DET
BRUGERINDDRAGENDE
HOSPITAL

VIDENSCENTER FOR
BRUGERINDDRAGELSE
– i sundhedsvæsenet

# Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer

# Indhold

**HVAD ER BESLUTNINGSSTØTTEVÆRKTØJER?** • 3

**EFFEKT AF BESLUTNINGSSTØTTEVÆRKTØJER** • 4

**BESLUTNINGSSTØTTEVÆRKTØJER I PRAKSIS** • 5
- Beslutningsstøtte ved enkle/indviklede problemer • 6
- Beslutningsstøtte i komplekse situationer • 8

**EKSEMPLER** • 10
- Option Grids • 10
- Healthwise – online interaktivt beslutningsstøtteværktøj • 14
- Mayo Clinic – beslutningskort • 19
- Beslutningsstøtteark fra NHS • 20
- Generisk beslutningsstøtteværktøj • 22

**UDVIKLING AF BESLUTNINGSSTØTTEVÆRKTØJER** • 26
- Kvalitetssikring • 26

**MÅLING AF RESULTATER** • 30
- Måling af beslutningskvalitet • 31
- Måling af fælles beslutningstagning • 36
- Spørgeskemaer • 38

**FIND ET VÆRKTØJ** • 40

# Hvad er beslutningsstøtteværktøjer?

Beslutningsstøtteværktøjer er konkrete værktøjer, der giver patienten og den sundhedsprofessionelle et bedre grundlag for at træffe det – for patienten – bedst mulige individuelle valg. Det er evidensbaserede værktøjer, som er udformet med afsæt i patienters behov for viden i den pågældende valgsituation, og heri adskiller beslutningsstøtteværtkøjer sig fra informationsmateriale. Beslutningsstøtteværktøjer er relevante, når beslutningen er præferencefølsom, det vil sige, at den rigtige behandling ikke kan afgøres med faglig viden alene og kan være forskellig fra patient til patient afhængig af patienternes præferencer og livssituation med videre.

Værktøjerne formidler blandt andet information om behandlingsmuligheder, -risici og mulige behandlingsresultater på en måde, som besvarer den type spørgsmål, patienter ofte stiller, når de skal tage stilling til hvilken behandling de ønsker. Derved hjælper værktøjerne patienter til at afklare og give udtryk for, hvad der er vigtigst for dem i forhold til behandlingen, og understøtter desuden, at patienterne modtager en behandling, som er i overensstemmelse med deres egne værdier og præferencer.

Baggrunden for at bruge beslutningsstøtteværktøjer er et ideal om, at patienter skal have større indflydelse på – og være med til at træffe – behandlingsmæssige beslutninger gennem et samarbejde med den sundhedsprofessionelle. Dette ideal bygger dels på humanistiske principper om, at mennesker har ret til at bestemme, hvad der skal ske med dem, samt en antagelse om, at det kan give højere kvalitet i behandlingsforløbet.

Idealet er udtrykt i en metode kaldet fælles beslutningstagning (shared decision making). Metoden er en systematisk proces for samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor den sundhedsprofessionelle deler sin medicinske viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle.

Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten. Det er vigtigt at adskille fælles beslutningstagning fra beslutningsstøtteværktøjer: Fælles beslutningstagning er en systematisk proces med dialogen som omdrejningspunkt. Beslutningsstøtteværktøjer er praktiske værktøjer, der kan understøtte denne proces.

Beslutningsstøtteværktøjer råder ikke patienter til at vælge en behandlingsmulighed frem for en anden. Det er heller ikke meningen, at de skal erstatte den personlige rådgivning eller det informationsmateriale, som sundhedsprofessionelle har pligt eller er vant til at gøre brug af. Fordi værktøjerne er udformet med afsæt i patienternes perspektiv, understøtter de, at samtalen om behandlingsvalg sætter dette perspektiv i centrum.

# Effekt af beslutningsstøtteværktøjer

Et Cochrane-review[1], der har undersøgt effekten af beslutningsstøtteværktøjer, viser, at i sammenligning med almindelige konsultationer fører brug af beslutningsstøtteværktøjer til, at patienterne:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder.
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger.
- Er mere aktive i beslutningsprocessen.
- Er mere tilfredse med beslutningerne.
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker.
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb.
- Ikke oplever mere angst og bekymring omkring deres behandlingsforløb, når de inddrages i beslutninger om behandling ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjer, end hvis de informeres på traditionel vis.

Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer muligvis kan føre til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling (øget compliance) og oplever øget mestring. Værktøjerne kan også føre til økonomiske besparelser ved, at flere vælger mindre omfattende indgreb. Som følge af øget compliance og mestring er der fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald. For eksempel viser nogle studier, at gigtpatienter, der brugte beslutningsstøtteværktøjer, havde færre smerter – og diabetespatienter havde en højere livskvalitet, lavere langtidsblodsukker, lavere total kolesteroltal, lavere urinalbumin/kreatinin, lavere blodtryk og lavere BMI.

Nogle undersøgelser har fundet en negativ effekt på tidsforbruget i konsultationer, hvor der anvendes beslutningsstøtteværktøjer. Eksempelvis viste en undersøgelse, at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter[2].

1 Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). Stacey D. et al. The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

2 Ibid. Andre referencer til dokumenterede effekter af brug af beslutningsstøtteværktøjer kan rekvireres hos ViBIS.

# Beslutningsstøtteværktøjer i praksis

Beslutningsstøtteværktøjer bruges typisk ved valg mellem to eller flere former for behandling, der i princippet er ligestillet i forhold til formålet med behandlingen – eksempelvis valg mellem mastektomi og brystbevarende operation ved behandling af brystkræft. Men de kan også anvendes ved andre former for valg – eksempelvis i tilrettelæggelsen af et behandlingsforløb (for eksempel valg mellem rutinekontrol med faste intervaller og kontrol ved behov) eller ved valg af de praktiske rammer for udføringen af behandlingen og/eller plejen (for eksempel dialyse på et hospital over for hjemmedialyse).

Når der skal træffes valg omkring behandling og pleje, er det imidlertid vigtigt at være opmærksom på, hvor komplekst et problem valget handler om. Graden af kompleksitet har nemlig betydning for, hvilken fremgangsmåde der giver den bedste løsning.

I figuren[3] neden for er opstillet eksempler på enkle, indviklede og komplekse problemer, hvilken form for viden og fremgangsmåde der kan anvendes til at løse de forskellige problemtyper, samt hvilken type resultater man kan forvente:

| | Enkelt problem | Indviklet problem | Komplekst problem |
|---|---|---|---|
| **Eksempel fra hverdagen** | • At følge en madopskrift | • At sende et rumskib til månen | • Opdrage et barn |
| **Klinisk eksempel** | • Behandling af ukompliceret urinvejsinfektion | • Beslutning om test for prostatakræft | • Behandling af kroniske smerter<br>• Beslutning om tredjelinje kemoterapi |
| **Krav til viden** | • Nogen viden | • Faglig ekspertise og patienterfaring | • Faglig ekspertise og patienterfaring<br>• Empati og analytiske færdigheder |
| **Krav til fremgangsmåde** | • Opskrifter er tilstrækkelige | • Formler er nødvendige | • Iterativ proces<br>• Opskrifter og formler er utilstrækkelige |
| **Resultat** | • Gode opskrifter giver gode resultater hver gang | • Usikkerhed om udfaldet | • Vedvarende usikkerhed om udfaldet |

Enkle problemer kræver ingen særlig ekspertise, men kan løses ved blot at følge en opskrift eller manual, og resultatet bliver stort set altid godt, hvis opskriften følges.

3 What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. Epstein R M & Gramling R E, Medical Care Research and Review, suppl vol 70(I) 94S-112S, 2013.

Indviklede problemer kræver derimod ekspertise i form af både faglige kundskaber og erfaring, for eksempel patientens erfaring med sygdommen. Men selv hvis de rette kompetencer er tilstede, kan resultatet ikke på forhånd forudsiges, fordi det kan påvirkes af mange andre faktorer. Der er derfor en høj grad af usikkerhed om udfaldet, indtil behandlingen er gennemført.

