

# Внедрение совместного принятия решений в систему оказания психиатрической помощи

Mike Slade

Institute of Mental Health, School of Health Sciences, University of Nottingham, Nottingham, UK

Перевод: Мурашко А.А. (Москва), Шишкина О.А. (Москва)

Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)

## Резюме

*Совместное принятие решений (Shared decision making – SDM) в психиатрической помощи включает совместную работу врача и пациента над принятием решений. Ключевые элементы SDM определены, средства помощи принятия решений разработаны, и SDM рекомендовано в психиатрической практике на политическом уровне. Однако, реализация его до сих пор остается ограниченной. Обычно в пользу SDM приводятся два обоснования. Клиническое говорит о том, что SDM приводит к улучшению результатов, но доступная эмпирическая доказательная база пока неубедительна. Согласно этическому, SDM является одним из прав пациентов, но клиницисты должны балансировать между этическими принципами автономии и справедливости и пользой и не причинением вреда. Считается, что SDM – поливалентная социологическая концепция, которая описывает идею управления поверхностным, но не глубоким соглашением между заинтересованными сторонами. Внедрение SDM в психиатрическую практику является как культурной, так и технической проблемой. Выделены три направления: обеспечение широкого доступа к качественным средствам помощи принятия решений; интеграция SDM с другими вмешательствами, способствующими восстановлению; реагирование на культурные изменения, так как у пациентов развиваются ожидания нормальной жизни. Определены два подхода, которые могут информировать о реакции в психиатрической помощи на культурные изменения – социальный маркетинг и индустрия гостеприимства.*

**Ключевые слова:** совместное принятие решений, психическая помощь, этика, внедрение, регулярная оценка результатов, социальный маркетинг

(World Psychiatry 2017;16:146–153)

Принятие решения – сложное и динамическое социальное взаимодействие<sup>1</sup>. Равновесие участия клинициста и пациента может быть описано на промежутке от ведомого-клиницистом/пассивного/отеческого, через коллективное, до ведомого-пациентом/информированного/активного<sup>2</sup>. Ведомое клиницистом принятие решений – это принятие решения за пациента, возможно, после предварительного обсуждения с ним или с ней. При ведомом пациентом принятии решений пациент принимает решение сам, возможно, получив информацию от клинициста. Промежуточная позиция совместного принятия решений (SDM) подразумевает сотрудничество.

Широко распространенная дефиниция SDM – «процесс, в котором клиницисты и пациенты работают вместе над выбором диагностических тестов, лечения, пакетов помощи, основанных на клинических доказательствах и предпочтениях информированного пациента; оно включает предоставление доказанной информации о вариантах, исходах и неточностях, консультирование при принятии решения, систему записи и реализацию “информированных предпочтений” пациентов»<sup>3</sup>. Определение, как и настоящая статья, сосредоточено на взаимодействии между клиницистом и пациентом, но SDM также актуально для принятия решений совместно клиницистами и членами семьи, и, возможно, для клинических разборов.

Что такое решение? В области физического здоровья, решения могут включать необходимость проведения диагностических тестов, прохождения медицинской процедуры, получения определенного фармакологического или психологического лечения, или попытку изменить образ жизни. Касательно психического здоровья, решения относительно стационарного лечения преимущественно схожие. На вопрос о последних клинических решениях, стационарные пациенты с диагнозом шизофрения (N=60) и лечащие их психиатры (N=30) упоминали такие категории, как «лечение», «выход из палаты/больницы», «нефармакологическая терапия» и «изменения терапии»<sup>4</sup>. Напротив, принятие

решений в области психического здоровья в амбулаторных условиях более обширно; анализ основных компонентов тем, обсуждаемых на обычных консультациях между амбулаторными пациентами (N=418) и лечащими их врачами, выявил три фактора: лечение, социальный (семья, друзья, досуг) и финансовый (работа, выгода)<sup>5</sup>.

Были выявлены необходимые элементы SDM. Систематический обзор обобщил 161 концептуальную модель SDM для определения 8 характеристик клинического поведения: определить/объяснить проблему со здоровьем, предоставить варианты, обсудить выгоду/риски/стоимость, выявить ценности/предпочтения пациента, обсудить возможности/самодостаточность пациента, предоставить информацию и дать рекомендации, прояснить понимание ситуации пациентом и принять или отложить решение<sup>6</sup>. Эти условия лежали в основе систематического обзора о внедрении SDM в различных учреждениях здравоохранения, в котором было выявлено пять рандомизированных контролируемых исследований о вмешательствах, направленных на улучшение усвоения SDM клиницистами<sup>7</sup>. Обучение клиницистов и использование помощи в принятии решения (структурированные подходы для упрощения SDM) было предварительно рекомендовано, хотя ни одно из исследований не включало группы, имеющие проблемы с психическим здоровьем.

Пациенты нуждаются в SDM<sup>8</sup>. В систематическом обзоре 199 анализов 115 исследований предпочтительного варианта принятия решений выявлено, что пациенты предпочитают принятие решения клиницистами, с увеличением процента такого варианта принятия решений среди пациентов с раком или перед инвазивной процедурой, по сравнению с немедцинскими специфическими группами исследования или пациентами с другими хроническими состояниями<sup>9</sup>.

В целом, в медицине существует международное соглашение о важности SDM<sup>10</sup>, и оно широко поддерживается<sup>11</sup>. Утверждается, что SDM приводит к лучшим исходам, включая поиск помощи<sup>12</sup>, усиление компла-

йенса<sup>13</sup>, снижение количества ошибок<sup>14</sup>, редукцию стигматизации и повышение вовлечения<sup>15</sup>. В 2010 г. в ходе собрания 58 экспертов из 18 стран была оформлена Зальцбургская Декларация о Совместном Принятии Решений (Salzburg Statement on Shared Decision Making)<sup>16</sup>. Она включала призыв клиницистам к осознанию SDM этической необходимостью, побуждение к взаимобмену четкой и адаптированной информацией, и предоставлению пациентам и их семьям ресурсов и помощи для принятия решений. В декларации также содержится призыв к исследователям, редакторам, журналистам, пациентам (высказываться, рассчитывать на равнозначное партнерство, искать и применять высококлассную информацию) и политикам.

