

Shared decision making

– en introduktion till delat beslutsfattande
inom psykiatrisk vård

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-49-6
Artikelnr 2012-6-52

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2012

Förord

”Shared decision making” är ett arbetssätt för att öka patientens delaktighet i vården och omsorgen. Metoden syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling.

Denna skrift ger läsaren en introduktion i modellen ”Shared decision making” samt vägledning för hur man kan arbeta med delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård och omsorg. Målgruppen för rapporten är yrkesverkssamma inom psykiatrisk vård och omsorg.

Lena Weilandt

Enhetschef

Enheten för nationella riktlinjer/Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Varför shared decision making?</i>	8
<i>Vad är shared decision making?</i>	9
<i>Viss evidens för tryggare och bättre informerade patienter</i>	10
<i>Delat beslutsfattande kan involvera många</i>	12
Beslutsstödjande material	12
Beslutsprocessen	13
Förberedande aktivitet	13
<i>Hur kan man följa upp sitt arbete med shared decision making</i>	15
Utvärdering av delat beslutsfattande	15
Processmått	15
Resultatmått	16
Verktyg att ta hjälp av i processen	16
Stöd för att utveckla och bedöma kvaliteten i beslutstöd	16
Stöd för patienten i hans eller hennes beslutsprocess	17
Stöd för processutvärdering	17
Stöd för Resultatutvärdering	18
<i>Strukturella förutsättningar för att kunna introducera SDM i en verksamhet</i>	19
<i>Referenser</i>	20

Sammanfattning

Denna skrift ger läsaren en introduktion i modellen ”Shared decision making” (SDM) samt vägledning för hur man kan arbeta med delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Nedan följer en introduktion i vad shared decision making innebär och en översikt av den evidens som finns för modellen. Sedan ges en orientering i arbetssättet samt en beskrivning av hur man kan följa upp och utvärdera delat beslutsfattande. Slutligen presenteras olika verktyg som kan vara till stöd för dig som vill fördjupa dig i ämnet samt strukturella förutsättningar för att implementera SDM.

Engelska termer och begrepp är hämtade från de vetenskapliga artiklar som rapporten bygger på.

Rapporten har utarbetats inom ramen för CEPI:s (Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykiska funktionshinder) arbete av Lars Hansson, professor, och Bengt Svensson, docent, båda verksamma vid Lunds universitet, och Petra Svedberg, med. dr, på Högskolan i Halmstad. Rapporten bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och därutöver på sökningar i utvalda databaser och handsökning i enskilda arbeten.

Varför shared decision making?

Inom den psykiatriska vården är samarbetet och relationen mellan patient och behandlare viktigt för att positiva behandlingsresultat ska kunna uppnås; ändå visar vissa studier att omkring en tredjedel av personer med psykisk sjukdom och som haft kontakt med vården avbryter densamma. Ett skäl till detta kan vara att patienter upplever att de inte har någon möjlighet att påverka beslut kring sin behandling och att de inte upplever att någon lyssnar på dem (O'Brian m.fl. 2009). Vissa förbättringar kan uppnås genom att inbjuda patienter till ett samarbete, där behandlaren och patienten på ett jämlikt sätt utbyter information och gemensamt tar ställning till olika behandlingsbeslut (Mistler & Drake, 2008). Behandlarens roll i Shared decision making är bland annat att förmedla kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder, att förklara och klarlägga deras för- och nackdelar och att uppmuntra patienten till att ta aktiv del i besluten kring behandlingen (Adams & Drake, 2006). Patienten å sin sida bidrar med sina erfarenheter av att leva med sjukdomen och med att beskriva sina behov, preferenser och värderingar (Deegan, 2007).