Komplekse problemer er kendetegnet ved, at det ikke er nok at have ekspertise og formler, der kan udregne sandsynlighed for forskellige udfald. Det skyldes, at udfaldet er komplekst og kontekstafhængigt, og konstant kan forandre sig (for eksempel ved behandling af kroniske smerter, hvor smerterne kan komme og gå). Denne vedvarende usikkerhed om udfaldet og de mange eksterne faktorer, der kan påvirke det, kræver, at beslutninger om behandling tages løbende og i en iterativ proces. Dette stiller særlig krav til den sundhedsprofessionelles ekspertise, fordi den vedvarende usikkerhed kræver en særlig dialog med patienten, der kan være sårbar og i krise. I disse forløb er faglig ekspertise ikke nok – de kræver både empati og analytiske færdigheder.

I det følgende går vi i detaljer med, hvordan beslutningsstøtteværktøjer kan anvendes i de forskellige situationer. Vi behandler enkle og indviklede beslutninger under et, fordi de beslutningsstøtteværktøjer, der kan anvendes, og måden, de kan anvendes på, ligner hinanden meget trods et spring i kompleksitet mellem dem. Beslutninger om komplekse problemer behandles for sig, fordi fremgangsmåden adskiller sig markant fra de to andre. Det er klart, at virkeligheden aldrig vil svare til en sådan skarp opdeling, men det tre kategorier giver mulighed for at sætte fokus på, at beslutninger kan være meget forskellige og kan understøttes på forskellige måder.

## Beslutningsstøtte ved enkle/indviklede problemer

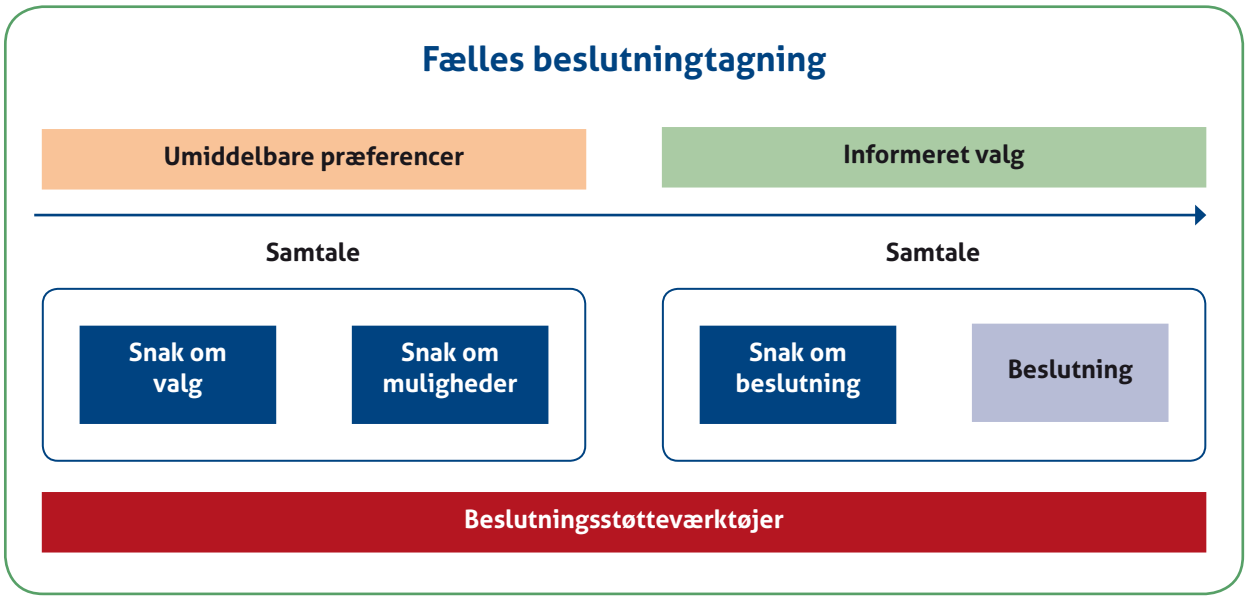
Beslutningsstøtteværktøjer, der blandt andet præsenterer information om fordele, ulemper, risici og mulige udfald ved forskellige behandlingsmuligheder (ofte kvantitativt og grafisk), kan anvendes ved både enkle og indviklede problemer. For begge typer problemer er det muligt på forhånd at identificere den information, der er behov for. Er der tale om et enkelt problem, hvor de sandsynlige udfald er kendte og veldokumenterede, vil informationen være både begrænset og klart afgrænset. Er der tale om et indviklet problem, ligger der et større arbejde i at indhente viden og udvikle et beslutningsstøtteværktøj, der på en systematisk og lettilgængelig måde formidler information om de forskellige behandlingsmuligheder.

Det er særligt relevant at anvende beslutningsstøtteværktøjer i situationer, hvor der skal vælges mellem behandlingsmuligheder med forskellige bivirkningsprofiler eller implikationer for patientens dagligliv (for eksempel kunstigt knæled versus vægttab og smertestillende medicin). Desuden anbefales brugen af beslutningsstøtteværktøjer til valg, hvor den videnskabelige evidens for en eller flere behandlingsmuligheder er begrænset eller forbundet med usikkerhed. Sådanne behandlingsvalg kaldes præferencefølsomme valg. Det betyder, at det bedste valg afhænger af, hvilke betydning patienten tillægger fordele, ulemper, risici og videnskabelig usikkerhed ved de forskellige behandlingsmuligheder.

Modellen nedenfor, som er inspireret af MAGIC-projektet i Cardiff, illustrerer processen for fælles beslutningstagning som bestående af tre elementer (mørkeblå kasser), der tilsammen fører frem til en beslutning:

1. Snak om, at der skal foretages et valg
2. Snak om de forskellige behandlingsmuligheder og deres fordele og ulemper/risici
3. Snak om, at der skal træffes en beslutning

Pointen med opdelingen i tre elementer er, at patienter ofte ikke på forhånd er klar over, at der forud for en behandling kan ligge et valg mellem flere muligheder, og at deres hverdagsliv og præferencer har betydning for, hvilken behandling der er den rigtige for netop dem (inden for de rammer der er mulige i kliniske retningslinjer og i den enkelte afdeling/praksis). Det kan derfor gøre det nemmere for patienter at deltage i behandlingsbeslutninger, hvis de(n) sundhedsprofessionelle eksplicit forklarer patienten, at der skal træffes et valg, at det skal ske gennem en proces, der består af ovenstående elementer, og at patientens aktive deltagelse er central.




Beslutningsstøtteværktøjer (rød kasse) er særligt anvendelige i den del af dialogen, der handler om de tilgængelige behandlingsmuligheder og om at komme til enighed om, hvilken beslutning der er den bedste for patienten. Hvis det er muligt, kan det være en god ide at give patienten tid til at tænke over mulighederne, inden den endelige beslutning om behandling træffes. Dette er illustreret med mellemrummet mellem snak om muligheder og snak om beslutning. Derfor kan man med fordel opdele processen således, at man i første samtale snakker om valg og præsenterer behandlingsmulighederne, og i anden samtale taler om patientens præferencer og træffer beslutningen. Et beslutningsstøtteværktøj kan understøtte denne proces ved at danne udgangspunkt for de to samtaler og ved, at patienten får værktøjet med hjem (i lighed med andet informationsmateriale) efter den første samtale, så det for eksempel kan indgå i en dialog med pårørende om fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder. I anden samtale kan patienterne så stille yderligere spørgsmål og fremlægge eventuelle bekymringer, inden de sammen med behandleren træffer den endelige beslutning om, hvilken behandling de skal have.

Hvis patientforløbet ikke giver mulighed for at opdele beslutningsprocessen i to samtaler, kan man eventuelt fremme patientens afklaring af egne præferencer ved at anvende et beslutningsstøtteværktøj, der kan gives til patienten forud for samtalen. Dermed kan det fungere som forberedelse til samtalen og i situationen, hvor patienten træffer beslutning sammen med den sundhedsprofessionelle.

