

Kaasotsustamine tervishoius

Ireen Bruus¹, Talvi Annus^{2, 3}

Eesti Arst 2023;
102(2):96–101

Saabunud toimetusse:
09.11.2022
Avaldamiseks vastu võetud:
16.12.2022
Avaldatud internetis:
23.02.2023

¹ Tartu Tervishoiu Kõrgkool,
² Lõuna-Eesti Haigla,
³ Terviseagentuur OÜ

Kirjavahetajaautor:
Ireen Bruus
ireenbruus@nooruse.ee

Võtmesõnad:
kaasotsustamine,
tervishoid, mõjutavad
tegurid

Kaasotsustamine on protsess, mille käigus jõuavad tervishoiutöötaja ja patsient üheskoos kaalutletud tõenduspõhisele ja patsiendi väärtusi arvestavale terviseotsusele. Kaasotsustamise käigus jagab tervishoiutöötaja tõenduspõhist informatsiooni patsiendi seisundi, haiguse, võimalike tervisesekumiste, nende kasu ja kahju kohta. Patsiendi ülesanne on endale teadvustada tema jaoks olulised väärtused, uskumused ja eelisted ning rääkida nendest tervishoiutöötajale. Kaasotsustamise meetodi kasutamine tervishoius parandab patsientide teadmisi oma tervisest ja võimalike tervisesekumiste valikust, suurendab rahulolu visiidi ja tervishoiutöötajaga ning aitab luua patsiendi ja tervishoiutöötaja usalduslikku suhet. Kaasotsustamise meetodi kasutamist tervishoius takistab ajapuudus, tervishoiutöötaja negatiivne hoiak kaasotsustamise suhtes, patsiendi soovide eeldamine, tervishoiutöötaja ebapiisav suhtlemisoskus ning oskuste puudumine kaasotsustamise rakendamiseks. Kaasotsustamise meetodi rakendamist soodustab patsiendi ja tervishoiutöötaja hea suhe, varasem hea kogemus tervishoius, tervishoiutöötaja julgus kaasotsustamist rakendada.

Tervishoius on muutumas üha päevakajalisemaks patsientide kaasamine nende terviseotsustesse (1). Tervishoiutöötaja saab patsienti otsustamisse kaasata kolmel meetodil: paternalistlikul, informeeritud ja kaasotsustamise (*shared decision making*) meetodil. Paternalistliku meetodi korral otsustab tervishoiutöötaja, mis on patsiendile parim, jagab infot soovitatud tervisesekumise (*health intervention*) kohta ning veenab patsienti nõustuma pakutud sekkumisega. Informeeritud kaasamise korral annab tervishoiutöötaja ülevaate kõikvõimalikest tervisesekkumisest ning seejärel peab patsient ise üksi otsustama, mis on talle parim. Kaasotsustamise meetodit kasutades jagab tervishoiutöötaja patsiendile parimale teadaolevale tõenduspõhisele teabele ja kliinilisele kogemusele tuginevat infot tervisesekkumiste kohta (2–4). Seejärel räägib patsient tervishoiutöötajale enda isiklikest soovidest ja väärtustest (2–4) ning protsessi lõpuks jõuavad tervishoiutöötaja ja patsient üheskoos kaalutletud tõenduspõhisele ja patsiendi väärtusi arvestavale terviseotsusele (2, 5).

Kaasotsustamisel tervishoius on patsientide jaoks hulk positiivseid tulemusi (6–9). Paranevad patsientide teadmised haigusest, võimalikest ravivalikutest (6, 9, 10) ja selgineb arusaam enda väärtustest (6). Lisaks suureneb kaasotsustamise protsessis patsientide enesekindlus enda tervise üle

otsustada (6, 8, 9, 11). Kaasotsustamise protsessis vähenevad patsiendi muremõtted, suureneb rahulolu visiidi ja tervishoiutöötajaga (9). Ühtlasi areneb otsustamise võimekus (6, 9). Kaasotsustamine aitab luua patsiendi ja tervishoiutöötaja usalduslikku suhet (9). Ameerika Ühendriikide 2010.–2014. aasta longituuduuringus (n = 63 931) selgus, et halva kaasotsustamise kogemusega patsiendid hindasid võrreldes head kaasotsustamist kogenud patsientidega enda füüsilist ja vaimset tervist halvemaks (7). Maailma Terviseorganisatsiooni (2013) raportis on toonitatud, et kaasotsustamine on väga tähtis patsiendihutuse parandamisel ja tagamisel (12).