## **СОВМЕСТНОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАНО В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

SDM популяризируется в системах психиатрической помощи<sup>17</sup>. Оно повсеместно пропагандируется как важный подход к психическому здоровью в политике многих стран<sup>10</sup>. К примеру, в Англии есть рекомендация о том, что «подход совместного принятия решений должен быть облегчен» во всех взрослых учреждениях оказания психиатрической помощи<sup>18</sup>.

Почему SDM в области психического здоровья столь широко рекомендуется? Частый аргумент в пользу SDM заключается в том, что клиницисты обладают знаниями о диагнозах, этиологии, прогнозах, вариантах лечения и возможных исходах, в то время как пациенты «переживают» болезнь, имеют определенные социальные условия, ценности, предпочтения и отношение к риску<sup>3</sup>. С учетом обоих типов условий, при наличии информации, подкрепленной доказательной базой, принимаются более оптимальные решения. Однако, этот аргумент объединяет два частично дублирующих друг друга, но разных типа обоснований: клинические и этические.

### **Клинические обоснования**

Клинические обоснования заключаются в том, что у пациентов, которые активно участвуют в процессе лечения, более хорошие исходы. Усиление вовлечения приводит к лучшему взаимодействию, более высокому качеству принятых решений, большей приверженности лечению, каждое из которых улучшает исход. Есть некоторые доказательства, подтверждающие эти обоснования. Например, Голландское исследование, включающее 220 стационарных психиатрических больных, показало, что SDM приводило к снижению употребления наркотических веществ и улучшению качества жизни<sup>19</sup>. Изучение отдаленных результатов показало, что SDM также ассоциировано с большей самостоятельностью пациентов<sup>20</sup>.

Однако, критическая оценка всех доступных доказательств менее оптимистична. Кокрановский обзор SDM в области психического здоровья<sup>21</sup> выявил только два рандомизированных контролируемых исследования. Оба исследования проводились в Германии, одно включало 107 пациентов с диагнозом шизофрении<sup>22</sup>, а другое – 405 пациентов с депрессией<sup>23</sup>. В Кокрановском обзоре заключили, что нет доказательств вреда, но малая доказательная база не позволяет сделать убедительные выводы. С того момента, было опубликовано еще одно рандомизированное контролируемое исследование, включающее 80 амбулаторных пациентов<sup>24</sup>, которое также показало преимущества помощи в принятии решений.

Другие обзоры содержат сходные заключения. Систематический обзор<sup>25</sup> выявил 11 рандомизированных контролируемых исследований, включая два в области психического здоровья: одно сосредоточенное на шизофрении<sup>26</sup>, другое – на депрессии<sup>27</sup>. Пять исследований, включая два по психическому здоровью, выявили положительные результаты, связанные с SDM, но

рецензенты заключили, что доказательства обнадеживающи, но недостаточны.

Необходимо отметить, что такое заключение не уникально для области психического здоровья. В недавнем систематическом обзоре исследований (N=22), изучающих влияние SDM на результаты в области физического здоровья, сделан вывод: «Выполненные на настоящий момент исследования влияния SDM на связанные с пациентами, относящиеся к болезни результаты, недостаточны как по количеству, так и по качеству. Хотя практически половина исследований выявила положительный эффект, окончательные выводы сделать нельзя»<sup>28</sup>. Также, имеющиеся доказательства предполагают, что SDM в области психического здоровья особенно сложно. К примеру, SDM приводит к большей приверженности лечению к общей медицине, нежели в области психического здоровья<sup>29</sup>.

В целом, совокупность доказательств недостаточна, чтобы говорить о влиянии SDM на результаты в области психического здоровья.

### **Этические обоснования**

Этические обоснования заключаются в том, что SDM – это право человека. Периодически определяемое как «Никаких решений обо мне без меня»<sup>3</sup>, право на самоопределение подразумевает полное участие в решении, касающихся человека. Это, по-видимому, все больше воспринимается пациентами: упомянутый выше систематический обзор (2012 г.) 115 исследований изучающий предпочтения по принятию решений<sup>9</sup> выявил предпочтения к SDM в 63% исследований, но временные тенденции очевидны: такие предпочтения выявлены в 50% исследований до 2000 г. и 71% исследований после 2000 г.

Обзоры SDM среди людей с шизофренией<sup>30</sup> и депрессией<sup>31</sup> показали, что пациенты и клиницисты нашли SDM приемлемым практиковали его, что вылилось в лучшее представление пациентов об их болезнях и более осознанное участие в принятии решений.

Этические обоснования часто позиционируются как решение предлагаемой проблемы предположения о том, что только клиницист компетентен в принятии решения, и что он скорее примет решения для пациента, чем вместе с ним. Этические обоснования подчеркивают, что «клиницисты и пациенты вносят разный, но одинаково важный вклад в процесс принятия решения»<sup>3</sup>. Аргументы с этой точки зрения часто сконцентрированы на ценностях и силе взаимоотношений, к примеру, за счет связи SDM с ценностно-ориентированной деятельностью<sup>32</sup>. SDM, в первую очередь, понимается как процесс, включающий «эксперта-по-обучению» (клинициста) и «эксперта-по-опыту» (пациента), которые вместе вносят знания, несут ответственность за принятие решения и уважают мнение другого. Такой транзакционный фокус контрастирует с клиническим обоснованием акцента на достижение лучшего исхода.