## Beslutningsstøtte i komplekse situationer

Den meget lineære form for beslutningsstøtte, der er opridset i afsnit 3.1, og som mange beslutningsstøtteværktøjer er udviklet til, er velegnet til relativt simple behandlingsvalg. Men den er mindre egnet i komplekse situationer, hvor man ikke fra begyndelsen kan fastlægge det endelige mål for behandlingen, eller hvor målet kan ændre sig undervejs i behandlingsforløbet. For eksempel kan formålet med en kræftoperation være at fjerne tumoren fuldstændig med det endemål at opnå fuldstændig helbredelse. Men dette endemål er betinget af udfaldet af operationen. Resultatet af operationen kan medføre, at fuldstændig helbredelse ikke længere er en realistisk mulighed, hvorfor målet for behandlingen ændrer sig, og andre behandlingsformer bliver relevante. I komplekse situationer er målet med beslutningsprocessen derfor i første omgang 1) at fastlægge et midlertidigt mål for behandlingsindsatsen og 2) at opnå større klarhed omkring eventuelle andre mål, der har betydning for patienten.

**Kan man informere patienter om alt?**
Sundhedsprofessionelle kan opleve det som uetisk at informere patienter i detaljer om ubehagelige bivirkninger eller dårlig prognoser for bestemte behandlinger, da de ikke ønsker at gøre patienten bekymret eller fratage dem håbet om helbredelse.

Det er da heller ikke alle patienter med svær sygdom, der ønsker denne form for information, og et beslutningsstøtteværktøj med præcise oplysninger om effekt, ulemper og risici ved forskellige behandlingsmuligheder, ville i en sådan situation påtvinge patienten uønsket information.

Men sundhedsprofessionelle hverken kan eller bør gætte, hvilken information patienterne ønsker. Patientens behov for information skal italesættes gennem eksplicit dialog. I øvrigt viser litteraturen viser, at patienters angst i kritiske situationer ikke øges ved brug af beslutningsstøtteværktøjer.

Patienters præferencer er som regel stabile i situationer som er velkendte og/eller forventede – for eksempel ved valg af behandling af mindre alvorlig og/eller langvarig sygdom med få mulige udfald. Der er dog situationer, hvor patienternes præferencer bliver ustabile. Det kan for eksempel ske, hvis patienterne er bange, står over for uventede og ukendte forhold, når situationen er følelsesmæssigt ladet, og når der er mange behandlingsmuligheder, der gensidigt udelukker hinanden (for eksempel brystbevarende operation og mastektomi). Ved kritisk sygdom kan præferencer således ikke blot afdækkes – de skabes løbende i dialogen med behandleren og kræver derfor tillid mellem parterne og den sundhedsprofessionelles forståelse for patientens situation.

Valg af behandling i komplekse situationer kan derfor nødvendiggøre en mere iterativ (afsøgende og gentaget) beslutningsproces, hvor klinikere og patienter løbende afklarer præferencer og midlertidige mål for behandlingen. Dette indebærer, at klinikeren aktivt udforsker patientens opfattelser af sygdom og sundhed i forhold til den sygdom, der søges behandlet. Præferencer for behandling er nemlig tæt forbundet med (mis)forståelser af sygdomme og behandlinger.

Endelig kan klinikerne med fordel opfordre patienter til at få hjælp fra pårørende, de stoler på, til at afklare deres præferencer og træffe beslutninger. Dette gælder naturligvis ved alle former for beslutninger, men er særligt vigtigt i komplekse situationer, når præferencerne er ustabile eller vanskelige at afgøre.

Inddragelse af patienter i komplekse behandlingsvalg kræver med andre ord en løbende dialog om ønsker til inddragelse, præferencer og beslutninger, understøttet af en tillidsfuld relation mellem patient og kliniker. I praksis indebærer dette, at klinikere så vidt muligt søger at:

- Forventningsafstemme – sikre enighed om, hvad problemet er, og undersøge patientens ønsker til deltagelse i beslutninger om behandling.
- Tilpasse informationen til den enkelte – give information (inklusiv evidens) i den form og det omfang, som patienten udtrykker ønske om.
- Samskabe præferencer – sammen med patienten afsøge mulige scenarier for det videre patientforløb, eventuelt med deltagelse af pårørende.
- Gentage ovenstående ved hver ny beslutningsanledning.

Ved behandlingsvalg i komplekse situationer kan man med fordel anvende det generiske beslutningsstøtteværktøj, der er vist i afsnit 4.5. Dette værktøj indeholder ikke information om specifikke behandlingsmuligheder og forholder sig meget afsøgende til patientens præferencer. Eventuelt kan man kombinere det generiske værktøj med andre former for dialogstøtte, som for eksempel skriftlige opfordringer til patienten om at stille spørgsmål i konsultationen eller lydoptagelser af konsultationer, som patienten får med hjem og kan lytte til igen – eventuelt sammen med pårørende. Undersøgelser har fundet positive effekter på beslutningsprocessen ved brug af sådanne relativt enkle, lavpraktiske beslutningsstøtteværktøjer (eksempelvis på kræftområdet), der kan hjælpe patienten til at afsøge egen præferencer og indgå mere aktivt i dialog med klinikeren ved komplekse behandlingsvalg[4].

4 Referencer til dokumenteret effekt af andre former for beslutningsstøtte kan rekvireres hos ViBIS.

# Eksempler

På de næste sider præsenteres fire eksempler på forskellige slags beslutningsstøtteværktøjer: Option Grids, Healthwise online interaktive beslutningsstøtteværktøjer, Mayo Clinics beslutningsstøttekort og NHS beslutningsstøtteark. Formålet er at vise, hvordan sådanne værktøjer kan udformes og anvendes i klinisk praksis på forskellige måder.

## Option Grids

Option Grids er korte, letlæselige værktøjer, der er udviklet af klinikere, forskere og patienter i samarbejde med The National Institute for Clinical Excellence (NICE) i England. Indholdet bygger på den bedst tilgængelige videnskabelige evidens, og på de mest opdaterede faglige standarder. Alle Option Grids undergår jævnligt opdatering og revision blandt andet på baggrund af tilbagemeldinger fra klinikere og patienter, som anvender dem. Option Grids lever op til de minimumsstandarder, der er defineret i IPDAS-kriterierne (se kapitel 3 i denne vejledning).

- **Læs mere her:** www.optiongrid.org

Hvert Option Grid indeholder en kolonne med de spørgsmål, som patienter oftest stiller (FAQ's: Frequently Asked Questions), når de skal vælge mellem de aktuelle behandlinger (markeret med rød cirkel på eksemplet nedenfor). Disse spørgsmål er identificeret ved at kikke på antal klik på FAQs på sundhedsudbyderes hjemmesider om brystkræftbehandling eller ved interviews/patientpaneler. Svarene på disse spørgsmål er så opstillet i separate kolonner for hver af de aktuelle behandlingsmuligheder (markeret med grøn cirkel på eksemplet nedenfor).

option grid

**Breast cancer surgery**

Use this grid to help you and your healthcare professional talk about how best to treat breast cancer.

| Frequently asked questions | Lumpectomy with radiotherapy | Mastectomy |
|---|---|---|
| What is removed? | The cancer lump is removed, with some surrounding tissue. | The whole breast is removed. |
| Which surgery is best for long-term survival? | Survival rates are the same for both options. | Survival rates are the same for both options. |
| What are the chances of cancer coming back in the breast? | Breast cancer will come back in the breast in about 10 in every 100 women (10%) in the 10 years after a lumpectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk. | Breast cancer will come back in the area of the scar in about 5 in every 100 women (5%) in the 10 years after a mastectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk. |
| Will I need more than one operation? | Possibly, if there are still cancer cells in the breast after the lumpectomy. This can occur in up to 20 in every 100 women (20%). | No, unless you choose breast reconstruction |
| How long will it take to recover? | Most women are home within 24 hours of surgery. | Most women are home within 48 hours of surgery. |

Option Grids findes både til sygdomme, hvor der er to behandlinger af samme type (for eksempel to forskellige former for kirurgiske indgreb, som i eksemplet på forrige side), og til områder, hvor de forskellige behandlingstilbud er meget forskellige, som i eksemplerne på denne og næste side (slidgigt i knæ og kronisk nyresygdom).

**Når man anvender Option Grids** i samtalen med patienter, er det vigtigt, at man tager udgangspunkt i de ofte stillede spørgsmål og ikke bare slavisk gennemgår behandlingsmulighederne fra A til Z. Det kan man gøre ved at begynde med at spørge patienten, om nogle af de ofte stillede spørgsmål også er noget han/hun gerne vil have svar på. På den måde sikrer man, at patienten faktisk får svar på dét, de alligevel sidder og tænker mest på, og som potentielt kan forhindre dem i at huske en lang liste af informationer om alt muligt andet.