Det finns en lång tradition inom den psykiatriska vården som förespråkar ett klientcentrerat arbetssätt, som bygger på överenskommelser mellan patient och behandlare. Inom flera behandlingsområden tas det för givet att vårdpersonal beaktar och tar hänsyn till patientens synpunkter och önskemål. Detta är fallet när det gäller medicinering (Toprac m.fl. 2000), boende och boendestöd (Carling, 1993), rehabilitering (Anthony m.fl. 1999) samt "supported education" och "supported employment" (Becker & Drake, 2001). Det har dock i mindre utsträckning gjorts studier som explicit undersöker patienternas önskemål om att delta i besluten kring sin behandling. Det har också i mindre utsträckning utvecklats modeller för ett delat beslutsfattande, och få studier har undersökt effekterna och betydelsen av att införa dessa modeller i den psykiatriska vården. De studier som finns kring patienters önskemål om delaktighet visar att dessa personer i stor utsträckning vill ha mer information kring sin behandling och även ett större inflytande över den (Hamann m.fl. 2005). Det finns även studier som visar att patienter som aktivt deltar i avgöranden kring sin behandling gör rationella överväganden och fattar välgrundade beslut (Bunn m.fl. 1997).

Vad är shared decision making?

Shared decision making har definierats på olika sätt. I en studie av 418 artiklar om metoden framgick att begreppet beskrevs väldigt olika och i vissa fall inte alls (Makoul & Clayman, 2006). Shared decision making måste uppfylla vissa förutsättningar: För det första måste minst två personer vara involverade och dessa måste dela all relevant information. För det andra måste alla delta i beslutsprocessen och beslutet som fattas accepteras av alla parter. Slutligen ska processen avslutas med att ett aktivt beslut fattas; detta kan även innebära att man kommer överens om att inte göra någonting (Charles m.fl. 1997). Möjligheten att uppnå ett delat beslutsfattande är också beroende av det kliniska sammanhanget som omfattar förhållnings- och arbetssätt i vården, behandlarens yrkesansvar och patientens preferenser (Trevena & Baratt, 2003).

Det finns andra modeller beskrivna som syftar till att engagera patienter i beslutsprocessen kring deras behandling. Ett exempel är ”informed decision making”. Här ses behandlaren som en teknisk expert som har till uppgift att förse patienten med information, som ska vägleda denne till någon form av behandlingsbeslut. Ett annat exempel är ”professional as agent model”, där behandlaren förutsätts kunna veta eller på olika sätt utröna patientens preferenser och fatta ett behandlingsbeslut baserat på både sin medicinska kunskap och kunskap om patientens preferenser. Ingen av dessa modeller kan dock betraktas som delat beslutsfattande. I den förstnämnda modellen (informed decision making) tas den professionelles syn på vilken den bästa behandlingen skulle vara inte med, varför det inte rör sig om ett delat beslut. Vid ett professional as agent- beslut förutsätter man att behandlaren kan bedöma vilka patientens preferenser är och ta dessa i beaktande då behandlingen bestäms. Detta blir inte heller något delat beslutsfattande då det är välkänt att det inte går att korrekt bedöma patienters preferenser (Gafni m.fl. 1998).

Viss evidens för tryggare och bättre informerade patienter

Användandet av olika former av beslutsstöd för patienter har prövats inom en rad olika medicinska verksamheter. I en Cochrane-översikt (O'Connor m.fl. 2009) identifierades 55 välgjorda randomiserade kontrollerade studier där man på olika sätt engagerade patienter i medicinska beslut rörande allt ifrån kirurgiska ingrepp till deltagande i screeningprogram. De största och mest konsistenta vinsterna jämfört med vanlig vård, dvs. där beslutsprocessen inte särskilt fokuseras, var att patienterna fick mer kunskap om olika behandlingsalternativ och deras förväntade resultat. Man fann även att patienter som fick vård som vanligt inte fick tillräcklig information för att kunna förstå innebörden av vårdinsatser och vilka resultat dessa kunde ge. Patienterna som fick ett systematiskt beslutsstöd gjorde däremot nya ställningstaganden och ändrade ofta initiala beslut när de fått hjälp med att väga fördelar mot risker med olika behandlingsmetoder. Detta kan vara viktigt i kliniskt hänseende då det visar att traditionell praxis inte är tillräcklig för att ge patienter möjlighet att överblicka vårdens möjligheter och komplexitet. Vidare fann man att patienter som fått ta del av beslutsstöd var mer nöjda med de beslut som fattats och upplevde mindre ambivalens kring sin behandling. Generellt uppvisade studierna dock inga positiva effekter på hälsotillstånd eller tillfredsställelse med vården jämfört med vård utan särskilda hänsyn till beslutsstöd.