### **Совместное принятие решений как поливалентная концепция**

SDM поддерживается как теми, кто считает приоритетными клинические знания, так и теми, кто отдает предпочтение опыту пациентов. В этом смысле, термин является тем, что социологи называют поливалентной концепцией<sup>33</sup>, которая управляет поверхностным согласием и кажущимся консенсусом между заинтересованными сторонами, но которая скрывает несовместимые предположения и ожидания. Поддерживают ли клиницисты SDM, если это дает большие возможности пациентам, которые меньше привержены лечению? Поддерживают ли пациенты SDM, если это связано с разговорами, которые почти всегда завершаются перевесом мнения врача<sup>34</sup>?

Существуют определенные проблемы в области охраны психического здоровья<sup>35</sup>. Является ли SDM луч-

шим подходом для людей с прогрессирующей деменцией или острым психозом<sup>36</sup>? Подходит ли он в судебном контексте, где решения, которые принимает человек могут в той или иной степени выходить за рамки социальных норм?

Это напряжение между разными обоснованиями за совместное принятие решений также имеет место среди других инициатив в области психического здоровья. Те же черты кажущегося всеобщего согласия имеют место в рамках повестки дня по обслуживанию и правам, которые предоставляют поддержку антистигматизационных инициатив<sup>37</sup>. Другие поливалентные концепции включают самоуправление, предварительные указания и социальную интеграцию.

К примеру, выздоровление стало ведущей целью систем охраны психического здоровья<sup>38</sup>. Также как этические обоснования SDM, ориентация на выздоровление включает концентрацию на субъективно определенном процессе, а не результате, определенном клиницистом. Однако вопрос о необходимости восстановления при деменции<sup>39</sup>, в судебной медицине<sup>40</sup> и в случаях стационарного лечения<sup>41</sup> ставится под сомнение. Фокус на выздоровление создает проблемы для врачей и пациентов. Клиницисты испытывают трудности из-за конкурирующих приоритетов<sup>42</sup>, что ведет к напряженности<sup>43</sup>, но высказываются сомнения, что восстановление «реквизируется»<sup>44</sup>, чтобы выделить социальные проблемы, деполитизировать индивидуальный опыт и остаться нацеленным на уменьшение дефекта<sup>45</sup>. Рекомендация о том, что социологические исследования необходимы для понимания социокультурного значения и последствий выздоровления<sup>46</sup>, вероятно, в равной степени применима к SDM.

## РЕАЛИЗАЦИЯ СОВМЕСТНОГО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

До сих пор SDM нешироко распространено в системах охраны психического здоровья. К примеру, в исследовании Психического Здоровья в Обществе (Community Mental Health Survey) 2015 г. Национальной Системы Здравоохранения (National Health Service – NHS) Великобритании<sup>47</sup> только 42% респондентов – меньше, чем в 2014 г. – полностью согласились с высказыванием «Согласились ли вы с кем-нибудь из сферы психического здоровья NHS, какую помощь вы получите?» (N=12 695). Только 50% полностью согласилось с высказыванием «Были ли вы вовлечены в принятие решений, касательно той помощи, что получали, настолько, насколько вы этого хотели?» (N=9 775), и среди пациентов, которые получали нефармакологическое лечение, только 55% полностью согласились с «Участвовали ли вы настолько, насколько хотели в выборе терапии?».

Есть ли разница между SDM в области психического и физического здоровья? Исследование на Канарских Островах сравнивает опыт принятия решений пациентами, получавшими психиатрическую амбулаторную помощь и первичную помощь (N=1477)<sup>49</sup>. В целом различий не было, но они появлялись на предметном уровне. Участники, которые получали амбулаторную психиатрическую помощь, сказали, что им помогли понять информацию, но практически не спрашивали о том, какой вид терапии они бы предпочли, не было согласования и выбор лечения не был результатом консенсуса. Могут быть особенности, специфичные для SDM в области психического здоровья.

Качественное исследование взглядов опытных психиатров (N=26) определило препятствия для использования SDM в отношении назначения терапии<sup>50</sup>. Наиболее часто упоминаемой проблемой были убеждения пациента, которые в некоторых случаях казались непреодолимыми. Другими проблемами были общественные ожидания о психическом расстройстве

(поэтому законные полномочия удерживаются психиатром), ожидания о первичном и транквилизирующем эффектах антипсихотической терапии и ограничивающие финансовые возможности.

Эти преграды могут сделать беседы SDM в области психического здоровья более фактическими, нежели основанными на ценностях. Исследование, использующее факторный анализ принятия решений во время посещений психиатра в США (N=191), показало, что дискуссии о науке (плюсы и минусы, клинические проблемы и неопределенности, цели и понимание тех, кто получает помощь) были более распространены, чем дискуссии о предпочтениях (роль пациента в принятии решения, рассмотрение альтернатив, изучение предпочтений)<sup>51</sup>.

Другие проблемы реализации SDM были выявлены в системах охраны физического и психического здоровья<sup>52</sup>: иерархические отношения между врачом и пациентом<sup>53</sup>, различия в понимании и низкая приверженность SDM<sup>54</sup>, недостаток «правового дискурса» в культуре<sup>55</sup> и проблемы предотвращения неравного оказания помощи, когда помощь предоставляется системами здравоохранения, финансируемыми за счет страховки<sup>56</sup>.

## ИССЛЕДОВАНИЕ В СТАНДАРТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Учитывая эти проблемы применения, необходимо исследование в стандартных клинических условиях. Организованное Евросоюзом исследование «Клинические решения и итоги лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами» (Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness – CEDAR), проводилось в шести Европейских странах (Дания, Германия, Венгрия, Италия, Швейцария и Великобритания) с 2009 по 2014 г.<sup>57</sup> В исследовании было две цели.