Det kan også være en god ide at give patienten option grid'et med hjem bagefter, så han eller hun kan gennemgå det i ro og mag – eventuelt sammen med familiemedlemmer eller andre, som de søger støtte fra i beslutningsprocessen. Måske kommer de gennem denne proces i tanke om spørgsmål, som ikke er besvaret på grid'et, men som er relevant for netop deres forløb, og som de så kan få afklaret i den efterfølgende samtale med de(n) sundhedsprofessionelle.

option grid

**Self-management of knee pain, due to arthritis of the knee**

Use this grid to help you and your healthcare professional decide how to help you manage the pain that is related to wear and tear in your knee joint (osteoarthritis) and the nearby ligaments and muscles.

| Frequently asked questions | Lifestyle and weight loss | Medication |
|---|---|---|
| **What would I have to do?** | Losing weight, being active or making changes to your activities may reduce knee pain to some extent. Choose an exercise where you build up strength, e.g. stand and walk, building it up slowly. Make sure you see a physiotherapist. | Take regular medication when you are in pain - and try and find the right medication (or combination of medication) for you. If exercise brings on pain, take painkillers before you start. Taking painkillers may help you exercise more, and in the long run, experience less pain. |
| **What are the benefits?** | If you become more physically active you are likely to experience less pain and better movement in your knee. Improved sense of well-being. You may also: meet people with similar conditions; improve your social life; do more in everyday life. | Reducing your pain will help you be active and may help you sleep better. |
| **What are the drawbacks?** | Exercise has shown to be safe for people with knee osteoarthritis. Although exercise may initially be uncomfortable, taking painkillers before taking physical activity and exercising can help this. Keeping going with an exercise plan can sometimes be tough-going and joining a group makes it more likely that you'll stick with it. | Side effects are rare with over the counter painkillers when taken at the right dose. Ask your pharmacist, doctor, or physiotherapist for more information. |
| **Will my weight affect my pain?** | Yes, being overweight makes knee pain worse. Increasing exercise will help you lose weight and will reduce your pain. | Being overweight leads to more stress and damage to knee and hip joints. Losing weight and building up the strength of the joint may reduce pain. |

**Chronic kidney disease**

Use this grid to help you and your healthcare team talk about how best to treat chronic kidney disease.

option grid

| Frequently asked questions | Peritoneal dialysis - CAPD/APD | Haemodialysis at a dialysis unit | Haemodialysis at home | Transplantation | Conservative management |
|---|---|---|---|---|---|
| | *Bags at home* | *Machine in special unit* | *Machine at home* | *Donated kidney* | *No dialysis or transplant* |
| **What does it involve?** | Fluid goes in and out of your abdomen four times a day, or by using a machine, overnight. | Your blood is cleaned by a machine in a dialysis unit. | Your blood is cleaned by a machine that is at your home. | You are given a kidney from either a dead or living donor. | You receive medication to keep you well for as long as possible. |
| **How will my kidneys be affected?** | Your remaining kidney function will slowly get worse. You may continue to pass urine for a few years. | Your remaining kidney function will slowly get worse, probably more rapidly than on peritoneal dialysis. You eventually stop passing urine. | Your remaining kidney function will slowly get worse, probably more rapidly than on peritoneal dialysis. You eventually stop passing urine. | Your kidney function will come back and you will pass urine as normal. | It is difficult to predict what will happen to your remaining kidney function. It is likely to get worse. |
| **How often will I need this treatment?** | Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) needs four bag changes every day, no days off. Automated peritoneal dialysis (APD) is carried out by a machine overnight, every night. | You will have a total of 12 hours of treatment per week, spread over three days. Each treatment takes four hours and happens on fixed days. | You will have a total of 12 hours of treatment per week, usually spread over three days. Treatment times can be flexible. | You will use medication to suppress your immune system, so you will be at higher risk of infections. | You will have regular medication, checks and support. |
| **How will I feel?** | This is a gentle treatment. Overall, you should feel better. | You may feel tired after each treatment, but overall you should feel better. | You may feel tired after each treatment, but overall you should feel better. | Once you have recovered from your operation, you should feel well. | If your kidney function gets worse, you will develop kidney failure. Medication is available to control most of these symptoms, but you will eventually need end of life care. |
| **How will my life be affected?** | You can continue working and doing your usual activities. | You will have fixed times for dialysis. Work will need to fit around these times. | This kind of dialysis can be made to fit around your work and usual activities. | You will have clinic appointments. You can do your usual activities when you recover from the operation. | You can discuss how regularly you want to come to clinic appointments. |
| **Will I need an operation?** | Yes, a small operation to put a tube into your abdomen is done one month before dialysis starts. | You will usually be offered surgery to create a fistula on your arm. This is done 6 weeks before dialysis. | You will usually be offered surgery to create a fistula on your arm. This is done 6 weeks before dialysis. | You will need an operation to transplant the donated kidney. | No operation is required. |
| **Who will do my treatment and who will I see?** | You do your own treatment at home. Cleanliness is very important. Expert dialysis nurses will support you. | Expert dialysis nurses will do your treatment. You will have regular contact with other patients having haemodialysis. | You do your own treatment at home. Expert dialysis nurses will support you. | Apart from medication, no ongoing treatment. You won't be in direct contact with other similar patients. | Apart from medication, no ongoing treatment. |
| **How will my diet and fluid intake be affected?** | You may have restrictions on what you eat and drink. | You will have restrictions on what you can eat and drink. | You will have restrictions on what you can eat and drink. | You will have restrictions on what you can eat and drink. | You will usually have fewer restrictions than you would if you were on dialysis. |
| **Will I need to store equipment at home?** | Dialysis equipment will be delivered to your home and it will need storage space. | No equipment is required at your home. | The dialysis machine will need to be set up in a room in your home. You will need water and electrical connections. | No equipment is required at your home. | No equipment is required at your home. |
| **Can I change from one treatment option to another?** | Yes. | Yes, but peritoneal dialysis may be less effective after you have had haemodialysis. | Yes, but peritoneal dialysis may be less effective after you have had haemodialysis. | Yes. | Yes. |
| **Can I still travel?** | Yes, but you will need to plan because some restrictions apply. Equipment can be transported by car. | Yes, but your treatment will need to be planned at a dialysis unit at your destination. | Yes, but your treatment will need to be planned at a dialysis unit at your destination. | Yes. | Yes. |
| **How long will this treatment be effective?** | Half of the people who start peritoneal dialysis will stay on it for 2 to 3 years. Many go on to have haemodialysis or a transplant. | Some people continue haemodialysis for up to 20 years - but it can be much shorter than that. | Some people continue haemodialysis for up to 20 years - but it can be much shorter than that. | On average, kidney transplants are effective for up to 15 years. | This will depend on many other issues. |

