «серых» схем лечения для высвобождения ресурсов с целью поощрения выбора более эффективных видов лечения. Кроме того, при формировании политики в отношении списков пациентов, стоящих в очереди на лучевую терапию, лица, формирующие политику и планирующие процесс медицинского обслуживания, должны учитывать не только показатели, относящиеся к времени до лечения, но также показатели, относящиеся к качеству лечения. Тот сдвиг, который может потенциально произойти в выборе пациентов, может также повлиять на процесс планирования в медицинских учреждениях; например, возрастающая потребность в хирургических помещениях может быть не столь настоящей, как потребность в помещениях для проведения лучевой терапии в том случае, если выбор пациентов на основе полученной достоверной информации будет сделан с применением СППП.

Необходимые общепринятые стандарты качества для разработки и оценки СППП. Кроме того, следует разработать модели предоставления услуг с использованием СППП, включая обучение практикующих врачей с целью развития навыков совместного принятия решения.

Выводы

Исследования, проведенные по изучению выборочных СППП, показали, что эти основанные на фактических данных инструменты значительно улучшили качество процесса принятия решений пациентами в тех случаях, когда трудно было сделать выбор, и когда этот выбор зависел от индивидуальных ценностей пациента, связанных с приносимой пользой или наносимым вредом. Поскольку в настоящее время существует более 500 СППП, важно разработать стандарты качества для их разработки

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

и оценки. Кроме того, необходимо разработать крупномасштабные проекты по реализации этих средств, с тем, чтобы провести полноценную оценку моделей предоставления услуг в различных группах населения..

Приложение 1. Методы составления сводного доклада

Данный сводный доклад основан на рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ), оценивающих средства поддержки решений пациентов (СППП) в отношении лечения - только те, которые были представлены в систематическом обзоре СППП в отношении принятия решений, касающихся лечения и скрининга (17).

Дополнительно были просмотрены следующие источники данных:

- a) электронные базы данных в период с августа 2001 года по август 2004 года (MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Aidsline, и Cancer Lit);
- b) Кокрановский регистр контролируемых исследований (2004 г., выпуск 2);
- c) ручной поиск списков литературы включенных в наш обзор статей, просмотр содержания журналов, в которых часто публикуются результаты исследований по средствам принятия решений, вебсайтов финансируемых научных проектов и личных файлов;
- d) обращение к известным разработчикам и лицам, проводящим оценку, через сервисную службу по проблематике совместного принятия решений и продолжение переписки по электронной почте до августа 2004 года.

В поиске были использованы комбинации следующих ключевых слов: поведение, связанное с выбором, принятие решений, методики поддержки принятия решений, выбор\$, предпочтение\$, пациенты\$, потребители\$, решения\$, соблюдение пациентом предписанного лечения или выбора, удовлетворенность потребителя, поведение, направленное на пути оздоровления, поведение, направленное на поиски помощи, медико-санитарное просвещение и участие потребителя (\$ означает поиск по шаблону).

Рассматривались все РКИ, опубликованные на любых языках. Включались в обзор такие РКИ, в которых проводилась оценка СППП, использованных людьми, которые принимали решение в отношении либо своего лечения, либо лечения ребенка, либо решение за третье лицо, признанное недееспособным. СППП определялось как мера, направленная на оказание помощи людям в осуществлении конкретного, добровольного выбора метода лечения из предложенных вариантов (включая status quo), посредством предоставления, как минимум, информации относительно существующих вариантов и конечных результатов лечения в контексте состояния здоровья конкретного пациента. Мы исключали меры, которые были ориентированы на: решения относительно изменения образа жизни, гипотетических ситуаций, включение в клиническое исследование, скрининговые исследования; образовательные программы, не направленные на принятие конкретного решения и вмешательства, ориентированных на содействие соблюдению информированного согласия в отношении рекомендуемого варианта лечения или направленные на получение такого согласия.

Из общего количества 14 366 выявленных процитированных источников 29 касались РКИ, направленных на изучение СППП в контексте лечения. В качестве критерия для исключения исследований из обзора использовались следующие характеристики: исследование не направлено на конкретное решение или оценку гипотетического решения, вмешательство не отвечало определению СППП, направленного на лечение, и исследование не являлось рандомизированным и контролируемым.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Ноябрь 2005 г.