Первой целью было понимание методологии оценки принятия клинического решения у больных с тяжелыми психическими расстройствами. Эта цель была сопряжена с разработкой и межкультуральной валидизацией трех новых методов исследований. Все они параллельно сравнивали версии пациента и клинициста, и были разработаны на английском языке, тщательно переведены на датский, немецкий, венгерский и итальянский языки и культурально адаптированы с использованием практических рекомендаций<sup>58</sup>. Показатель клинического принятия решения в лечении (CDRC) оценивает содержание и применение решений<sup>59</sup>. Показатель стиля клинического принятия решения (CDMS) оценивает предпочтение различных стилей принятия решений<sup>60</sup>. Показатель вовлеченности и удовлетворенности клинического принятия решений (CDIS) отображает вовлеченность и удовлетворенность в определенном решении. Все показатели доступны на [www.cedar-net.eu/instruments.html](http://www.cedar-net.eu/instruments.html).

Второй целью было исследование принятия решений в системе психиатрической помощи взрослым, с помощью дизайнера проспективного наблюдения в шести странах. Все из 588 пациентов отвечали критериям включения: главным образом, возраст 18–60 лет с диагнозом тяжелого<sup>62</sup> и длящегося в течение 2 лет психического расстройства (установленным с помощью исследовательских критериев<sup>61</sup>). После подписания согласия, пациенты выбирали клинициста и эти диады пациент-клиницист оценивались раз в два месяца в течение года.

Основное исследование искало взаимосвязи между стилем принятия решения и исходом<sup>63</sup>. Как среди пациентов ( $\chi^2= 135,08, p<0,001$ ), так и среди клиницистов ( $\chi^2= 368,17, p<0,001$ ) было выявлено предпочтение совместного решения в сравнении с предпочтением мнения пациента или выбора клинициста. SDM было преобладающим с 10% повышением в пропорции



обоих групп на протяжении одного года исследования. Иерархическая линейная модель показала, что стиль принятия решения на основе ведущего мнения клинициста наиболее значительно отразился на неудовлетворенных нуждах пациентов с течением времени, с уменьшением неудовлетворенных нужд среди пациентов, чьи клиницисты предпочитали ведущим мнение пациента мнению клинициста ( $-0.406$  неудовлетворенных нужд каждые 2 месяца,  $p=0,007$ ) или выбирали совместное принятие решения ( $-0.303$  неудовлетворенных нужд каждые 2 месяца,  $p=0,015$ ). Иными словами, наиболее удачными были результаты, когда клиницисты придерживались стратегии ведущего мнения пациента.

Второе исследование изучало взаимосвязь между вовлечением в принятие решения и удовлетворенностью<sup>64</sup>. Пациенты ( $N = 5\ 445$ ) были разделены на основании предпочтения вовлечения (оцененных с помощью CDMS – стиля клинического принятия решения) и опыта (оцененных с помощью CDIS – вовлеченности и удовлетворенности клинического принятия решений). Основная гипотеза была в том, что удовлетворенность определенным решением будет выше, если будет использован предпочитаемый пациентом стиль принятия решения (ведущее мнение пациента, совместное решение или предпочтение мнения клинициста). Это не было подтверждено. В целом 90 пациентов (20%) были меньше вовлечены, чем хотели («лишенные прав»), 190 (43%) – «удовлетворены» (вовлеченность соответствовала их ожиданиям – прим. ред.) и 162 (37%) были «уполномочены» (были более вовлечены в принятие решений чем хотели – прим. ред.). Уполномоченные пациенты, которые были вовлечены в процесс принятия решения больше, чем хотели, показывали наибольшую удовлетворенность ( $OR=2,47$ ,  $p=0,005$ , 95%CI: 1,32-4,63). Гипотеза согласия заключалась в том, что удовлетворенность будет выше, когда решения принимаются вместе с клиницистом в одном и том же стиле принятия решений. Это не было подтверждено, т.к. порядковый номер модели логистической регрессии имел наивысший уровень удовлетворенности ( $OR=3,17$ ,  $p=0,003$ , 95%CI: 1,48-6,82) когда решения, принятые клиницистами, подразумевали более активное включение клинициста чем пациента. То есть наиболее высокий уровень удовлетворенности был выявлен при условии более активного включения в принятие решений, чем было указано пациентами как желаемый уровень в соответствии с клиническим подходом, расширяющим полномочия, в сравнении с совместным принятием решений. Это соответствует результатам из других областей медицины. Например, исследование первой медицинской помощи ( $N=1,913$ ) в Германии выявило, что наибольший уровень удовлетворенности пациентов предполагал высокий уровень вовлечения пациентов<sup>65</sup>.

Исследование CEDAR имеет два последствия для устойчивой практики. Первое, если целью является уменьшение уровня неудовлетворенности потребностей по оценкам пациентов и увеличение удовлетворенности, по результатам эмпирических исследований, долговременные усилия должны быть ориентированы на развитие мнения пациента как ведущего в сравнении с совместным принятием решений. Это создаст проблемы для культуры медицинской помощи в настоящее время. Принятие решений на основе мнения пациента не всегда ценится системой; было выявлено, что выбор предпочтения пациента негативно сказывается на опыте вовлечения<sup>65</sup>. Будут необходимы социополитические дискуссии относительно цели системы медицинской помощи – в каких пределах «основной деятельности» системы участники (пациенты и другие) остаются защищенными, что может неизбежно включать принятие решений исходя из мнения клинициста, в противовес с поддержанием их в жизни настолько,

насколько возможно? Можем и должны ли мы обобщать в профессиональную роль клиницистов, которые превосходят принятие решений на основе мнения пациента? Клиническая практика будет требовать ориентировки на поддержку этого типа вовлечения пациентов, подразумевающее культуру ориентации на выздоровление в области психического здоровья, что регламентирует обычное право граждан<sup>66</sup>. Мы знаем, что желание участвовать в принятии решения выше в некоторых группах пациентов, например, пациенты, подвергавшиеся недобровольной госпитализации, с негативными последствиями лечения, более высоким уровнем образования, с низкой удовлетворенностью лечением, имеющие лучшие способности к принятию решений, пациенты женского пола и молодые пациенты<sup>30</sup>. Должно ли поддержание принятие решений на основе мнения пациента стать целью в этих подгруппах или у всех пациентов?