Antalet studier som undersökt effekterna av shared decision making inom psykiatri är få. I en nyligen genomförd Cochrane översiktsartikel fann man endast två studier som uppfyllde kvalitetskriterierna för att vara med i översikten (Duncan m.fl. 2010). Den ena studien rapporterade ett projekt som rörde patienter med schizofreni som vårdades inom slutenvård (Hamann m.fl. 2006, 2007). Den andra studerade shared decision making för deprimerade patienter som vårdades inom primärvården (Loh m.fl. 2007). Ingen av studierna kunde visa några fördelar för de patienter som involverats i delat beslutsfattande jämfört med kontrollgrupperna avseende effekter på hälsotillstånd. Däremot fann man en tendens till att interventionsgrupperna hade bättre kunskaper om sina tillstånd. Man fann även att interventionen som sådan inte krävde att behandlaren fick lägga ner mer tid. I en annan översiktsartikel där man använt inklusionskriterier med bredare ansats, gick man igenom 24 artiklar från det psykiatriska fältet (Patel, Bakken & Ruland, 2008). Författarna sammanfattar resultaten som preliminära bevis för att shared decision making kan förbättra rutiner inom den psykiatriska vården genom att

- öka följsamheten i behandling
- minska behandlingsavbrott
- öka tillfredsställelsen med vården.

I tillgänglig litteratur understryker forskarna behovet av fortsatt forskning. Detta är viktigt att betona eftersom både nationella och internationella riktlinjer framhäver shared decision making som något som bör införas i vådrutiner och behandlingsarbete trots att det vetenskapliga stödet hittills är begränsat (Nationella riktlinjer, Socialstyrelsen, 2010).

Delat beslutsfattande kan involvera många

Att arbeta kliniskt med interventionen shared decision making har inte så stor spridning. Det förefaller vanligare i verksamheter med t.ex. cancervård (Stacey, Samant & Bennett, 2008) än i psykiatrisk vård. Arbetssätten beskrivs på olika sätt i tillgänglig litteratur, men gemensamt för hur man kan arbeta praktiskt med metoden är att man fokuserar både på beslutsprocessen och på beslutstödande material. I en del av litteraturen (Stacey, Samant & Bennett, 2008) framkommer också att förberedande aktiviteter används såsom ”Question prompt sheet” och ”Consultation planning” (se nedan), med avsikt att främja dialogen om vård och behandling utifrån de frågor som patienten själv önskar ta upp (Clayton m.fl. 2007).

Den forskning som gjorts har företrädesvis inkluderat läkare som arbetat med shared decision making, men i det praktiska arbetet kan all personal, sjuksköterska, arbetsterapeut m.fl., arbeta utifrån detta arbetssätt. Metoden innebär att minst två personer medverkar. Vanligtvis har detta varit läkare och patient, men det kan finnas behov av att fler personer deltar, exempelvis närstående, vänner, personal från olika yrkeskategorier och personal från boende.

Beslutstödande material

Beslutstöd i hälso- och sjukvården är utformade för att hjälpa patienter att göra specifika och övervägda val samt få möjlighet till att delta aktivt i sin egen vård och behandling (IPDAS, 2005). Beslutstöd syftar till att öka överensstämmelsen mellan den insats man väljer och de värden som har störst betydelse för patienten. Vidare förbereder beslutsstöd patienten för att diskutera alternativ med t.ex. dennes kontaktperson i vården. Detta hjälper patienten att dela värden med en kontaktperson eller motsvarande, så att insatsen överensstämmer med deras egna värderingar. Den största skillnaden mellan beslutsstöd och traditionellt hälsoutbildningsmaterial är att informationen i beslutstödet ska vara mer detaljerat, specifikt och personligt anpassad (Raats m.fl. 2008).