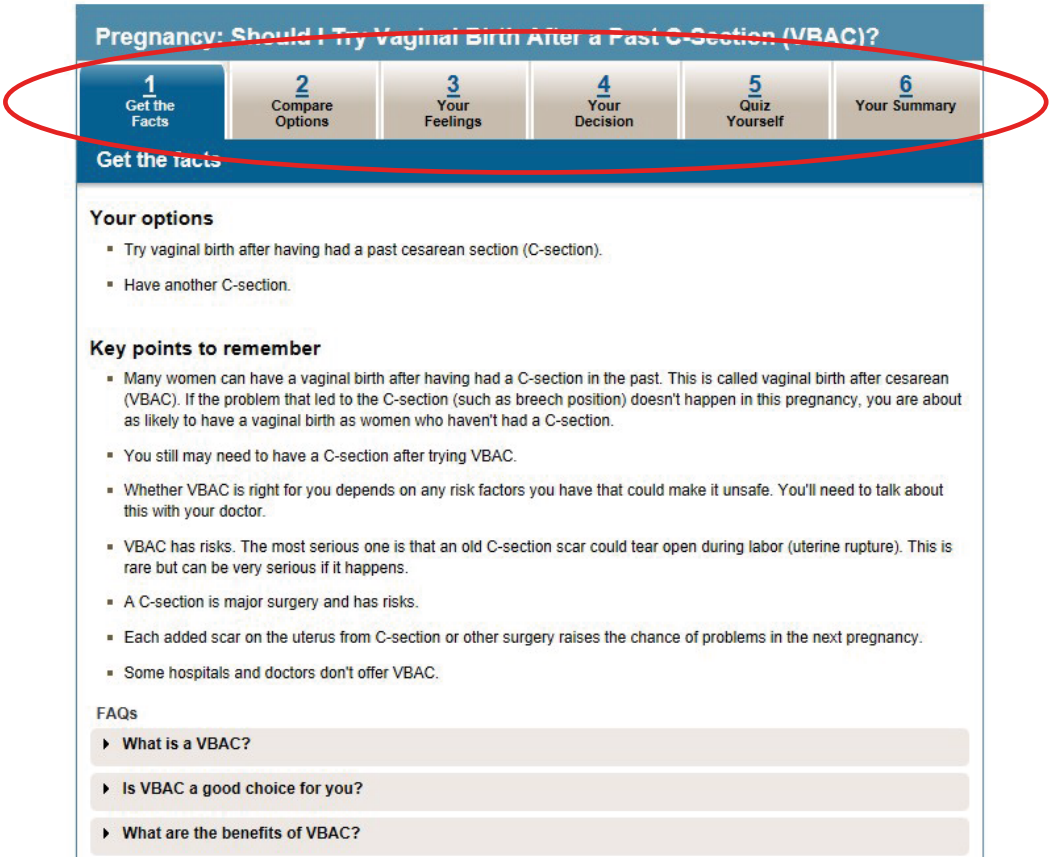
## Healthwise – online interaktivt beslutningsstøtteværktøj

Healthwise er en non-profit organisation, der udvikler informationsmaterialer, beslutningsstøtteværktøjer og andre redskaber til hospitaler og andre behandlingsinstitutioner og aktører i det amerikanske sundhedsvæsen. Værktøjerne udvikles på baggrund af den nyeste evidens i samarbejde med klinikere og patienter.

- **Læs mere her:** www.healthwise.org

De findes både som online interaktive værktøjer, og i printbar papirformat til patienter, der ikke ønsker eller ikke har mulighed for at bruge internettet. De interaktive værktøjer består af seks *faneblade* (se rød cirkel herunder), som indeholder:

1. Overordnede fakta om behandlingsmuligheder.
2. Sammenligning af fordele og ulemper ved behandlingsmulighederne.
3. Individuel vægtning af fordele og ulemper.
4. Gennemgang af beslutningsprocessen.
5. Quiz, hvor patienten kan tjekke sit vidensniveau.
6. Opsummering af patientens svar med en estimering af, hvilken beslutning patienten foretrækker.



Patienten udfylder selv nogle af fanebladene ved at angive sin egen vurdering af fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder. Eksempelvis valg af vaginal fødsel versus kejsersnit for kvinder, der tidligere har fået et kejsersnit (se figur på forrige side).

I modsætning til Option Grids fokuserer Healthwises interaktive værktøjer meget eksplicit på at hjælpe patienterne til at afklare deres præferencer, og hvilken behandlingsform der vil stemme bedst overens med disse præferencer.

Dette gør de blandt andet ved at inkludere citater fra folk, som har valgt en bestemt behandlingsform og som forklarer, hvorfor de var tilfredse eller utilfredse med den (Personal stories ligger under faneblad 2: Compare options) – i stedet for blot at fremlægge evidensen for behandlingsmulighederne.

**Personal stories about the decision to have a VBAC trial of labor**

These stories are based on information gathered from health professionals and consumers. They may be helpful as you make important health decisions.

I believe I had a more difficult time bonding with my first baby in the first week because of the cesarean delivery (she was a breech birth). A lot of my energy was taken up with recovering from the surgery, both physically and emotionally. I'm planning a trial of labor for my second baby. My husband and I are really hopeful that things go well, especially since we plan to have a big family. If I can, I want to avoid the risks of having a scarred-up uterus from several cesareans.

**Amber, age 29**

During my first pregnancy, I developed placenta previa and had to have a cesarean. I have talked to my doctor and my husband and read up on all the risks of a trial of labor for someone in my situation. My doctor tells me that as long as another placenta previa doesn't develop, there is no obvious reason why I shouldn't be able to try a vaginal birth this time. I hope it goes well, because if I have another cesarean, I won't have the option of trying a vaginal birth the next time!

**Marcia, age 35**

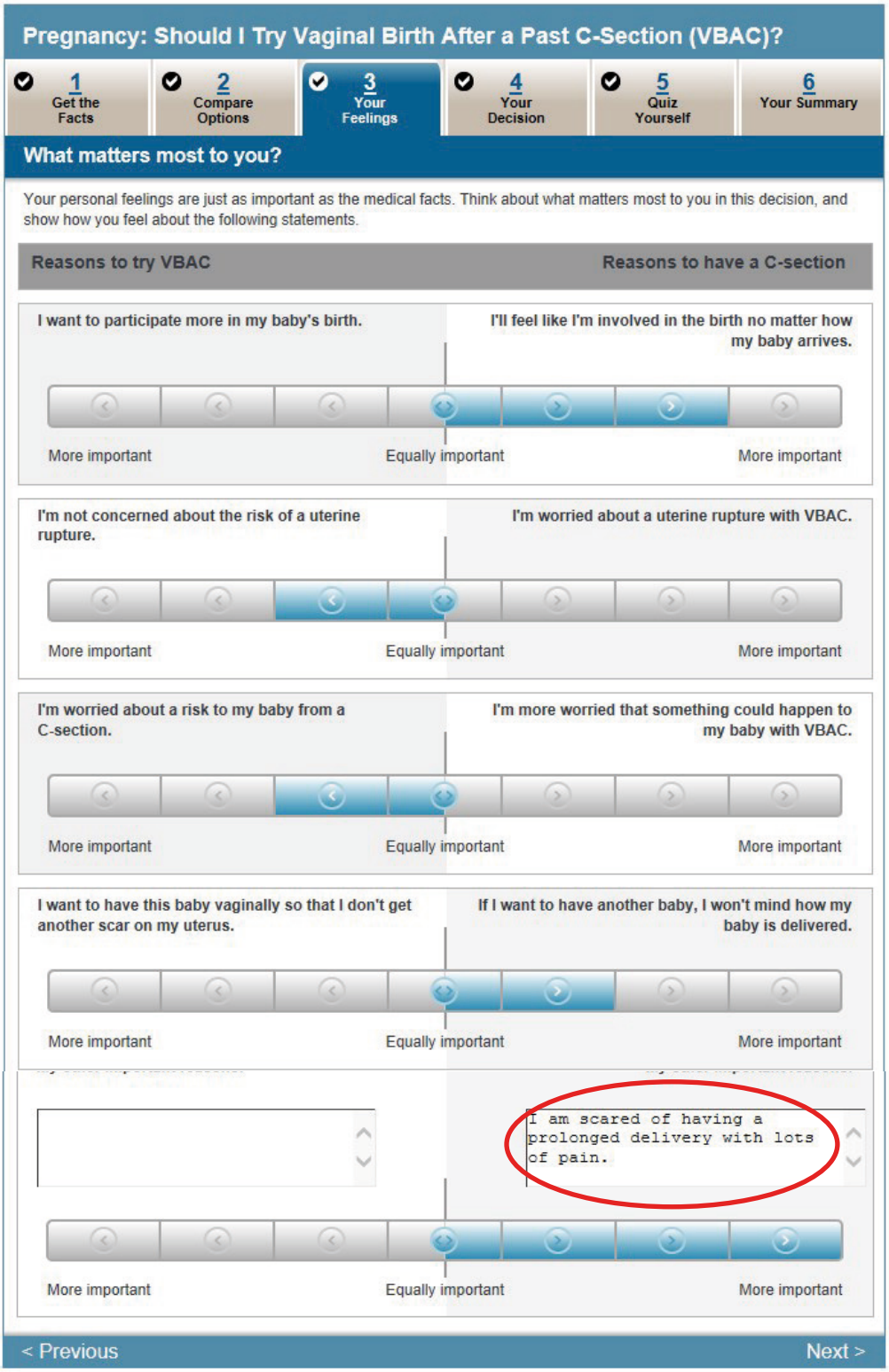
I had my first child by cesarean after more than 30 hours of hard labor and a lot of pain. I am willing to go through another cesarean to avoid that experience again. I know that recovering from the surgery isn't easy either, but I prefer that option. And this is our last baby, so I don't have to worry about the risks of pregnancy with multiple cesarean scars.