Также пациенты могут иметь ожидания быть осмотренными после того как заболели. Когда эти ожидания помогают, и когда они, в конечном счете, вредны? Выздоровление наступает гораздо чаще, чем нередко представляется в системе психического здоровья<sup>67,68</sup>, и доступ к коллегам может значительно изменить эти ожидания<sup>69</sup>. Как мы минимизируем вред, балансируя в реальности, что позволяет освободиться от руководства службы для улучшения результата у одних людей<sup>70</sup> и для предотвратимых трагедий для других?

Вторым последствием является то, что ориентация в направлении SDM является эмпирически оправданной целью в системе психического здоровья, традиционно использующей принятие решения на основе мнения клинициста. Ориентированность на SDM улучшит как опыт пациентов и исходы, отображая согласование между клиническим и этическим аргументами для SDM как более выгодного стиля в сравнении с принятием решений на основе мнения клинициста. Если принимается, что SDM является необходимым компонентом современной системы оказания психической помощи в сравнении с тремя задачами, которые могут быть определены как: технические проблемы доступности соответствующих средств и интеграции с другими инновациями, и адресация последствий меняющейся культуры.

## СРЕДСТВА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Меняющийся опыт часто включает использование формальных средств поддержки принятия решений, существуют и ресурсы для поддержки SDM. Например, доступны как общие (например, [optiongrid.org](http://optiongrid.org)), так и специфичные (например, [sdm.rightcare.nhs.uk/pda for depression](http://sdm.rightcare.nhs.uk/pda_for_depression)) онлайн системы поддержки принятия решений.

Эти средства могут способствовать изменениям поведения как клиницистов, так и пациентов. Подход, центрированный на клиницисте обычно включает упражнения и поддержку для практических изменений. Эти подходы были оценены при депрессии, и (с дополнением информационными листовками для пациентов с информацией и стимуляцией участия) способствовали улучшению участия пациента и удовлетворенности, не используя дополнительного времени на консультацию<sup>23</sup>.

Хорошим примером подхода, центрированного на пациенте является система Common Ground system, представляющая собой систему онлайн консультаций для поддержки вовлеченности пациентов и расширения возможности консультаций по психофармакологии<sup>71</sup>.

Необходим широко распространенный доступ к общим и частным средствам, которые должны иметь высокое качество: систематические обзоры вспомогательных средств принятия решений в медицине соз-

дают тенденцию к недостаточной специфичности метода, больше подчеркивают преимущества, чем вред, и фокусируются в большей степени на ложно позитивных, чем на ложно негативных механизмах<sup>72</sup>. Одним из подходов к улучшению качества должна быть разработка принципов отчетности для исследований видов помощи в принятии решений<sup>73</sup>.

Необходимо, чтобы инструменты поддержки принятия решений были в небольшом количестве: один и тот же систематический обзор выявил 68 средств, связанных с лечением и 30 связанных со скринингом. Эта вариация делает более сложным сравнительный анализ между услугами и системами<sup>28</sup>. Наконец, они должны фокусироваться на адаптации и тестировании средств в различных клинических группах и географических расположениях. Мера, в которой пациенты ожидают быть вовлеченными в принятие решений о лечении меняются в соответствии с преобладающей культурой<sup>74</sup>. В патерналистских культурах кажется, что, как клиницист, так и пациент считают, что решения являются исключительно прерогативой клинициста, в то время как в культурах, придерживающихся равноправия, может одновременно иметь место как партнерский подход, так и SDM<sup>75</sup>. Тем не менее, процедура перевода требует учета этих культуральных факторов в процессе обеспечения как лингвистической, так и концептуальной эквивалентности<sup>58</sup>.

## ИНТЕГРАЦИЯ С ДРУГИМИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМИ ИННОВАЦИЯМИ

Внедрение SDM будет включать интеграцию соответствующих технологий со всевозможными нововведениями, и использование улучшений для оценки поддержки и стабильного применения. В настоящее время существует ряд измерений SDM: структурированный обзор выявил 19 методов оценки, и развитие перспектив процесса оценки как с позиции пациента, так и клинициста<sup>76</sup>. Это ведет к стандартизации подходов в оценке сложных взаимосвязей, которые интегрируют SDM с другими утвержденными инновациями.

Примерами утвержденных инноваций являются усовершенствованные инструкции и совместные планы изменений<sup>77</sup>. Усовершенствованные инструкции включают предопределение предпочтений пациентов в случае потери дееспособности в результате психического расстройства. Неизбежной проблемой подхода на основе ведущего мнения пациента, ведущей к его редкому использованию, было то, что клиницист, казалось, не вовлечен или даже не осведомлен о предварительных указаниях<sup>78</sup>. Появился вариант, включающий SDM, под названием совместные антикризисные планы, внедряемые через дополнительные встречи пациентов и вовлеченных клиницистов<sup>79</sup>. Рандомизированное контрольное исследование, включающее 569 пациентов в 64 группах обществ психического здоровья в Англии выявило, что включенность клинициста была основной проблемой наряду с отсутствием значительного эффекта лечения для начального результата обязательных назначений или вторичных результатов за исключением улучшенных терапевтических отношений<sup>80</sup>. Качественные исследования выявили четыре преграды для вовлечения пациента: амбивалентность в планировании лечения; ощущение, что они «уже практикуют SDM»; проблемы, связанные с клинической «адекватностью выбора» и ограниченностью «возможностей выборов»<sup>81</sup>.