Beslutsstöd är utformade som någon form av pedagogiskt material. Här informeras patienten om sjukdomstillståndet, om evidensbaserade behandlingsmetoder, om tillgängliga behandlingsalternativ och psykosociala insatser, om troliga resultat (både för- och nackdelar) av den insats man väljer (Elwyn m.fl. 2006; O’Conner m.fl. 2007). Beslutsstöd kan också innehålla s.k. värderingsövningar för att hjälpa patienten tydliggöra sina egna värderingar. Vidare används beslutsstöd som underlag för diskussion kring nytta av och risker med behandlingen (Elwyn m.fl. 2006; O’Conner m.fl. 2007).

Beslutstöd kan presenteras i olika format, exempelvis som broschyrer, dvd-material, material via internet och via praktiska övningar. De flesta be-

slutstöd är självadministrerande och på senare år har internet blivit den mest använda resursen för beslutstöd (Stacey, Samant & Bennett, 2008). Via internet är det enkelt att uppdatera med senaste evidensen och patienten kan i sin egen takt erhålla information om sin sjukdom och alternativa behandlingar samt göra de övningar som finns tillgängliga för att kunna fatta ett välgrundat beslut.

Beslutsprocessen

Behandlarens roll i beslutsprocessen är att förmedla kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder. Denne förklarar och klarlägger metodernas för- och nackdelar och uppmuntrar patienten till att ta aktiv del i besluten kring behandlingen (Adams & Drake, 2006). Patienten bidrar med sina erfarenheter av att leva med sjukdomen och med att beskriva sina behov, värderingar och önskemål (Deegan, 2007). Vidare ingår att behandlare och patient ska hitta en gemensam grund för behandlingen, dvs. att tillsammans komma fram till ett gemensamt beslut som båda två parter samtycker till. Genom att inbjuda patienter till ett samarbete där behandlaren och patienten på ett jämlikt sätt utbyter information och gemensamt tar ställning till olika behandlingsbeslut, kan förbättringar uppnås vad gäller överensstämmelsen mellan valt alternativ och de värden som har mest betydelse för individen (Charles, Gafni & Whelan, 1997; Mistler & Drake, 2008; Deegan m.fl. 2008).

En modell beskriver hur beslutsprocessen genomförs i 9 steg som behandlare och patient tillsammans går igenom för att fatta ett välgrundat beslut (Kriston m.fl. 2010; Simon m.fl. 2006). Alla delaktiga personer ska här samtycka till beslutet. Stegen är följande:

1. Uppmärksamma att ett beslut behöver göras
2. Beskriva och tydliggöra inblandade personers roller och ansvar
3. Presentera behandlingsalternativ
4. Informera om nytta och riskförhållanden med de olika alternativen
5. Undersöka patientens förståelse, värderingar och förväntningar
6. Identifiera inblandade personers preferenser
7. Diskussion
8. Fatta ett beslut som alla personer samtycker till
9. Planera uppföljning

Det finns ett stöd för beslutsprocessen som utvecklats av O' Conner, Jacobsen och Stacey (2011), ett dokument vid namn *Ottawa personal decision guide*. Detta är riktat till patienten och ämnar vägleda denne genom beslutsprocessen.

Förberedande aktivitet

I en del av litteraturen (Kinnarsley m.fl. 2008; Stacey, Samant & Bennett, 2008) framkommer att man också använder sig av olika förberedande aktiviteter för att patienter ska reflektera över vilka frågor som de vill ställa till

sin behandlare vid nästkommande möte. För patienter och närstående kan det vara svårt att formulera frågor om känsliga saker som prognos och behandling utan att först reflektera över vilka frågor som upplevs som viktiga. De flesta patienter och närstående har säkerligen erfarenhet av att glömma frågor som de planerat att ställa till sin behandlare när de träffas, eller kommer i efterhand att tänka på frågor som de önskar att de hade ställt. Många patienter kanske inte känner sig bekväma i att avbryta sin behandlare, utan går därifrån med frågor som de inte fått svar på.

De förberedande aktiviteter som beskrivs i litteraturen benämns Question prompt sheet och Consultation planning.