Два составителя обзора просмотрели доклады по включенным РКИ и не зависимо друг от друга извлекли данные с использованием стандартных форм. Тогда, когда это было возможно, отсутствующие данные были получены непосредственно от авторов.

Все РКИ были описаны по отдельности. Результаты объединены с использованием методов мета-анализа в отношении конечных результатов, по отношению к которым были проведены аналогичные измерения, и в том случае, если предполагалось, что эффекты будут происходить независимо от типа решения (например, предполагается что СППД повысит уровень знаний и ожиданий относительно конечных результатов, несмотря на клинический контекст). Обзор Manager 4.1 (2000 г.) был использован для оценки взвешенного эффекта лечения (с 95% доверительными интервалами), определяемым как средне-взвешенные различия для постоянных измерений и объединенных относительных рисков для разноречивых конечных результатов. Для облегчения проведения анализа некоторые баллы, такие как баллы в отношении уровня знаний, были переведены в проценты. Все данные были проанализированы с использованием модели случайных эффектов в силу разнообразного характера РКИ.

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППП) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Приложение 2. Характеристики рандомизированных контролируемых исследований, выбранных для данного сводного доклада

Примечание: исключенные исследования с причинами исключения подробно приводятся в Кокрановском обзоре средств поддержки принятия решений пациентами (17).