Другим примером интеграции является формирование индивидуального лечения с новым видом мониторинга<sup>82</sup>, включающего информацию о длительном наблюдении за исходами у пациентов. Существуют убедительные доказательства преимущества краткосрочных и умеренная доказанность преимущества более длительных наблюдений<sup>83</sup>. В настоящее время исследование продолжается, интегрирует SDM и мониторирует

вание<sup>83</sup>. Собранные данные результатов включены в процесс SDM, с интервенцией при поддержке коллективной программы улучшения качества, включающей национальные и локальные стратегии реализации.

## ЭТИЧЕСКИЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Несмотря на то, что большинство клиницистов верят, что они используют подход SDM, очевидно обратное<sup>85</sup>. Представления об уровне вовлеченности различаются – пациенты чаще идентифицируют зависящий от мнения клинициста подход, а клиницисты – разделенный<sup>86</sup>. Пациенты сообщают о тормозящих факторах, включающих взаимосвязи пациент-клиницист, страх подвергнуться осуждению, переживание несостоятельности и употребление психоактивных веществ в анамнезе<sup>87</sup>. Использование ведущего мнения клинициста в принятии решений является наиболее признанным если решения касаются лечения<sup>5</sup>.

Этическое давление это одна из причин низкого уровня применения. Широко распространенная биомедицинская этическая система выделила четыре правила: уважение к автономии, справедливости, милосердию и отсутствие вреда<sup>88</sup>. Опытные клиницисты пытаются интегрировать эти правила, например, поддерживая участие пациентов не только для автономии, но и мотивируя это справедливостью (наряду с влиянием остальных, таких как избежание юридической ответственности)<sup>89</sup>. Однако вовлечение сопряжено с рядом сложностей<sup>90</sup>. Потенциальный конфликт между этими принципами виден в отношении к антипсихотической терапии у пациентов с отсутствием критики; психиатр может подумать: «Если я оставлю выбор за пациентом, он, конечно выберет не начинать лечения. Симптомы будут присутствовать или ухудшаться, и, таким образом, я нанесу вред пациенту. Если я применю давление, и он будет принимать антипсихотики, в результате лечения может достичь понимания. Затем, в последствии, он будет благодарен за то, что я пошел таким путем»<sup>91</sup>. Это отражает напряжение между деонтологическими (основанными на долге) этическими рамками, подчеркиваемыми на тренингах различных профессиональных групп и телеологическими (основанными на правах) рамками, подчеркиваемыми гражданами.

Второй причиной низкого применения является культуральная. Система, основанная на изоляции, создает микро-культуру («общий институт»), которая может не соответствовать основным культуральными ценностям. Организационные структуры могут значительно социализировать пациента к моральному долгу быть приверженцем терапии («хорошим» пациентом), уважать мудрый опыт клинициста и профессиональные авторитеты. Когда в беседе доминирует мнение клинициста, основной поток информации от клинициста пациенту свидетельствует о том, что ценности пациента и его предпочтения в лечении менее значимы<sup>93</sup>. Таким образом, сложно избежать того, чтобы принятие решения с ведущим мнением клинициста было провальным при оказании медицинской помощи в учреждениях, потому что SDM подразумевает смещение в paSDМ делении уровня полномочий<sup>94</sup>.

## ИЗМЕНЕНИЕ В СИСТЕМАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Мир изменчив. Системы психического здоровья на международном уровне движутся в направлении развития сервисов, организованных на основе сотрудничества<sup>95–101</sup>, которые включают взаимодействия с пациентами, и более подвержены ожиданиям, связанным с потребительством, самоопределением и расширением прав<sup>102</sup>. Пациенты все чаще хотят быть активными участниками в принятии решений о своей жизни, с большим акцентом на биомедицинских этических правилах автономии и справедливости.

Такое смещение в системе психического здоровья ведет к серьезным последствиям, распространяющимся далеко за пределы обсуждения методов до подходов принятия решений. Организационные изменения могут требоваться если системы психического здоровья выдержат эти изменения применительно к пациентам и ожиданиям граждан. Готовность включиться в понимание, использовать язык и данные из других областей будет требовать информированности этих изменений. Это может быть проиллюстрировано двумя примерами, оба из которых потенциально равнозначны, но в настоящее время не применяются в планировании и развитии систем психического расстройства.

Первый пример взят из академической дисциплины по социальному маркетингу<sup>103</sup>, который может быть использован как подход для стимулирования изменения культуры в системах психического здоровья. Социальный маркетинг включает применение маркетинговых правил и практики для продвижения социальных товаров, и участие в принятии решения. Это требует подхода, централизованного на населении, развития понимания граждан и заинтересованных сторон<sup>104</sup>. Ориентация на взаимность, обмен и обратную связь отличает социальный маркетинг от других социальных подходов интервенций, особенно в традиционном эксперт-ведущем, нисходящем подходе общественного здоровья. Поэтому, социальный маркетинг дает подход для развития граждан-центрированной системы психического здоровья, ориентированных вокруг предпочтений потребителей (пациентов), в которой партнерская работа (изображенная на примере SDM) является базой, а не дополнительным элементом.

Совместные подходы к развитию уже существуют в службах психического здоровья. Теория поддержки коллег, такая как преднамеренные взаимоотношения, подчеркивают отношения, в которых оба человека имеют ценность и взаимность<sup>105</sup>. Колледжи по выздоровлению основаны на принципах сотрудничества, совместного производства, включенности и направленности на объединение<sup>106</sup>. Аналогично, «большинство участников в программах по инициативе пользователей, ценят равноправие, взаимность и взаимовыручку в отношениях и неархаическую организацию»<sup>107</sup>.