Kaasotsustamist on mitme riigi tervishoius arendatud ja uuritud juba 1990ndatest. Näiteks Saksamaal, Austraalias ja Kanadas on loodud riiklikud programmid kaasotsustamise meetodi uurimiseks ja rakendamiseks ning tervishoiutöötajate õpetamiseks kaasotsustamise teemal (13–15). Kanada osa tervishoiuasutusi kasutab kaasotsustamist patsientide ravimisel järjepidevalt (14). Ühendkuningriik on koostanud riikliku juhendi nii kaasotsustamise rakendamise kui ka normiks muutmiseks tervishoius (16). Tervishoiuvaldkonnad, milles kaasotsustamise meetodit mujal maailmas tervisesekumise osana peamiselt kasutatakse, on psühhiaatria, onkoloogia, esmatasandi tervishoid, palliatiivne ravi ja kirurgia.

Kaasotsustamise protsessi mõiste ja nähtus on Eesti tervishoius pigem uudne ning seepärast on eestikeelset teavet selle kohta väga vähe. Teadaolevalt on kaasotsustamise nähtust põgusalt uuritud ühes seireuuringus inimesekeskse tervishoiuteenuse kohta (1).

Ülevaate eesmärk on kajastada kaasotsustamise meetodit tervishoius ja selle rakendamist mõjutavaid tegureid.

KAASOTSUSTAMISE MEETOD TERTSHOIOUS

Kaasotsustamine on tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline protsess, mille eesmärk on jõuda patsiendi väärtusi arvestavale primale terviseotsusele. See on protsess, mille käigus jagab tervishoiutöötaja ilma eelarvamusteta patsiendile tema seisundi ja haiguse, ravi- või ennetusvõimaluste kohta teaduspõhist ja kliinilisele kogemusele tuginevat infot. Patsiendi ülesanne on rääkida avatult enda eelistustest, kogemustest, muredest ning võimalustest tervishoiutöötajale. Üksteise vahel jagatud info kombineerimisel selgitatakse koos välja parim terviseotsus patsiendi jaoks (2, 5).

Kogu protsessi juhib tervishoiutöötaja suunavate küsimustega, sealjuures jagades infot lihtsas keeles, loogilises järjekorras ja patsienti toetaval viisil. Arutelu käigus räägib patsient tervishoiutöötajale oma väärtustest, uskumustest, eesmärkidest ja eelistustest. Kaasotsustamise protsessis osaleb vähemalt kaks inimest, ent kaasatud võib olla ka rohkem isikuid, näiteks teised spetsialistid, patsiendi lähedased või tõlk. Samas, mida rohkem on inimesi kaasatud, seda keerulisemaks otsustamine muutub, sest osalejad võivad pidada tähtsaks erinevaid väärtusi. Otsustamisel on tervishoiutöötaja kohustus veenduda, et patsient tegi enda väärtusi arvestades õige otsuse ja sai kogu infost õigesti aru. Info valesti tõlgendamisel võib terviseotsus mitte vastata patsiendi väärtustele. Kaasotsustamise protsessis ei ole eesmärk jõuda parima meditsiinilise lahenduseni, vaid lahenduseni, mis on parim patsiendile (2, 5).