**Gretchen, age 27**

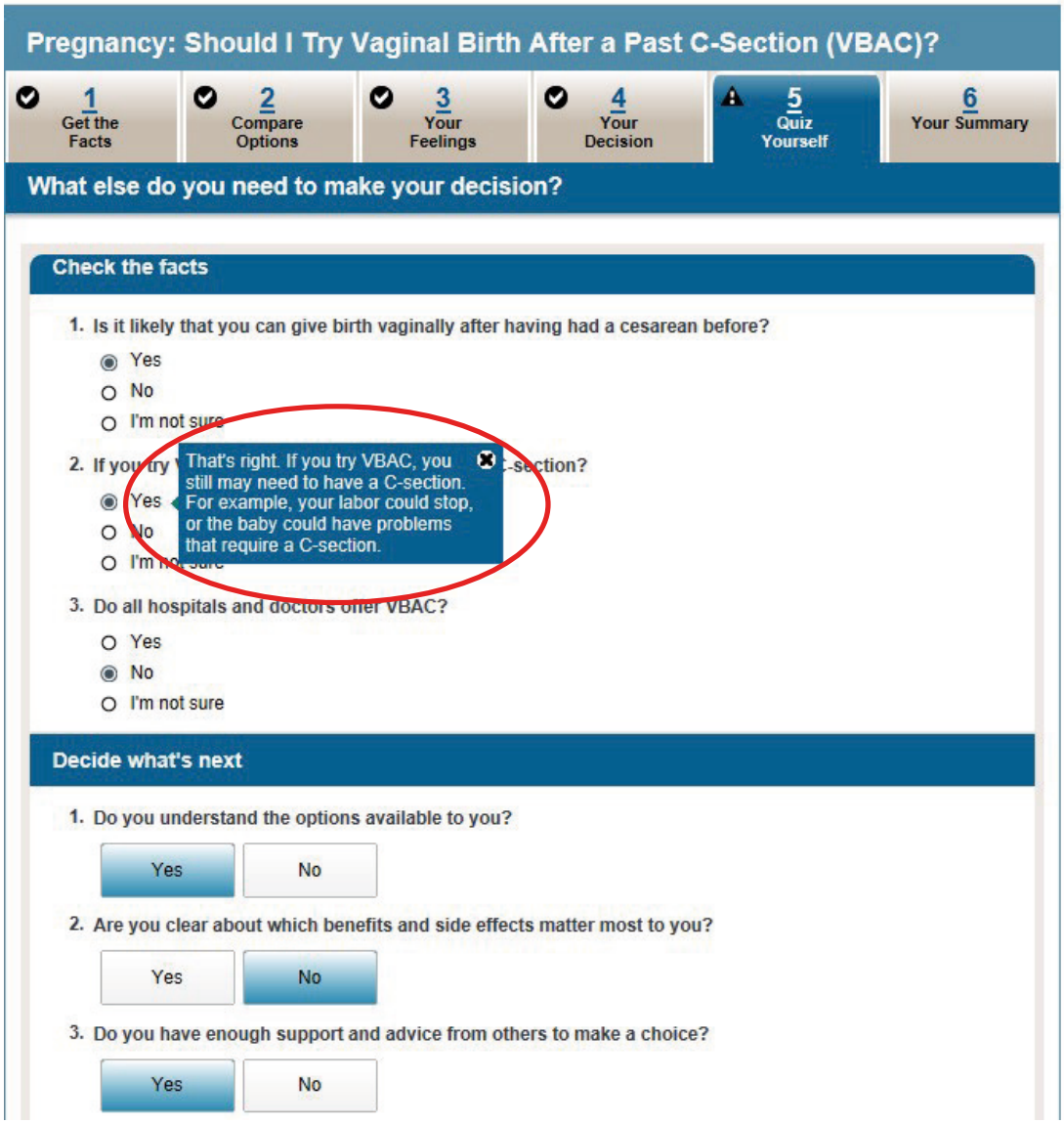
My first cesarean was done because the baby was in distress. That experience was so scary for me that I don't want to repeat it. My doctor says there's no reason to expect that it will happen again this time, but she also can't say for sure that it won't happen. She says the decision is up to me, and I'm choosing to have another cesarean.

**Graciella, age 31**

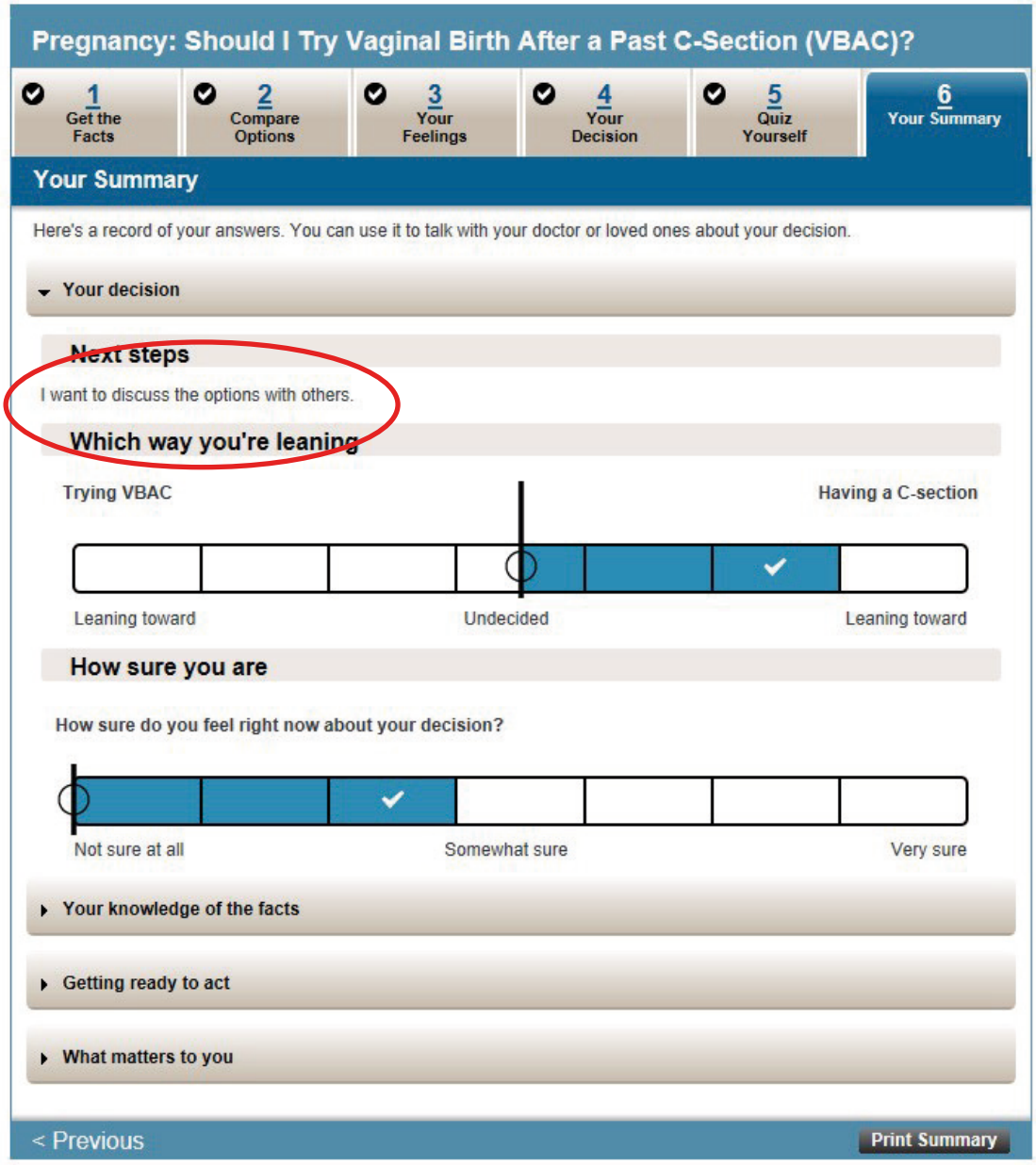
Patienterne kan selv skrive deres bekymringer ind under fanebladet Your feelings, hvis de ikke er omfattet af de foreslåede årsager (se rød cirkel herunder).