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППП				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Auvinen 2001; 2004 Финляндия	103 + 100 мужчин; лечение по поводу рака предстательной железы	- использование схем лечения - участие в процессе принятия решения	Брошюра СППП, созданная специально для данного исследования	X	--	X	--	--
			Установленная практика в соответствии с клиническим протоколом	--	--	--	--	--
Barry 1997; США	104 + 123 мужчин: лечение по поводу доброкачественной гипертрофии предстательной железы	- использование схем лечения - уровень знаний - степень удовлетворенности - результаты в отношении здоровья	Интерактивный видеодиск с СППП от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	X	--	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Bernstein 1998; США	65+53 пациента: лечение ишемической болезни сердца	- использование схем лечения - уровень знаний - степень удовлетворенности - результаты в отношении здоровья	Видеокассета с СППД от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Clancy 1988; США	753+263 врача: вакцинация против гепатита В	- использование схем лечения	Брошюра +СППД по анализу решений	X	X	--	X	X
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Davison 1997; Канада	30 + 30 мужчин: лечение рака предстательной железы	-участие в процессе принятия решения -беспокойство	СППД в письменном виде и аудиокассета с текстом консультации	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	X	--	--	--
Deyo 2000; Phelan 2001; США	190+203 пациента: лечение грыжи межпозвоночных дисков или позвоночного стеноза	- использование схем лечения - уровень знаний - степень удовлетворенности - результаты в отношении здоровья	Интерактивный видеодиск СППД от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--
			Упрощенное СППД в виде брошюры	X	X	--	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Dodin 2001; Канада	52+49 женщин: заместительная гормональная терапия	-предпочтенная схема лечения - уровень знаний -противоречия при принятии решения -реалистичное восприятие конечных результатов -согласованность ценностей и выбора	СППД в виде аудиокассеты и брошюры от Оттавского центра по принятию решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X
			Упрощенное СППД в виде краткой брошюры от профессионального общества	X	X	--	--	--
Dunn 1998; США	143+144 родителя: график вакцинации детей грудного возраста против полиомиелита	- уровень знаний	СППД в виде видеокассеты и краткой брошюры, созданных специально для данного исследования	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	X	--	--	--
Goel 2001; Канада	86+50 женщин: операция по поводу рака молочной железы	- уровень знаний - противоречия при принятии решения -сожаление о принятом решении -беспокойство	Audiotape and booklet PtDA created for the trial	X	X	X	X	X
			Упрощенное СППД в виде краткой брошюры от профессионального общества	X	X	--	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Herrera 1983; США	56+47 родителей: операция обрезания у новорожденных мальчиков	- использование схем лечения	Брошюра по СППД, созданная для специально данного исследования	X	X	X	--	X
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Kennedy 2002; Соединенное Королевство	300 + 298 женщин: лечение меноррагии	- использование схем лечения - степень удовлетворенности - результаты в отношении здоровья -экономическая эффективность	СППД в виде видеокассеты и краткой брошюры, созданных специально для данного исследования	X	X	X	X	X
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Legare 2003; Канада	97 +87 женщин; заместительная гормональная терапия	- противоречия при принятии решения - степень удовлетворенности	СППД в виде аудиокассеты и брошюры от Оттавского центра по вопросам принятия решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
			Упрощенное СППД в виде краткой брошюры от профессионального общества	X	X	X	--	--
Maisels 1983; США	23+28 родителей: операция обрезания у новорожденных мальчиков	- использование схемы лечения - доля пациентов, не принявших решения	СППД в виде небольшой брошюры, созданной специально для данного исследования	X	X	--	--	X
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Man-Son-Hing 1999; Канада	139+148 пациентов, пользующихся аспирином в исследовании по изучению мерцательной	- использование схем лечения - доля пациентов, не принявших решения - уровень знаний - реалистичное	СППД в виде аудиокассеты и брошюры от Оттавского центра по вопросам принятия решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СПП) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СПП				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
	аритмии: переход к варфарину	восприятие конечных результатов - противоречия при принятии решения - степень удовлетворенности - участие в принятии решения -следование своему выбору	Установленная практика	--	--	--	--	--
McBride 2002; США	289+292 женщин: заместительная гормональная терапия	- реалистичное восприятие конечных результатов - степень удовлетворенности	СПП в виде небольшой брошюры, созданной специально для данного исследования	X	X	X	X	X
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Montgomery 2003; Соединенное Королевство	51+52+55+59 взрослых; лечение гипертонии	- использование схем лечения - уровень знаний - противоречия при принятии решения -беспокойство	СПП с анализом решения, созданное специально для данного исследования	X	--	X	X	--
			СПП в виде видеокассеты и брошюры	X	X	--	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
			Анализ решения, СППД в виде видеокассеты и брошюры	X	X	X	X	--
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Morgan 1997; 2000; Канада	90+97 взрослых: лечение ишемической болезни сердца	- использование схемы лечения - уровень знаний - противоречия при принятии решения - участие в процессе принятия решения - степень удовлетворенности - результаты в отношении здоровья	Интерактивный видеодиск с СППД от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Murray 2001; Соединенное Королевство	57+55 мужчин: лечение доброкачественной гипертрофии предстательной железы	- использование схем лечения - противоречия при принятии решения - участие в процессе принятия решения - результаты в отношении	Интерактивный видеодиск с СППД от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
		здоровья -затраты/польза для здоровья - беспокойство	Установленная практика	--	--	--	--	--
Murray 2001; Соединенное Королевство	102+102 женщин: заместительная гормональная терапия	- предпочтительная схема лечения - доля пациентов, не принявших решение - противоречия при принятии решения - участие в процессе принятия решения	СППД в виде Интерактивного видеодиска от Фонда для целей принятия информированных медицинских решений (США)	X	X	X	--	--
		- результаты в отношении здоровья -затраты/польза для здоровья - беспокойство	Установленная практика	--	--	--	--	--
O'Connor 1998; Канада	81+84 женщин: заместительная гормональная терапия	- предпочтительная схема лечения - уровень знаний - противоречия при принятии решения -реалистичные ожидания	СППД в виде аудиокассеты брошюры от Оттавского центра по принятию решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
			Упрощенное СППД в виде небольшой брошюры от профессионального общества	X	X	--	--	--
O'Connor 1999; Канада	101 +100 женщин: заместительная гормональная терапия	- противоречия при принятии решения - согласованность ценностей и выбора	СППД в виде аудиокассеты брошюры от Оттавского центра по вопросам принятия решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X
			То же СППД без четкого разъяснения ценностей	X	X	X	--	X
Phillips 1995; США	37+37 пациентов: хирургическая ортодонтия	- предпочтительная схема лечения - реалистичное восприятие конечных результатов	СППД в виде видеокассеты, передающей изображения реконструкции челюстей, разработанное специально для данного исследования	X	X	--	--	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Rostom 2002; Канада	25+26 женщин: заместительная гормональная терапия	- уровень знаний - реалистичное ожидание конечных результатов - степень удовлетворенности	Компьютерная версия СППД от Оттавского центра по вопросам принятия решений в отношении здоровья, в которое входит и тестирование+анализ результата тестирования в отношении уровня знаний	X	X	X	X	X
			Аудиокассета с брошюрой от Оттавского центра по вопросам принятия решений в отношении здоровья	X	X	X	X	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СПП) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СПП				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Rothert 1997; Holmes-Rovner 1999; США	83+89 женщин: заместительная гормональная терапия	- уровень знаний - противоречия при принятии решения - степень удовлетворенности - следование принятому решению	Лекция с использованием созданного специально для исследования СПП, включающего упражнение по принятию личного решения	X	X	X	X	X
			Упрощенное СПП в виде небольшой брошюры	X	X	--	--	--
Street 1995; США	30+30 женщин: операция по поводу рака молочной железы	- использование схемы лечения - уровень знаний	Интерактивное мультимедийное СПП, созданное специально для данного исследования	X	X	--	--	X
			Упрощенное СПП	X	X	--	--	--
Van Roosmalen 2004; Нидерланды	44 +44 женщин с BRCA1; профилактическая хирургия	-неопределенность при принятии решения -взвешивание за и против -возможное участие - беспокойство - результаты в отношении	СПП в виде видеокассеты и брошюры с анализом решения, созданные специально для исследования	X	X	X	X	X