Kaasotsustamise protsess kliinilises keskkonnas on lihtsustatud mudeli põhjal jagatud kolmeks etapiks. Esimene etapp (*choice talk*) informeerib patsienti probleemist. Selle etapis rõhutatakse patsiendile, et on olemas erinevaid tervisesekkamise valikuid, nendel valikutel on erinevad positiivsed ja negatiivsed ravitulemused ja

võimalikud kõrvaltoimed ning iga patsiendi jaoks on sobiv lahendus erinev. Patsiendile on diagnoosi esmakordne kuulmine tihti ehmata, seepärast on oluline diagnoosist rääkimisel patsienti toetada ja vestlust juhtida. Osa patsiente soovib, et tervishoiutöötaja ütleks neile, mida teha. Siis on oluline patsienti toetada ja kinnitada, et tervishoiutöötaja aitab teda otsustamisel ning ta pole üksi (3).

Teises etapis räägitakse sekkumiste valikutest (*option talk*). Kõigepealt selgitatakse välja, mida on patsient haiguse ravist kuulnud. See aitab mõista, mida patsient teab ja mida mitte. Edasi antakse patsiendile nimekiri võimalikest tervisesekkamistest ning neid valikuid selgitatakse üksikasjalikult, arvestades valikute individuaalset mõju. Räägitakse iga sekkumise kasust ja riskidest. Seejärel suunatakse patsient kasutama otsustamisel abivahendeid ja kutsutakse tagasi järgmisele visiidile. Kodus saab abivahendite abil patsient mõelda ja lähedastega arutada, mis tema jaoks tähtis on (3).

Kolmandas etapis räägitakse patsiendi väärtustest (*decision talk*). Patsiendilt küsitakse, mis on tema jaoks oluline. Kui patsient ei oska vastata, tuleks väärtustest rääkimist suunata või anda patsiendile rohkem aega mõtlemiseks. Edasi selgitatakse välja, kas patsiendil on tekkinud küsimusi ja kas patsient on võimeline otsustama. Kui patsient ei ole valmis otsustama, selgitatakse sekkumisvalikuid teisest vaatenurgast, patsiendi väärtused arutatakse uuesti läbi ning otsustamiseks antakse lisa aega (3). Ühendkuningriigis korraldatud kvalitatiivses uurimuses panid patsiendid ette koostada kirjalik kokkuvõtte koos sekkumisvalikute, kasu ja kahjuga. Selline ülevaade võtaks kõige olulisema kokku ning oleks sobilik koju kaasa võtmiseks. Samuti arvasid patsiendid, et kuna otsust ei tohiks teha rutakalt ja läbimõttlemata, võiks otsustamine toimuda järgmisel visiidil. Lisaks tõid patsiendid välja, et kasust ja riskidest tuleks rääkida lähtuvalt nende isikust, sest muidu ei mõista patsiendid võimalike tervisesekkamiste mõju nendele (17).

Enda tervise üle otsustamine võib olla keerukas. Selleks, et otsustamine oleks patsiendi jaoks kergem, on välja töötatud erinevad abivahendid, näiteks brošüür, internetiallikas või video. Abivahend peaks teavitama patsienti haiguse olemusest,

terviseasekkumiste valikuvariantidest ning võimalikust kasust ja kahjust isiklikul tasandil (6, 18, 19). Abivahendi kasutamine konsultatsiooni ajal aitab patsiendil küsimusi esitada ning jõuda vestluses selleni, mis on patsiendi jaoks tähtis (21). Siiski ei piisa kaasotsustamiseks ainuüksi otsustamise abivahenditest. Oluline on tervishoiutöötaja oskus rakendada kaasotsustamise protsessi, mille juures omakorda on väga tähtis hea suhtlemisoskus raskete vestluste läbiviimiseks (4, 20–22).