Question prompt sheet har för avsikt att främja dialogen kring sjukdom, prognos, vård och behandling utifrån de frågor som personen själv önskar samtala om (Clayton m.fl. 2007). Question prompt sheet kan baseras på standardiserade frågor, t.ex. ”Vilka alternativ har jag?” ”Vilka är de möjliga fördelarna och riskerna med dessa alternativ?” ”Hur sannolikt är det att eventuella fördelar och risker med varje alternativ ska inträffa?” Question prompt sheet kan också baseras på frågor som ofta ställs av patienter som delar samma problematik, eller på att patienten själv skriver ner de frågor som han eller hon önskar diskutera med sin behandlare.

Consultation planning är en process där patienten får vägledning av en för ändamålet utbildad person i att göra egna listor på frågor som patienten vill ta upp när han eller hon träffar sin behandlare. Detta kan ske per telefon eller via ett förberedande möte med exempelvis den kontaktperson som patienten har. Vanligtvis sker dessa förberedande aktiviteter två veckor eller strax innan mötet med behandlaren.

Studier visar att patienter som använder sig av Question prompt sheet ställer fler frågor till sin behandlare när man sedan träffar honom eller henne (Kinnersley m.fl. 2008; Gaston & Mitchell, 2005). I en systematisk litteraturoversikt (Kinnersley m.fl. 2008) som inkluderade 35 studier gällande förberedande aktiviteter för att uppmuntra patienten att ställa frågor vid mötet med behandlaren, framkom att patienten ställde fler frågor till behandlaren och att patientens tillfredsställelse ökade. Dock är evidensen knapp vad gäller andra effektmått eller fördelar.

Hur kan man följa upp sitt arbete med shared decision making

För att följa upp arbetet med shared decision making har ett internationellt nätverk, The International Patient Decision Aids Collaboration (IPDAS), utvecklat kvalitetskriterier för beslutstöd (Elwyn m.fl. 2006; O'Conner m.fl. 2007; IPDAS 2005; O'Conner & Jacobsen, 2003). Nätverket består av mer än 100 forskare, praktiker, beslutsfattare och brukare över hela världen. Kvalitetskriterierna omfattar *utveckling*, *inhåll* och *utvärdering* av beslutstöd. *Utveckling* hänvisar till design och utvecklingskriterier som är relevanta för alla former av beslutstöd oberoende av vilket vårdssammanhang eller vilken sjukdom patienten har. Detta kvalitetskriterium handlar om att man ska upplysa om intressekonflikter, att informationen ska presentera alternativ, att man ska använda klartext, att information ska baseras på aktuell vetenskaplig evidens och att beslutstödet i vissa fall ska levereras via internet. *Innehåll* är kopplat till en specifik sjukdom eller specifikt hälsotillstånd och ska därför anpassas till det kliniska sammanhanget. Detta kvalitetskriterium handlar om att ge information om alternativ, presentera sannolikheter, förtydliga och uttrycka värderingar samt vägleda vid övervägande av beslut. *Utvärdering* innehåller allmänna principer för att främja hög kvalitet i beslutsprocessen. Här ställs frågan huruvida beslutstödet säkrar att det beslut som tas är baserat på patientens informerade samtycke och på patientens värden.

Utvärdering av delat beslutsfattande

Önskvärda resultatet av att arbeta med shared decision making är att patienten ökar sin kunskap, upplever stärkt autonomi och förbättrad hälsa. Utvärdering av interventionen shared decision making kan göras genom att man följer upp både de givna insatserna (processmått) och utvärderar hälsoeffekter hos patienten (resultatmått). Processmåttarna omfattar de handlingar som utförs för att nå avsedd kvalitet, och mäter det som görs och hur interventionen genomförs. Resultatmått är mer konkreta utfallsmått såsom hälsa, livskvalitet och återfall i sjukdom och visar vilket resultat en intervention har på hur patientens mår.