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
		здоровья	То же СППД в виде видеокассеты и брошюры	X	X	X	--	X
Vuorma 2003; Финляндия	184 +179 женщин; лечение меноррагии	- использование схемы лечения - полученные знания - доля пациенток, не принявших решения - беспокойство - степень удовлетворенности	СППД в виде буклета, созданного специально для исследования	X	X	X	--	--
			Установленная практика	--	--	--	--	--
Whelan 2003; Канада	82 + 93 женщин; химиотерапия при раке молочной железы	- предпочтенная схема лечения - уровень знаний - беспокойство - реалистичное восприятие конечных результатов - степень удовлетворенности пациентки - участие в процессе принятия решения	СППД с таблицей для облегчения принятия решения и буклетом, созданный специально для исследования	X	X	X	--	--
			Установленная практика с использованием буклета	--	X	--	--	--

Следует ли включать средства поддержки принятия решений пациентами (СППД) в систему здравоохранения?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
 Ноябрь 2005 г.

Источник, год, место проведения	Количество участников в экспериментальной группе + в группе, с которой проводилось сравнение; рассматриваемые схемы лечения	Измеряемые конечные результаты	Сравнение наиболее и наименее интенсивных вмешательств	Компоненты СППД				
				Варианты лечения и конечные результаты	Клиническая проблема	Вероятность исхода	Разъяснение ценностей	Ориентация по этапам в процессе принятия решения
Whelan 2004; Канада	94 + 107 женщин; операция по поводу рака молочной железы	- предпочтенная схема лечения - уровень знаний - реалистичное восприятие конечных результатов - противоречия при принятии решения - беспокойство - степень удовлетворенности	СППД с таблицей для облегчения принятия решения и буклетом, созданные специально для исследования	X	--	X	--	--
			Установленная практика	--	--	--	--	--