KAASOTSUSTAMISE RAKENDAMIST MÕJUTAVAD TEGURID TERVISHOIOUS

Palju tervishoiutöötajaid arvab, et nad kaasavad patsienti enda tervise üle otsustama igapäevaselt (21). Samas selgus ühes süstemaatilises kirjanduse ülevaates, et tervishoiutöötajaid ei ürita patsienti oma igapäevtöös patsiendi tervise üle otsustamise kaasata (20). Kaasotsustamise protsessi kasutamist ravis mõjutavad muu hulgas ka tervishoiutöötajate hoiakud (21–24). Šveitsis korraldatud uurimuses arst-õppejõudude ($n = 1116$) ja residentide ($n = 5889$) seas selgus, et günekoloogia ja psühhiaatria residentid on kõige positiivsema ning sisehaiguste ja anestesioloogia residentid kõige negatiivsema suhtumisega kaasotsustamisele. Arstidest on psühhiaatrid kõige rohkem kaasotsustamise poolt ning anestesioloogid kõige vähem. Residentid arvasid rohkem võrreldes arst-õppejõududega, et patsientidel puuduvad oskused kaasotsustamises osalemiseks (23).

Hollandis tervishoiutöötajate ($n = 394$) seas korraldatud kvantitatiivses uurimuses selgus, et 59,2% uuritavatest eelistaks oma töös kasutada kaasotsustamise meetodit. Õdedest ($n = 44$) soovis kasutada kaasotsustamist 72,7%. Põhjuseid kaasotsustamist mitte kasutada tõi välja 11% uuritavatest. Neist 21% mainisid, et patsiendid pole mõnikord ise võimelised oma tervise üle otsustama, näiteks siis, kui patsiendil esineb vaimne alaareng, meditsiiniline probleem on liiga keerukas või kui patsient teeks otsuse liiga emotsionaalses seisundis. 15,9% vastanutest leidsid, et iga patsiendi puhul tuleb eraldi hinnata, kas visiidi ajal oleks sobilik kasutada kaasotsustamise, paternalistlikku või informatiivse otsustamise meetodit. Lisaks tõid 13,9% vastanutest välja, et patsient võib eelistada ise muud

otsustamisviisi kui kaasotsustamine (24). Süstemaatilise kirjanduse ülevaate meetodil tehtud uurimuses selgus, et tervishoiutöötajad eeldavad, et patsient ei soovi osaleda kaasotsustamises (22).

Tervishoiutöötajad näevad kaasotsustamist takistavate teguritena enda halba suhtlemisoskust ja oskamatumust kaasotsustamist rakendada (22, 25). Takistava tegurina on välja toodud ka ajapuudust (22, 25, 26). Uurimistöodes on selgunud, et patsientide tihe vahetumine (*high turnover of patients*) ja töötasu boonussüsteemid produktiivse töö eest pärsvad kaasotsustamise rakendamist (25). Näiteks kuna boonust ei määrata ravist keeldumise eest, mis on üks võimalikest patsiendi valikutest, vähendab see kaasotsustamise rakendamist. Nii tervishoiutöötajad kui ka patsiendid tunnevad, et süsteem, mis toetab kiiret patsientide koju saatmist haiglast, ei toeta kaasotsustamise rakendamist ning parima ravi pakkumist (26, 27). Süstemaatilise kirjanduse ülevaates selgus, et osakonnas esinev müra, personali ringiliikumine ning privaatsuse puudumine takistavad vestlusele keskendumist. Lisaks võib kaasotsustamise patsiendi jaoks muuta keerulisemaks lähedaste kaasamine. Samas uurimuses selgus, et arstid ei kaasa patsiendi nende tervist hõlmavasse otsustamisse, kui patsiendi prognoos on halb ning seda ei saa parandada (22). Kui tervishoiutöötaja ei jaga kogu infot või eeldab patsiendi kohta midagi, siis see takistab patsiendil info saamist ning seega takistab kaasotsustamise rakendamist (2, 22). Mitmes uurimistöös on patsiendid kaasotsustamist takistava tegurina välja toonud keelebarjääri. See takistab tervishoiutöötajalt info saamist enda haiguse ning ravi kohta (21, 22, 27, 28).