Processmått

Ett vanligt förekommande instrument är *Decisional conflict scale* (DCS) som innefattar 16 frågor som bedömer patientens upplevelse av osäkerhet och konflikt vid beslutsfattande. Instrumentet kan således användas för att värdera hur säker patienten känner sig på att fatta ett beslut. Instrumentet finns tillgängligt på engelska, kinesiska, thailändska, japanska (Simon, Loh & Härter, 2007) danska (Koedoot m.fl. 2001), spanska (Piette m.fl. 2006)

och franska (Manchini m.fl. 2006), men finns i dagsläget inte översatt till svenska förhållanden. Instrumentet har visat god reliabilitet och validitet (Bunn & O’Conner, 1996; O’Conner, 1995; Simon, Loh & Härter, 2007). Instrumentet har använts vid behandling av patienter med schizofreni (Bunn & O’Conner, 1996). Svartalternativen för varje fråga poängsätts från 1 (Instämmer helt) till 5 (instämmer inte alls). Den totala poängen för hela skalan sträcker sig mellan 0 (ingen konflikt vid beslut)–100 (extremt hög konflikt vid beslut). Värden under 25 indikerar att man kan fullfölja beslut och värden över 38 indikerar att man bör dröja med att fatta ett beslut.

Ett instrument som mäter upplevelsen av delat beslutsfattande är *The 9-item shared decision making questionnaire*. Instrumentet är en vidareutveckling av *Shared decision making questionnaire* (11 item) och innehåller 9 frågor. Svartalternativen skattas på en 6-poängsskala från instämmer inte alls (0 poäng) till instämmer helt (5 poäng). Den totala poängen kan variera mellan 0–45 där 0 betyder lägsta möjliga delat beslutsfattande och 45 betyder högsta möjliga beslutsfattande. Instrumentet startar med två öppna frågor som beskriver sammanhanget som delat beslutsfattande ska göras i: ”Ange vilket hälsoproblem/ sjukdom som överenskommelsen handlar om” och ”Ange vilka beslut som fattades”. Instrumentet har visat god reliabilitet och validitet (Kriston m.fl. 2010), men finns i dag inte översatt till svenska förhållanden.

Resultatmått

För att följa upp resultat av interventionen shared decision making har forskningen framför allt mätt patientens hälsoeffekter i form av kunskap, välbefinnande, livskvalitet och följsamhet till behandling (Joosten m.fl. 2008; O’Conner m.fl. 2007; Loh m.fl. 2007; Edwards m.fl. 2004). Valet av resultatmått måste naturligtvis vara baserat på vårdens innehåll och de områden av vården som shared decision making omfattar.

Verktyg att ta hjälp av i processen

Stöd för att utveckla och bedöma kvaliteten i beslutstöd

Dokumentet *IPDAS Patient decision aid checklist for users* (IPDAS, 2005) och *Workbook on developing and evaluating patient decision aids* (O’Conner & Jacobsen, 2003) är framtagna för att stödja och vägleda behandlare och verksamhet i hur man kan utveckla och kvalitetssäkra beslutstöd i det kliniska sammanhanget.

Referenser och webbadresser:

- Elwyn G, O’Conner A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ online* 2006: 1 – 6.
- O’Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col Nananda, Eden K et al. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international

patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. *Medical Decision Making* 2007; 27: 554- 574.

- <http://ipdas.ohri.ca/>
- http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Develop_DA.pdf
- http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf
- <http://www.healthwise.net/cochrane/decisionaid/Content/StdDocument.aspx?DOCHWID=aa37670>

På följande webbadress kan du finna ett illustrativt exempel på hur ett webbaserat beslutsstöd kan byggas upp. exemplet som ges är acne.

Stöd för patienten i hans eller hennes beslutsprocess

Instrumentet *Ottawa Personal Decision Guide* är framtaget för att stödja och vägleda patienten genom beslutsprocessen. Det har utvecklats av O'Conner, Jacobsen och Stacey (2011) University of Ottawa, Canada.