Литература

1. Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: Implications for academic medical centres. *BMJ*, 2002, 325:961–964.
2. Clinical Evidence. A guide to the text: Summary page. (<http://www.clinicalevidence.com/ceweb/about/guide.jsp> 2003, accessed 20.10.2005).
3. O'Connor AM, Legare F, Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*, 2003, 327:736–40.
4. Briss P et al. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *American Journal Preventive Medicine*, 2004, 26(1):67–80.
5. Kennedy AD. On what basis should the effectiveness of decision aids be judged? *Health Expectations*, 2003, 6(3):255–268.
6. IPDAS–2005: International patient decision aid standards collaboration. Ottawa: 3rd International Shared Decision Making Conference, 2005.
7. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*, 1995, 15(1):25–30.
8. Ratliff A et al. What is a good decision? *Effective Clinical Practice*, 1999, 2:185–197.
9. Sepucha KR, Fowler FJ, Mulley AG. Policy support for patient-centred care: the need for measurable improvements in decision quality. *Health Affairs*, 2004.
10. The surgical treatment of common diseases. In: The Dartmouth Atlas of Healthcare. Hanover, NH, Center for Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth Medical School, 1998.
11. Goel V et al. Patterns of health care in Ontario: The ICES practice atlas. 2nd edition. Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1996.
12. American College of Physicians. Guidelines for counselling postmenopausal women about preventive hormone therapy. *Annals of Internal Medicine*, 1992, 117(12):1038–1041.
13. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? *Social Science Medicine*, 1997, 44:681–692.
14. Edwards A, Elwyn G. *Evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
15. Entwistle V. The potential contribution of decision aids to screening programmes. *Health Expectations*, 2001, 4:109–115.
16. Molenaar S et al. Feasibility and effects of decision aids. *Medical Decision Making*, 2000, 20(1):112–127.
17. O'Connor AM et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). Oxford: Update Software, 2003.
18. Auvinen A et al. A randomized trial of the choice of treatment in prostate cancer: design and baseline characteristics. *British Journal of Urology International*, 2001, 88(7):708–715.
19. Auvinen A et al. Test sensitivity of prostate-specific antigen in the Finnish randomized prostate cancer screening trial. *International Journal of Cancer*, 2004, 111(6):940–943.
20. Barry MJ et al. A randomized trial of a multi-media shared decision-making program for men facing a treatment decision for benign prostatic hyperplasia. *Disease Management & Clinical Outcomes*, 1997, 1:5–14.
21. Bernstein SJ et al. A randomized controlled trial of information-giving to patients referred for coronary angiography: Effects on outcomes of care. *Health Expectations*, 1998, 1:50–61.

22. Clancy CM, Cebul RD, Williams SV. Guiding individual decisions: A randomized, controlled trial of decision analysis. *American Journal of Medicine*, 1988, 84:283–288.
23. Davison BJ, Degner L. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing*, 1997, 20:187–196.
24. Deyo RA et al. Involving patients in clinical decisions: Impact of an interactive video program on use of back surgery. *Medical Care*, 2000, 38:959–969.
25. Phelan EA et al. Helping patients decide about back surgery: A randomized trial of an interactive video program. *SPINE*, 2001, 26:206–212.
26. Dunn RA et al. Videotape increases parent knowledge about poliovirus vaccines and choices of polio vaccination schedules. *Pediatrics*, 1998, 102(e26):1–6.
27. Goel V et al. Randomized trial of a patient decision aid for choice of surgical treatment for breast cancer. *Medical Decision Making*, 2001, 21:1–6.
28. Herrera AJ et al. Parental information and circumcision in highly motivated couples with higher education. *Pediatrics*, 1983, 71:233–234.
29. Holmes-Rovner M et al. Patient decision support intervention: increased consistency with decision analytic models. *Medical Care*, 1999, 37(3):270–284.
30. Kennedy A et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288(21):2701–2708.
31. Legaré F et al. The effect of decision aids on the agreement between women's and physicians' decisional conflict about hormone replacement therapy. *Patient Education & Counselling*, 2003, 50(2):211–221.
32. Maisels MJ, Haynes B, Conrad S. Circumcision. The effect of information on parental decision making. *Pediatrics*, 1983, 71:453–455.
33. Man-Son-Hing M et al. A patient decision aid regarding anti-thrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:737–743.
34. McBride CM et al. A tailored intervention to aid decision making about hormone replacement therapy. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:1112–1114.
35. Montgomery AA, Fahey T, Peters TJ. A factorial randomized controlled trial of decision analysis and an information video plus leaflet for newly diagnosed hypertensive patients. *British Journal General Practice*, 2003, 53:446–453.
36. Morgan MW. A randomized trial of the ischemic heart disease shared decision making program: An evaluation of a decision aid (Master's thesis). University of Toronto, 1997.
37. Morgan MW et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *Journal of General Internal Medicine*, 2000, 15:685–699.
38. Murray E et al. Randomized controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ*, 2001, 323:493–496.
39. Murray E et al. Randomized controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ*, 2001, 323:490–493.
40. O'Connor AM et al. Randomized trial of a portable, self-administered decision aid for postmenopausal women considering long-term preventative hormone therapy. *Medical Decision Making*, 1998, 18(3):295–303.
41. O'Connor AM et al. The effects of an "explicit" values clarification exercise in a woman's decision aid regarding postmenopausal hormone therapy. *Health Expectations*, 1999, 2(1):21–32.