Palju kaasotsustamist takistavaid tegureid on seotud patsiendiga. Patsiendid soovivad tavaliselt olla head ja kuulekad ning seepärast nõustuvad sellega, mida tervishoiutöötajad soovivad. Patsiendid kardavad, et neil puudub oskus kaasotsustamises osaleda ning arstid teavad paremini, mis neile hea on (21, 22). Patsiendid ei soovi raisata arstide ja õdede aega ning näevad enda madalat terviseharitust takistusena kaasotsustamises osalemiseks (21). Samas on madala terviseharitusega inimeste puhul võimalik kaasotsustamise protsessi rakendada, kuid arvestada tuleb nende eripäradega ning nende teadlikkuse tõstmiseks tuleb valida sobivad otsustamise

abivahendid (29). Patsientide halb terviseisund, vaimne või füüsiline puue muudab kaasotsustamise kasutamise keeruliseks või isegi võimatuks (21, 25, 28).

Tervishoiutöötajad tunnevad, et kaasotsustamist raskendab patsiendi madal sotsiaalmajanduslik staatus (22). Samas aga paranevad kaasotsustamise protsessis madalama sotsiaalmajandusliku staatusiga patsientide teadmised, suureneb osalus enda tervise üle otsustamisel ja usk enesesse sekkumise valiku rakendamiseks (11). Kaasotsustamise rakendamist võivad takistada patsiendi ja tema lähedaste ebarealistlikud ootused ravile (25, 30). Ühtlasi mõjutab patsiendi varasem halb kogemus tervishoiu kaasotsustamist negatiivselt (22). Patsiendid on väljendanud, et stressis (27), autoriteetne, patsiendi kõhklusi ignoreeriv ja negatiivse suhtumisega tervishoiupersonal takistab kaasotsustamist (21). Uurimistöödest on ka selgunud, et näiteks kõik patsiendid ei soovi kaasotsustamises osaleda (17, 27).

Mitme kroonilise haigusega patsiendi kaasamine kaasotsustamisse on keerulisem, sest ravijuhised on koostatud ainult ühe haiguse käsitlemise kohta (22). Rootsis tehtud kvalitatiivses uurimuses selgus, et arstid ei tunne end alati piisavalt pädevana kaasotsustamise rakendamisel, kui patsiendil on mitu kroonilist haigust (26). Ameerika Ühendriikides korraldatud kvalitatiivses uurimistöös selgus, et kahjujuhtumite (*adverse events*) tekkimise võimalus on tavapärasest suurem, kui kombineeritakse erinevaid ravijuhendeid. Lisaks ei arvesta ravijuhendid patsiendi ja tervishoiutöötaja seatud ravieesmärkidega (30).

Kui patsiendil esineb mitu haigust, on vaja kaasata patsiendi ravimisse ka teisi tervishoiuspetsialiste. Kuna iga spetsialist keskendub üldjuhul ainult oma erialas käsitletavatele haigustele, ei vaadata patsienti tervikuna. Igal spetsialistil on oma eesmärgid ning vaated patsiendi ja tema lähedaste kaasamiseks (2, 21, 25–27, 30). Kui erinevad tervishoiutöötajad räägivad patsiendile eesmärkidest, mis ei ühti teiste seatud eesmärkidega, siis on patsient segaduses ja pole kindel, millise eesmärgi peale mõeldes peaks ta otsustama (2, 27). Patsiendid tunnevad, et vahetustega personali puhul ning paljude spetsialistide kaasamisel ei saa kõik töötajad olla nende eelistustega kursis (21, 27).

Kaasotsustamise rakendamist soodustav tegur on patsiendi ja tervishoiutöötaja turvaline suhe (21, 22). Patsiendid, keda on teavitatud eesootavast kaasotsustamise protsessist ning kes harivad end kaasaantud infomaterjalidega või otsivad ise infot, on paremini valmis kaasotsustamiseks (22, 31, 32). Kaasotsustamisse on kergem kaasata patsiente, kes mõistavad enda väärtuste ja hoiakute väljendamise tähtsust (21). Patsiendi usk haigusega toime tulla ja usaldus ravimite toimesse suurendavad tunnet, et patsient osaleb kaasotsustamises (33). Varasem hea kogemus tervishoiu kergendab patsiendi kaasamist otsustamisse (22, 25).