I quiz-afsnittet svarer patienten på spørgsmål til fakta om behandlingsmulighederne, som er blevet præsenteret i de foregående faneblade. Når patienten svarer, popper en faktaboks op, som bekræfter rigtige svar og korrigerer forkerte (se rød cirkel nedenfor).



På det sidste faneblad opsummeres patientens angivne præferencer, viden og eventuelle usikkerhed omkring behandlingsmulighederne samt tidligere angivne ønsker til næste trin i beslutningsprocessen (se rød cirkel nedenfor).

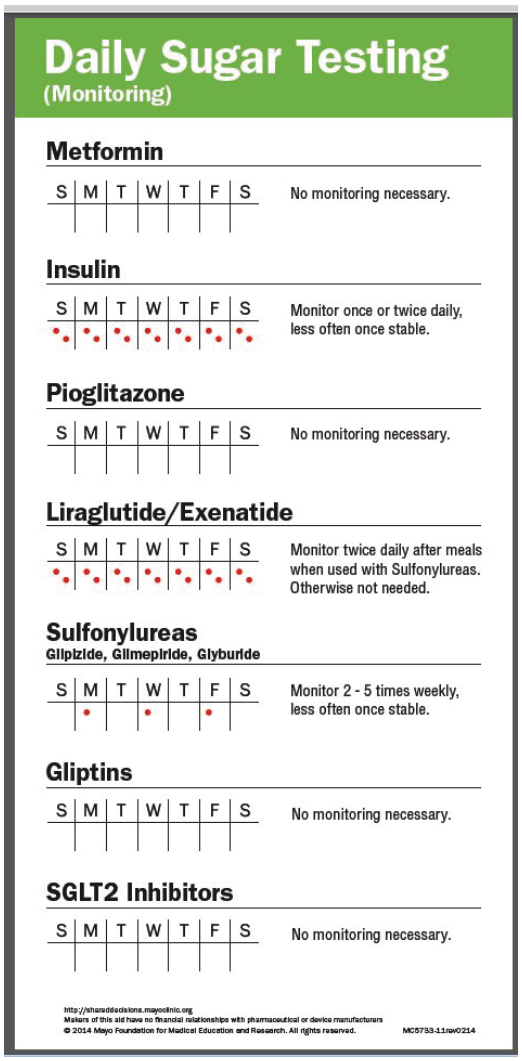


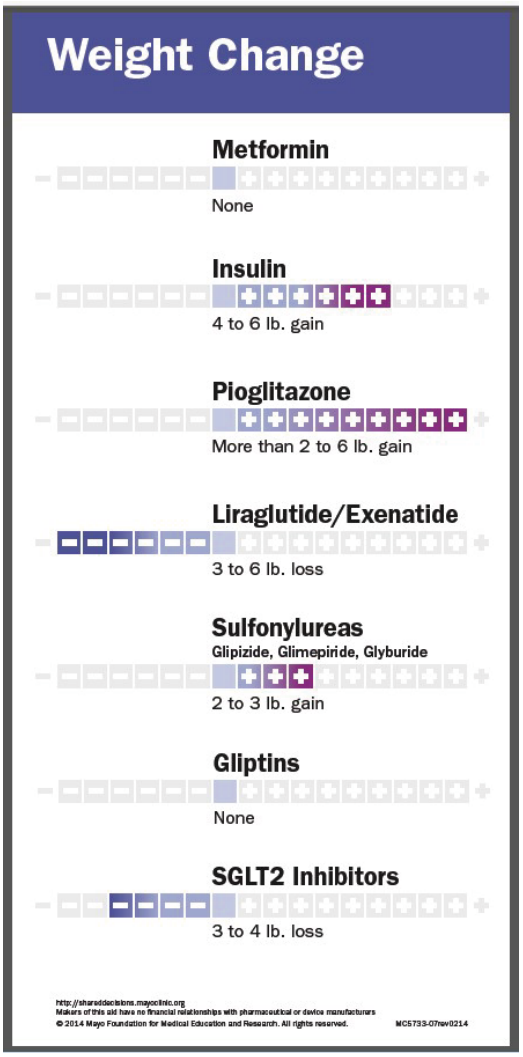
## Mayo Clinic – beslutningskort

På Mayo Clinic i USA har man gennem et forskningsprogram kaldet Wiser Choices udviklet patientcentrerede og evidensbaserede beslutningsstøtteværktøjer og testet dem i klinisk praksis. Dette arbejde har vist forberede resultater i forhold til rettidig opstart og fortsat korrekt brug af diabetesmedicin (compliance). Programmet er finansieret af offentlige midler og private fonde. Mayo Clinic er på nuværende tidspunkt i gang med at implementere beslutningsstøtteværktøjerne i klinisk praksis og evaluere på deres effekt.

- **Læs mere her:** http://shareddecisions.mayoclinic.org

Værktøjerne er udformet som emnekort, der hver gennemgår bestemte forhold ved alle de typer medicin, der kan vælges mellem – for eksempel hvor ofte man skal måle sit blodsukker ved en given behandling (grønt kort), eller hvor meget forskellige typer medicin påvirker ens vægt (blåt kort). Kortene bruges i konsultationen ved, at patienten vælger hvilke kort han eller hun gerne vil tale med lægen om. På ovennævnte hjemmeside findes en demonstrationsvideo, hvor man kan se hvordan kortene skal anvendes. Videoen ligger under Decision Aids, Diabetes Medication Decision.



## Beslutningsstøtteark fra NHS

NHS i England har udviklet beslutningsstøtteark (shared decision making sheets) for en række behandlingsvalg. Arkene er udviklet til at understøtte samtaler mellem sundhedsprofessionelle og patienter om valg mellem forskellige behandlingsmuligheder. Til hvert ark hører et webbaseret beslutningsstøtteværktøj (der kun kan tilgås via computere koblet på en engelsk IP-adresse), som går mere i detaljer med beslutningsprocessen for det givne behandlingsvalg.

Beslutningsstøttearkene er tænkt som en påmindelse til den sundhedsprofessionelle i konsultationen med patienterne og som en hjælp til patienten med instruktioner i at bruge det tilhørende webbaserede beslutningsstøtteværktøj.

NHS

Shared Decision Making

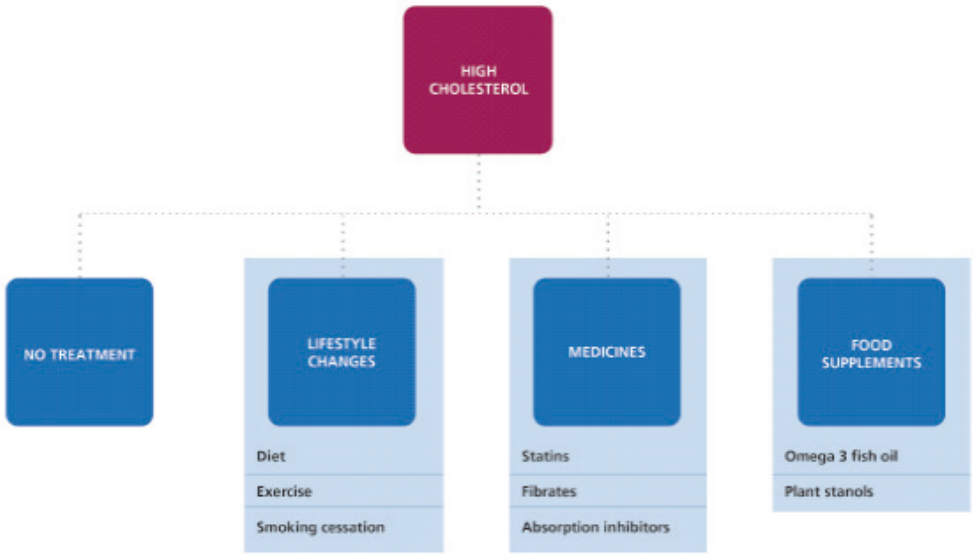
Written by BMJ Group

### Deciding what to do about high cholesterol

This short decision aid is to help you decide what to do about your high cholesterol. You can use it on your own, or with your doctor, to help you make a decision about what's right for you at this time.