Webbadresser:

- <http://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>
- http://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDg_2pg.pdf

Stöd för processutvärdering

Som stöd för behandlare och patient under beslutsprocessen kan instrumentet *Decisional conflict scale* (DCS) användas. Instrumentet avser att användas innan ett beslut fattas eftersom det mäter hur säker patienten känner sig på att fatta ett välgrundat beslut. Som stöd för att utvärdera patientens upplevelse av delat beslutsfattande kan instrumentet *The 9-item shared decision making questionnaire* användas.

Referenser och webbadresser:

- O'Connor A. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Med Dec Making*. 15(1):25.
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2007). Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ)* 101, 259–267
- Bunn, H & O'Connor AM. Validation of client decision making instruments in the context
- of psychiatry, *Can J Nurs Res* 1996;28(3):13-27.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94–99.
-

- http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
- <http://decisionaid.ohri.ca/eval.html>

Stöd för Resultatutvärdering

Instrument som kan användas som stöd för att utvärdera patientens hälsoeffekter är naturligtvis specifika för de effekter man vill uppnå med en viss insats och ska anpassas till detta. Att precisera dessa går därför utanför syftet med denna introduktion. Vi hänvisar till publicerade översikter kring instrument som inom olika områden visat god reliabilitet och validitet.

Strukturella förutsättningar för att kunna introducera SDM i en verksamhet

Faktorer som lyfts fram som betydelsefulla (Legare, 2008) för att introducera SDM i en verksamhet är:

- **Kultur och attityder**
Handlar om verksamhetens kultur samt personalens värderingar och attityder till att patienterna ska vara delaktiga i beslut som fattas. För att förändra förhållnings- och arbetssätt i hälso- och sjukvården är det av betydelse att personalen upplever att fördelarna med att använda delat beslutsfattande överväger nackdelarna. I forskningen framkommer att vårdpersonal lyfter fram tre underlättande faktorer som viktiga för implementeringen av SDM: motivation till att arbeta med delat beslutsfattande, uppfattningen att delat beslutsfattande leder till positiva effekter på hur patienten mår samt leder till positiva effekter på den kliniska processen.
- **Organisation och drivkrafter**
Handlar om vad som behövs för att interventioner som SDM ska kunna integreras och bli rutin i den kliniska praxisen. Här är det av betydelse att identifiera strategier, resurser och omständigheter i organisationen som kan hjälpa genomförandet av implementeringen.
- **Resurser, kunskap och tid**
Handlar om att identifiera vilka resurser, vilken kunskap och tid som behövs för att implementera SDM i verksamheten. Det är av betydelse att identifiera och säkerställa utbildningsbehov hos personalen för att kunna implementera SDM.

Det finns en del praktiska frågor som kan vara bra att tänka på när man planerar att genomföra SDM i sin verksamhet:

- I vilken verksamhet vill man introducera SDM? Hur ser verksamheten ut?
- Hur läggs en strategisk projektplanering upp som inbegriper alla nivåer dvs. organisations-, professionell- och patientnivå?
- Hur ska omfattningen och inriktningen av SDM se ut?
- Hur går man till väga när det gäller utveckling och användning av beslutstöd?
- Vilka samarbetspartners finns och hur ska samarbetet ske?
- Hur kan människor bli motiverade att engagera sig i SDM?
- Hur ska SDM följas upp och utvärderas?

Referenser

Adams, JR. & Drake, RE. (2006). Shared decision making and evidence-based practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105.

Anthony, WA., Cohen, M. & Farkas, M. (1999). The future of psychiatric rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28(1), 48-68.

Becker, DR. & Drake, RE. (2001). Improving employment outcomes for people with severe psychiatric disabilities. In B. Dickey, LI Sederers (Eds), *Improving mental health care: Commitments to quality* (pp. 235-240). American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Bunn, H. & O'Connor, AM. (1996). Validation of client decision making instruments in the context of psychiatry, *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(3), 13-27.

Bunn, MH., O'Connor, AM., Tansey, MS., Jones, BD. & Stinson, LE. (1997). Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(5), 238-248.

Carling, PJ. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(5), 439-449.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or, it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44, 681-92.