Kõrgemalt haritud patsiendid soovivad rohkem osaleda kaasotsustamises kui madalama haridustasemega patsiendid (22). Patsientide hinnangul soodustab kaasotsustamist see, kui tervishoiutöötaja ei domineeri patsiendiga vesteldes, kui tervishoiutöötaja soovib patsienti ja tema kõhklusi kuulata ning püüab mõista patsiendi tundeid ja vajadusi (21). Tervishoiutöötajad, kes usuvad, et nende ülesanne on harida või koostööd teha patsiendiga, kaasavad rohkem patsiente kaasotsustamisse. Ka tervishoiutöötaja usk oma võimesse kaasotsustamist rakendada ning tunda ära oma võimete piire, soodustab kaasotsustamise rakendamist.

Kui kogu organisatsioon püüdleb kaasotsustamise meetodi rakendamise poole, on töötajatel kergem õppida kaasotsustamise põhimõtteid ning katsetada selle kasutamist (22). Kui raviplaani on kaasatud erinevad spetsialistid, soodustab kaasotsustamise rakendamist erinevate tervishoiutöötajate omavaheline hea kommunikatsioon ning samade mõistete kasutamine (25). Patsiendi lähedase juuresolek kaasotsustamise ajal võib olla kaasotsustamise rakendamist soodustav tegur (22, 25, 34).

KOKKUVÕTE

Kaasotsustamine on protsess, mille käigus jõuavad tervishoiutöötaja ja patsient üheskoos kaalutletud tõendus põhisele ja patsiendi väärtusi arvestavale terviseotsusele. Kaasotsustamise käigus jagab tervishoiutöötaja tõendus põhised infot patsiendi seisundi, haiguse, võimalike tervisesekkumiste, nende kasu ja kahju kohta. Patsiendi ülesanne on endale teadvustada tema jaoks olulised väärtused, uskumused ja eelistused ning rääkida nendest tervishoiutöötajale.

Kaasotsustamises osaleb vähemalt kaks inimest ning patsiendi ja tervishoiutöötaja eesmärk on langetada üheskoos patsiendi jaoks parim otsus. Kaasotsustamise meetodi kasutamine tervishoius parandab patsientide teadmisi oma tervisest ja võimalike tervisesekkumiste valikust, suurendab rahulolu visiidi ja tervishoiutöötajaga ning aitab luua patsiendi ja tervishoiutöötaja usalduslikku suhet. Lisaks suurendab kaasotsustamine patsiendi enesekindlust enda tervise üle otsustada.

Kaasotsustamise meetodi kasutamist tervishoius takistab ajapuudus, tervishoiutöötaja negatiivne hoiak kaasotsustamise suhtes, patsiendi soovide eeldamine, tervishoiutöötaja ebapiisav suhtlemisoskus ning oskuste puudumine kaasotsustamise rakendamiseks. Ühtlasi takistab kaasotsustamist patsiendi vaimne või füüsiline puue, halb prognoos, hirm kaasa rääkida, madal haridustase, ebarealistlikud ootused ravile, negatiivne kogemus tervishoius ja mitme kroonilise haiguse esinemine. Ka boonus produktiivse töö eest, tihe patsientide vahetumine, patsientide varajane koju saatmine, lähedaste kaasamine, müra, privaatsuse puudumine ja keelebarjäär takistavad kaasotsustamise rakendamist.

Kaasotsustamise kui meetodi rakendamist soodustab patsiendi ja tervishoiutöötaja hea suhe, varasem hea kogemus tervishoius, lisainfo andmine, patsientide positiivne suhtumine, tervishoiutöötaja julgus kaasotsustamist rakendada, tervishoiutöötajate soov patsiente harida, organisatsiooni püüd liikuda kaasotsustamise rakendamise poole, hea kommunikatsioon ning patsiendi lähedaste kaasamine.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Võimalik huvide konflikt puudub.