Сегментация рынка является хорошо изученной техникой, используемой для определения и организации различных требований потребителя и для направления ресурсов маркетинга<sup>108</sup>. Размещение аналогичных групп людей в сегменты маркетинга, и затем фокусировка на маркетинговых достижениях в этих различных сегментах в соответствующих случаях может управлять гетерогенностью в предпочтениях. С помощью развивающихся маркетинговых стратегий и стратегий изменения поведения для определенных групп пациентов, имеющих особые потребности или ценности, становится возможным влиять на культуру и создавать спрос для SDM у клиницистов и их пациентов в различных клинических группах.

Второй пример получен в ходе экспертизы, проведенной в сфере гостиничного бизнеса при работе с различными потребителями: «ключевые ценности, такие как важность радушного приема, потребитель всегда прав, сервис существует для удовлетворения нужд потребителя, поддерживать лучшие отношения в этой сфере услуг. Сотрудники гостиничного бизнеса обучены определять насколько клиенту нравится быть вовлеченным – от «друг против друга» до «бок о бок». Работа не выполнена, если обслуживание клиентов находится на низком уровне»<sup>109</sup>. Если пациенты получают аналогичные уровни свободы и действий как другие граждане, выбор и предпочтения пациентов становятся центральными. Если клиницист не работает в партнерстве с пациентом, убеждаясь, что тот получает позитивный опыт, тогда пациенты могут и должны обратиться за поддержкой куда-либо еще.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном материале представлен пример, когда SDM является частью большого шага к изменению в системе психического здоровья<sup>110</sup>. Существующие проблемы внедрения касаются как этических и культуральных, так и технических аспектов.

Стоит решать эти сложные вопросы, связанные с властью, контролем, экспертизой и ценными знаниями, поскольку SDM может внести свой вклад в поддержку людей, чтобы они могли жить как можно лучше в сообществах по собственному выбору.

## Библиография

1. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69: 1-8.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
3. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. London: King's Fund, 2011.
4. Hamann J, Mendel R, Fink B et al. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:329-32.
5. Freidl M, Konrad J, Pesola F et al. Effects of clinical decision topic on patients' involvement in and satisfaction with decisions and their subsequent implementation. *Psychiatr Serv* 2016;67:658-63.
6. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006;60:301-12.
7. Legare F, Ratté S, Stacey D et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;5:CD006732.
8. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res* 2006;6:21.
9. Chewning B, Bylund CL, Shah B et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;86:9-18.
10. Health Foundation. Helping people share decision making. London: Health Foundation, 2012.
11. Anonymous. Taking shared decision making more seriously. *Lancet* 2011;377:784.
12. Wakefield P, Read S, Firth W et al. Clients' perceptions of outcome following contact with a community mental health team. *J Ment Health* 1998;7:375-84.
13. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:403-9.
14. Crumlish N, Kell B. How psychiatrists think. *Adv Psychiatr Treat* 2009;15:72-9.
15. Hamann J, Langer B, Winkler V et al. Shared decision making for inpatients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:265-73.
16. Elwyn G. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ* 2011;342:d1745.
17. Del Piccolo L, Goss C. People-centred care: new research needs and methods in doctor-patient communication. *Challenges in mental health. Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:145-9.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. CG136. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.
19. Joosten EAG, de Jong CAJ, de Weert-van Oene GH et al. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom* 2009;78:245-53.
20. Joosten E, De Jong C, de Weert-van Oene G et al. Shared decision making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse* 2011;46:1037-8.
21. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD007297.
22. Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 2007;68:992-7.
23. Loh A, Simon D, Wills CE et al. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007;67: 324-32.