42. Phillips C, Hill BJ, Cannac C. The influence of video imaging on patients' perceptions and expectations. *The Angle Orthodontist*, 1995, 65:263–270.
43. Rostom A et al. A randomized trial of a computerized versus an audio-booklet decision aid for women considering post-menopausal hormone replacement therapy. *Patient Education & Counselling*, 2002, 46:67–74.
44. Rothert ML et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. *Research in Nursing & Health*, 1997, 20(377):387.
45. Street RLJ et al. Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer*, 1995, 76(2275):2285.
46. van Roosmalen MS et al. Randomized trial of a shared decision-making intervention consisting of trade-offs and individualized treatment information for BRCA1/2 mutation carriers. *Journal of Clinical Oncology*, 2004, 22(16):3293–3301.
47. Vuorma S et al. A randomized trial among women with heavy menstruation -- impact of a decision aid on treatment outcomes and costs. *Health Expectations*, 2004, 7(4):327–337.
48. Whelan T et al. Helping patients make informed choices: a randomized trial of a decision aid for adjuvant chemotherapy in lymph node negative breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 2003, 95(8):581–587.
49. Whelan T et al. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(4):435–441.
50. Dodin S et al. Prise de décision en matière d'hormonothérapie de remplacement: essai clinique randomisé. *Canadian Family Physician*, 2001, 47:1586–1593.
51. Kennedy AD et al. A multicentre randomized controlled trial assessing the costs and benefits of using structured information and analysis of women's preferences in the management of menorrhagia. *Health Technology Assessment*, 2003, 7(8):1–92.
52. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 1999, 319(7212):780–782.
53. Evans R, Edwards A, Elwyn G. The future for primary care: Increased choice for patients. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12:83–84.
54. Harris RP et al. Current methods of the US preventive services Task Force: A review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20:21–35.
55. Pietroni P, Winkler F, Graham L. Cultural revolution in care delivery. *BMJ*, 2003, 326:1304–1306.
56. Magee M. Relationship-based health care in the United States, United Kingdom, Canada, Germany, South Africa, and Japan: a comparative study of patient and physician perceptions worldwide. World Medical Association Assembly, Helsinki, Finland. September 11, 2003.
57. O'Connor AM et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: A Cochrane systematic review. *BMJ*, 1999, 319:731–734.
58. O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying unwarranted variations in health care: Shared decision making using patient decision aids. *Health Affairs*, 2004.
59. Elwyn G, Charles C. Shared decision making: The principles and the competences. In: Edwards A, Elwyn G, eds. *Evidence-based patient choice: inevitable or impossible?* Oxford: Oxford University Press, 2001: 118–143.
60. Guimond P et al. Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient Education & Counselling*, 2003, 50:235–245.

61. Stacey D et al. Barriers and facilitators influencing call centre nurses' decision support for callers facing values-sensitive decisions: a mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. In press.
62. Towle A, Godolphin W. Education and training of health care professionals. In: Edwards A, Elwyn G, eds. *Evidence-based patient choice: inevitable or impossible?* Oxford: Oxford University Press, 2001: 245–269.
63. O'Connor AM et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decision (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2001, 3.
64. Stacey D et al. Cochrane Inventory and evaluation of Patient Decision Aids. *Medical Decision Making*, 2001, 21(6), 527.
65. National Steering Group for Decision Support Aids in Urology. Action On Urology: Decision aids - their use in the UK. Implementing patient decision aids in Urology - an interim report (http://www.content.modern.nhs.uk/urology/CD4_IDM/introduction.htm, accessed 20.10. 2005).