SUMMARY

Shared decision making in healthcare

Ireen Bruus¹, Talvi Annus^{2,3}

Shared decision-making is a process in which the health professional and the patient reach the best health related decision based on evidence-based information and patient values. During the shared decision-making process, the health care professional

shares evidence-based information about the condition, disease, possible options of health interventions and their benefits and harms. In turn the patient needs to share information about her/his values, preferences and beliefs. The use of the shared decision-making method improves patient knowledge, increases satisfaction with the consultation and with the health professional, as well as helps to improve good patient-healthcare professional relationship. In addition, shared decision making method increases patient's self-confidence in deciding about his/her health.

There are multiple facilitators and barriers to the use of shared decision-making. The barriers include negative attitude of health professionals towards shared decision-making, presumption of patient wishes, insufficient communication skills of health professionals and lack of skills to implement shared decision-making. Moreover, patient's mental and physical disability, poor prognosis, fear of contributing, low education, unrealistic expectations of treatment, previous negative experience in healthcare and occurrence of multiple chronic diseases are also barriers to implementing the shared decision making method. Also, additional bonuses for productive work, high turnover of patients, speedy discharge, inclusion of relatives, language barrier, noisy environment, lack of privacy, and involvement of multiple health professionals complicate the process. The facilitators for shared decision making are good patient-healthcare professional relationship, positive past experience in health care, use of decision aids, positive attitude of patients, willingness of the health professional to use the shared decision-making method and to educate patients, as well as the attempt of the organisation to move towards implementation of shared decision-making, good communication, and involvement of patients' relatives.

Shared-decision making is implemented mainly in psychiatry, general practice, oncology, palliative care, and surgery. In these specialties shared decision-making leads to positive health related effects.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Kallaste E, Järve J, Sömer M, Lang A. Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Eesti rakendusuuringute keskus, 2019.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681–92.

¹ Tartu Health Care College, Tartu, Estonia,
² South Estonia Hospital, Võru, Estonia,
³ Health Agency, Estonia