24. Woltmann EM, Wilkniess SM, Teachout A et al. Trial of an electronic decision support system to facilitate shared decision making in community mental health. *Psychiatr Serv* 2011;62: 54-60.
25. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77:219-26.
26. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P et al. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:415-23.
27. Ludman E, Katon W, Bush T et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med* 2003;33:1061-70.
28. Hauser K, Koerfer A, Kuhr K et al. Outcome-relevant effects of shared decision making. A systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112: 665-71.
29. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12:87.
30. Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 2005;162:2382-4.
31. Clever S, Ford D, Rubenstein L et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006;44:398-405.
32. Stacey G, Felton A, Morgan A et al. A critical narrative analysis of shared decision-making in acute inpatient mental health care. *J Interprof Care* 2016;30:35-41.
33. Pilgrim D. 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illn* 2008;4:295-304.
34. Quirk A, Chaplin R, Lelliott P et al. How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: a conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. *Social Health Illn* 2012;34:95-113.
35. Morant N, Kaminskiy E, Ramon S. Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social. *Health Expect* 2016;19:1002-14.
36. Hamann J, Mendel R, Cohen R et al. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatr Serv* 2009;60:1107-12.
37. Corrigan P. Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry* 2016;15:67-73.
38. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
39. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
40. Drennan G, Alred D (eds). *Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings*. Oxon: Willan, 2012.
41. Kidd S, McKenzie K, Virdee G. Mental health reform at a systems level: widening the lens on recovery-oriented care. *Can J Psychiatry* 2014;59:243-9.
42. Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence V et al. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implement Sci* 2015;10:87.
43. Le Boutillier C, Slade M, Lawrence V et al. Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Adm Policy Ment Health* 2015;42:429-38.
44. Mental Health "Recovery" Study Working Group. *Mental health "recovery": users and refusers*. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
45. Harper D, Speed E. Uncovering recovery: the resistible rise of recovery and resilience. *Stud Soc Justice* 2012;6:9-25.
46. Watson DP. The evolving understanding of recovery: what the sociology of mental health has to offer. *Humanity Soc* 2012;36:290-308.
47. Care Quality Commission. 2015 community mental health survey. Statistical release. London: Care Quality Commission, 2015.
48. Care Quality Commission. CQC's response to the 2015 community mental health survey. London: Care Quality Commission, 2016.
49. De las Cuevas C, Periate W, Perestelo-Perez L et al. Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:1045-52.
50. Shepherd A, Shorthouse O, Gask L. Consultant psychiatrists' experiences of and attitudes towards shared decision making in antipsychotic prescribing, a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2014;14:127.
51. Fukui S, Matthias M, Salyers M. Core domains of shared decision-making during psychiatric visits: scientific and preference-based discussions. *Adm Policy Ment Health* 2015;42:40-6.
52. Center for Mental Health Services. *Shared decision-making in mental health care: practice, research, and future directions*. Rock-ville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.
53. Cornuz J, Kuenzi B, Krones T. Shared decision making development in Switzerland: room for improvement! *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011;105:296-9.
54. Moumjid N, Br emond A, Mignotte H et al. Shared decision-making in the physician-patient encounter in France: a general overview. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2007; 101:223-8.
55. Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Perez-Ramos J et al. Shared decision making in Spain: current state and future perspectives. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011;105:289-95.
56. Holmes-Rovner M, Gruman J, Rovner D. Shared decision-making in the US – research & development outpaces delivery. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2007;101:254-8.
57. Puschner B, Steffen S, Slade M et al. Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness (CEDAR): study protocol. *BMC Psychiatry* 2010;10:90.
58. Wild D, Grove A, Martin M et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005;8:94-104.
59. Konrad J, Loos S, Neumann P et al. Content and implementation of clinical decisions in the routine care of people with severe mental illness. *J Ment Health* 2015;24:15-9.
60. Puschner B, Neumann P, Jordan H et al. Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS). *BMC Psychiatry* 2013;13:48.
61. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. *Structured Clinical Interviews for DSM-IV Axis I Disorders – Clinical Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Association, 1997.
62. Slade M, Cahill S, Kelsey W et al. Threshold 4: an evaluation of the Threshold Assessment Grid as an aid to mental health referrals. *Primary Care Ment Health* 2003;1:45-54.
63. Puschner B, Becker T, Mayer B et al. Clinical decision making and outcome in the routine care of people with severe mental illness across Europe (CEDAR). *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:69-79.
64. Clarke E, Puschner B, Jordan H et al. Empowerment and satisfaction in a multinational study of routine clinical practice. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:369-78.
65. Hölzel L, Kriston L, Höarter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC Health Serv Res* 2013;13:231.
66. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
67. Slade M, Longden E. Empirical evidence about mental health and recovery. *BMC Psychiatry* 2015;15:285.
68. Zipursky R, Agid O. Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia. *World Psychiatry* 2015;14:94-6.
69. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
70. Peters E, Ward T, Jackson M et al. Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a "need for care". *World Psychiatry* 2016;15:41-52.
71. Deegan PE. A web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics. *Psychiatr Rehabil J* 2010;34:23-8.
72. Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, McIssac K et al. A systematic review of information in decision aids. *Health Expect* 2006;10: 46-61.
73. Moher D, Schulz KF, Simera I et al. Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Med* 2010;7:e1000217.

74. Bär Deucher A, Hengartner MP, Kawohl W et al. Participation in medical decision-making across Europe: an international longitudinal multicenter study. *Eur Psychiatry* 2016;35:39-46.
75. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Publ Health* 2005;14:355-60.
76. Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K et al. Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011;105:313-24.
77. Henderson C, Farrelly S, Moran P et al. Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry* 2015;14:281-3.
78. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD005963.
79. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomized controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
80. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1334-41.
81. Farrelly S, Lester H, Rose D et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect* 2015;19:448-58.
82. Thornicroft G, Slade M. New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry* 2014;13:118-24.
83. Knaup C, Koesters M, Schoefer D et al. Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;195:15-22.
84. Metz M, Franx G, Veerbeek M et al. Shared decision making in mental health care using routine outcome monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15:313.
85. Hamann J, Maris N, Iosifidou P et al. Effects of a question prompt sheet on active patient behaviour: a randomized controlled trial with depressed outpatients. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:227-35.
86. Seale C, Chaplin R, Lelliott P et al. Sharing decisions in consultations involving antipsychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences. *Soc Sci Med* 2006;62:2861-73.
87. Eliacin J, Salyers M, Kukla M et al. Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *J Ment Health* 2015;24:24-8.
88. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
89. McGuire A, McCullough L, Weller S et al. Missed expectations? Physicians' views of patients' participation in medical decision-making. *Med Care* 2005;43:466-70.
90. Dixon L, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 2016;15:13-20.
91. Hamann J, Heres S. Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2014;65:1483-6.
92. Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin, 1968.
93. McCabe R, Heath C, Burns T et al. Engagement of patients with psychosis in the consultation. *BMJ* 2002;325:1148-51.
94. Kaminskiy E. The elephant in the room: a theoretical examination of power for shared decision making in psychiatric medication management. *Intersectionalities* 2015;4:19-38.
95. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
96. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
97. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012; 11:129-32.
98. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
99. Okasha A, Karam E, Okasha T. Mental health services in the Arab world. *World Psychiatry* 2012;11:52-4.
100. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.
101. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9: 185-9.
102. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
103. French J, Gordon R. *Strategic social marketing*. London: Sage, 2015.
104. Gordon O, Oades L. Social marketing of well-being. In: Slade M, Oades L, Jarden A (eds). *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press 2017:311-23.
105. Mead S. *Intentional peer support: an alternative approach*. Plainfield: Shery Mead Consulting, 2005.
106. McGregor J, Repper J, Brown H. "The college is so different from anything I have done". A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *J Ment Health Train Educ Pract* 2014;9:3-15.
107. Mahlke C, Krämer U, Becker T et al. Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:276-81.
108. Dobb S, Simkin L. Implementation rules to bridge the theory/practice divide in market segmentation. *J Market Manag* 2009;25:375-96.
109. Slade M. *Personal recovery and mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
110. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M et al. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 2015;14:231-3.