Clayton, J M., Butow, P N., Tattersall, M H.N., Devine, R J., Simpson, J M., Aggarwal, G. et al. Randomized Controlled Trial of a Prompt List to Help Advanced Cancer Patients and Their Caregivers to Ask Questions About Prognosis and End-of-Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 715-723.

Deegan, PE. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 62-69.

Deegan, P. E., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). Best practices: A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatric Services*, 59(6), 603–605.

Duncan, E., Best, C. & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010:1:CD007297. DOI:10.1002/14651858.CD007297.pub2

Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H. et al. (2004). Patient-based outcome results from cluster randomized trial of

shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family practice*, 21, 347-354.

Elwyn, G., O'Conner, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A. et al. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ online*, 1 – 6.

Gafni, A., Charles, C. & Whelan, T. (1998). The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 47(3), 347-354.

Gaston, M. & Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social Science and Medicine*, 61, 2252-2264.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2382-2384.

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 992-997.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, W., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.

IPDAS. (2005). Criteria for judging the quality of patient decision aids. International patient decision aid standards (IPDAS) collaboration.

Joosten, EAG., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G H., Sensky, T., van der Staak, CPF. & de Jong CAJ. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.

Kinnersley, P., Edwards, A., Hood, K., Ryan, R., Prout, H., Cadbury, N. et al. (2008). Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: systematic review. *BMJ*, 337:a485.

Koedoot, N., Molenaar, S., Oosterveld, P., Bakker, P., de Graeff, A., Nooy, M. et al. (2001). The decisional conflict scale: further validation in two samples of Dutch oncology patients. *Patient Education and Counseling*, 45(3), 187-93.

Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94–99.

Legare, M., Ratto, S., Gravel, K. & Graham, I D. (2008). Barriers and facilitator to implementing shared decision making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73, 526-535.

- Loh, A., Simon, D., Wills, CE., Kriston, L., Niebling, W. & Harter, M. (2007). The effects of a shared decision making intervention in primary care of depression: a cluster randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 67, 324-332.
- Makoul, G. & Clayman, ML. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education & Counselling*, 60(3), 301-312.
- Mancini, J., Santin, G., Chabal, F. & Julian-Reynier, C. (2006). Cross-cultural validation of the Decisional Conflict Scale in a sample of French patients. *Quality of Life Research*, 15(6):1063-8.
- Mistler, LA. & Drake, RE. (2008). Shared decision making in antipsychotic management. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 333-344
- O'Brian, A., Fahmy, R. & Singh, SP. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-568.
- O'Connor, A. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*, 15(1), 25.
- O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, NF., Eden, KB. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub2
- O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, N., Eden, K. et al. (2007). Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. *Medical Decision Making*, 27, 554- 574.
- O'Conner, AM. & Jacobsson, MJ. (2003). Workbook on developing and evaluating patient decision aid.
- O' Conner, AM., Jacobsen, MJ. & och Stacey, D. (2011). Ottawa Personal Decision Guide. University of Ottawa, Canada. http://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDg_2pg.pdf
- Patel, SR., Bakken, S. & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current Opinions of Psychiatry*, 21(6), 606-612.
- Piette, JD., Lange, I., Issel, M., Campos, S., Bustamante, C., Sapag, J. et al. (2006). Use of telephone care in a cardiovascular disease management programme for type 2 diabetes patients in Santiago, Chile. *Chronic Illness*, 2(2), 87-96.
- Raats, CJ., van Veenendaal, H., Versluijs, M. & Burgers, J. (2008). A generic tool for development of decision aids based on clinical practice guidelines. *Patient education and counseling*, 73: 413-417.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B. et al. (2006). Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling*, 63, 319–327.

Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2007). Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ)*, 101, 259–267.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning.

Stacey, D., Samant, R. & Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: a review of patient decision aids to support patient participation. *CA Cancer Journal for clinicians*, 58, 5, 293-304.

Toprac, MG., Rush, AJ., Connor, TM., Crismon, ML., Dees, M., Hopkins, C. et al. (2000). The Texas medication algorithm project and patient and family education program: A consumer- guided initiative. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(7), 477-486

Trevena, L. & Baratt, A. (2003). Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Education and Counseling*, 50, 265-8.