Correspondence to:
Ireen Bruus
ireenbruus@nooruse.ee

Keywords:
shared decision-making,
health care, influencing
factors

- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Gen Intern Med* 2012;27:361–1367.
- Friesen-Storms JHMM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int Nurs Stud* 2015;52:393–402.
- Tamhane S, Rodriguez-Gutierrez R, Hargraves I, Montori VM. Shared Decision-Making in Diabetes Care. *Current Diabetes Reports* 2015;15:112.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017a.
- Hughes TM, Merath K, Chen Q, et al. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg* 2018;216:7–12.
- Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine* 2020;99:32.
- Niburski K, Guadagno E, Mohtashami S, Poenaru D. Shared decision making in surgery: A scoping review of the literature. *Health Expectations* 2020;00:1–9.
- Marshall T, Stellick C, Abba-Aji A, et al. The impact of shared decision-making on the treatment of anxiety and depressive disorders: systematic review. *BJPsych Open* 2020;7:e189.
- Durand MA, Carpenter L, Dolan H, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2014;9:e94670.
- Maailma Terviseorganisatsioon. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013 [viidatud 15. okt 2022] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364249>.
- Härter M, Dirmaier J, Scholl I, et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 2017;123–124:46–51.
- Légaré F, Stacey D, Forest PG, et al. Milestones, barriers and beacons: Shared decision making in Canada inches ahead. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 2017;123–124:23–27.
- Trevena L, Shepherd HL, Bonner C, et al. Shared decision making in Australia in 2017. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 2017;123–124:17–20.
- NHS England. Delivering universal personalised care. 2019; [viidatud 10. okt 2022] <https://www.england.nhs.uk/publication/shared-decision-making-summary-guide/>.
- Walter FM, Emery JD, Rogers M, Britten N. Women's views of optimal risk communication and decision making in general practice consultations about the menopause and hormone replacement therapy. *Patient Education and Counseling* 2004;53:121–8.
- Döring ACD, Hageman MGJS, Mulder FJ, Guitton TG, Ring D. Trigger finger: assessment of surgeon and patient preferences and priorities for decision making. *J Hand Surg* 2014;39:2208–13.
- Hageman MGJS, Kinaci A, Ju K, Guitton TG, Mudgal, CS, Ring D. Carpal tunnel syndrome: assessment of surgeon and patient preferences and priorities for decision-making. *J Hand Surger* 2014;39:799–1804.
- Couet N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which healthcare providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using OPTION instrument. *Health Expect* 2013;18:542–61.
- Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ* 2017; j1744.
- Waddell A, Lennox A, Spassova G, Bragge P. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implementation Science* 2021;16:74.
- Van Der Horst K, Giger M, Siegrist M. Attitudes toward shared decision-making and risk communication practices in residents and their teachers. *Medical Teacher* 2011;33:e358–e363.
- Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Shared decision making: Physicians' preferred role, usual role and their perception of its key components. *Patient Educ Couns* 2020;103:77–82.
- Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatr* 2021;21:112.
- Ekdahl AW, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M. Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study. *BMJ Open* 2012;2:e001063.
- Ekdahl AW, Andersson L, Friedrichsen M. „They do what they think is the best for me.“ Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Couns* 2010;80:233–40.
- Ekdahl AW, Andersson L, Wiréhn AB, Friedrichsen M. Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics* 2011;11:46.
- Stacey D, Hill S, McCaffery K, Boland L, Lewis KB, Horvat L. Shared decision making interventions: theoretical and empirical evidence with implications for health literacy. *Stud Health Technol Inform* 2017b;240:263–83.
- Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med* 2010;171:75–80.
- Mandelblatt J, Kreling B, Figueriedo M, Feng S. What is the impact of shared decision making on treatment and outcomes for older women with breast cancer? *Clin Oncol* 2006;24:4908–13.
- Bozic KJ, Belkora J, Chan, V, et al. Shared decision making in patients with osteoarthritis of the hip and knee. *Bone Joint Surg* 2013;95:1633–9.
- De las Cuevas C, Penate W. To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta Neuropsychiatr* 2014b;26:372–81.
- Zafar SY, Alexander SC, Weinfurt KP, Schulman KA, Abernethy AP. Decision making and quality of life in the treatment of cancer: a review. *Supp Care Cancer* 2008;17:117–127.

LÜHIDALT

Lühike uneaeg ja halb une kvaliteet on tõsised arteriaalse hüpertensiooni riskitegurid

USA rahvatervise ja toitumise uuringu (NHANES) käigus aastatel 2015–2018 kogutud materjalide analüüsil selgitati eri tüüpi unehäirete seoseid arteriaalse hüpertensiooni kujunemise riskiga. Analüüsiti 7426 inimese (keskmine vanus 48 eluaastat, 51,8% olid naised) andmeid. Arteriaalne hüpertensioon (süstoolne vererõhk 140 mm Hg või kõrgem või

diastoolne vererõhk 90 mm Hg või kõrgem) esines 32,8%-l osalejatest. Andmed une pikkuse kohta (optimaalne 7–9 tundi ööpäevas), insomnianähtude, päevase unisuse, uneapnoe ilmingute või norskamise esinemise kohta koguti osalejaid küsitledes.

Andmete analüüsil ilmnes, et unehäirete eri tüübid mõjutasid hüpertensiooni riski erinevalt. Insomnianähtude esinemise korral suurenes risk 53% võrra, une pikkus alla 7 tunni ööpäevas suurendas riski 25% võrra, norskamise/uneapnoe nähtude esinemine 33%

ja päevase liigse unisuse esinemine 17% võrra. Kahe või enama unehäire koosinemisel oli hüpertensiooni risk oluliselt suurem ning häireteta optimaalse pikkusega une korral oluliselt väiksem.

Autorite hinnangul tuleks arteriaalse hüpertensiooni raviotsuste tegemisel kindlasti hinnata une pikkust ja kvaliteeti ning unehäireid eluviisi ja raviga korrigeerida.

REFEREERITUD

Li C, Shang S, Liang W. Sleep and risk of hypertension in general American adults: the National Health and Nutrition Examination Surveys (2015–2018). *J Hypertens* 2023;41:63–73.