There are four main options for treating high cholesterol. The choices are:

- **No treatment**. This means not having any treatment for high cholesterol for the moment. It can also include getting the best treatment for other conditions that can affect a person's heart and circulation, such as diabetes or high blood pressure.
- **Lifestyle changes**. This means people making changes to their diet and taking regular exercise to bring down their cholesterol. It can also mean stopping smoking.
- **Medicines**. This means taking one or more types of medication to lower cholesterol. A group of drugs called statins are the first medicines most people take.
- **Food supplements**. This means taking extra nutrients such as plant stanols or sterols to lower cholesterol, or omega 3 fish oils to reduce harmful fats called triglycerides.



De forskellige behandlingsmuligheder sidestilles og for hver gennemgås effekter og bivirkninger/konsekvenser, som det ses i eksemplet herunder:

| Treatment | What is the effect on risk of heart and circulation problems? |
|---|---|
| No treatment | High cholesterol that is not treated is more likely to lead to atherosclerosis. This is when fatty deposits called plaques build up along the inside of arteries. These plaques can clog arteries, which can lead to heart attacks, strokes, and other heart and circulation problems.<br>People who are receiving the best treatment for other conditions, such as diabetes and high blood pressure, will have a lower risk of a heart attack and stroke than if they were not having these conditions treated. Most people still need to have their high cholesterol treated, too. |
| Lifestyle changes | Making lifestyle changes is likely to lower the risk of heart and circulation problems such as heart attacks and strokes. We don't know for sure whether this is because lifestyle changes lower cholesterol, or because of other positive effects on health, such as helping people achieve and maintain a healthy weight, lowering blood pressure, and reducing the chance of diabetes.<br>All these things are likely to lower the chance of having a heart attack, stroke, and other heart and circulation problems.[8] |
| Medicines | Taking medicines to lower cholesterol can reduce the chance of having heart and circulation problems, such as a heart attack or stroke.<br>Around 47 in every 1,000 people who take a statin will have a heart attack or another serious heart problem in three to five years. This compares with 65 in every 1,000 people who don't take a statin.[9] |
| Food supplements | We don't know if taking food supplements to lower cholesterol will reduce the chance of heart and circulation problems. There hasn't been enough research. |
| **Treatment** | **What other consequences does this treatment have?** |
| No treatment | People who choose not to treat their high cholesterol will not have to do anything different. But their cholesterol will probably remain high.<br>High cholesterol that is not treated increases the chances of heart attacks, strokes, and other serious health problems that can lower quality of life. |
| Lifestyle changes | Making lifestyle changes such as exercising to lower cholesterol can take time and commitment.<br>Changing diet may mean buying and preparing different foods.<br>People who stop smoking may have to change their daily routine so they won't be tempted to smoke.<br>High cholesterol doesn't usually cause symptoms, so lowering it by making lifestyle changes probably won't affect how a person feels or what they can do.<br>Lifestyle changes can have many health benefits, including helping people achieve and maintain a healthy weight, and improving fitness. These things may improve their quality of life.[13] |
| Medicines | People who take medicines to lower cholesterol have to remember to take tablets every day.<br>When starting treatment, people may need blood tests to make sure their liver is working properly.[14]<br>High cholesterol doesn't usually cause symptoms, so lowering it by taking medicines probably won't change how a person feels or what they can do. |
| Food supplements | People who take fish oil capsules need to remember to take them every day.<br>Taking supplements might mean buying, preparing, and eating different types of food, such as more oily fish or margarine that is enriched with plant stanols or sterols.<br>High cholesterol doesn't usually cause symptoms, so lowering it by taking food supplements probably won't change how a person feels or what they can do. |

Til sidst gennemgås – overordnet set – fordele og ulemper ved de forskellige muligheder:

### What are the pros and cons of each option?

People with high cholesterol have different experiences about the health problem and views on treatment. Choosing the treatment option that is best for the patient means considering how the consequences of each treatment option will affect their life.

Here are some questions people may want to consider about treatment for high cholesterol:

- Do they want treatment that will help them live as long as possible?
- Is the most important thing to them reducing their chances of heart and circulation problems?
- Do they want the treatment most likely to reduce their cholesterol?
- Are they willing to have treatment that might mean making changes to their life?
- Are they willing to have treatment that could cause side effects?
- Is having a treatment that improves their quality of life the most important thing to them?

## Generisk beslutningsstøtteværktøj

Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) har udviklet et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan bruges til at træffe beslutninger om behandlinger, hvor der endnu ikke er udviklet et specifikt beslutningsstøtteværktøj. Patienten udfylder værktøjet, og det udfyldte værktøj bruges så som udgangspunkt for dialogen med de relevante sundhedsprofessionelle.

Værktøjet er her oversat til dansk (se næste side) og kan anvendes på alle medicinske områder – eventuelt i kombination med eksisterende informationsmateriale om de tilgængelige behandlingsmuligheder.

Det kan også bruges som inspiration til udvikling af et behandlingsspecifikt værktøj. Dette kan for eksempel ske ved, at de involverede sundhedsprofessionelle definerer og udfylder sektion 1, "Afklaring af beslutningsområde", og vidensdelen i sektion 2, "Udforsk beslutningsområdet", med beskrivelser af de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres fordele og ulemper/risici.

Man kan også bede et antal patienter, som står over for at skulle vælge mellem de aktuelle behandlingsmuligheder, om at udfylde det generiske værktøj. Derved kan man få indsigt i, hvilke fordele og ulemper som betyder mest for patienterne, og hvad de er mest usikre på i forhold til at træffe beslutningen. Dette kan man så tage udgangspunkt i, når man udvikler sit eget beslutningsstøtteværktøj.

## OHRI's generiske beslutningsstøtteværktøj

For personer, der skal træffe svære beslutninger om behandling af fysiske eller psykiske problemer.

Du bliver guidet gennem fire trin:

### 1. AFKLARING AF BESLUTNINGSOMRÅDE

| |
|---|
| **Hvilken beslutning står du overfor?** |
| **Hvad er årsagen til, at du skal træffe en beslutning om dette?** |
| **Hvornår skal du have truffet en endelig beslutning?** |
| **Hvor langt er du i processen med at træffe en beslutning?:**<br><br>☐ Har endnu ikke tænkt over mulighederne ☐ Tæt på at træffe en beslutning<br>☐ Tænker over mulighederne ☐ Har allerede truffet en beslutning |

### 2. UDFORSK BESLUTNINGSOMRÅDET

- **Viden:** Nævn alle muligheder og de væsentligste fordele og risici, du allerede kender, ved disse muligheder.
- **Værdier:** Brug stjerner (∗) til at vise, hvor meget hver fordel og risiko betyder for dig. Fem stjerner signalerer, at det betyder meget for dig. Ingen stjerner signalerer, at det ikke betyder noget for dig.
- **Vished:** Overvej de muligheder med de fordele, som betyder mest for dig, og som er mest sandsynligt vil ske. Undgå de muligheder med risici, der betyder mest for dig.

| | Grunde til at vælge denne mulighed (fordele) | Hvor meget det betyder (brug 0-5 stjerner) ∗∗∗∗∗ | Grunde til at undgå denne mulighed (risici/ulemper) | Hvor meget det betyder (brug 0-5 stjerner) ∗∗∗∗∗ |
|---|---|---|---|---|
| Mulighed 1 | | | | |
| Mulighed 2 | | | | |
| Mulighed 3 | | | | |

Hvilken mulighed foretrækker du?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Ved ikke

**Støtte:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hvem ellers er involveret? | | | |
| Hvilke muligheder foretrækker de? | | | |
| Presser denne person dig? | ☐ Ja ☐ Nej | ☐ Ja ☐ Nej | ☐ Ja ☐ Nej |
| Hvordan kan de støtte dig? | | | |
| Hvilken rolle foretrækker du mht at træffe beslutningen? | ☐ Dele beslutningen med ...<br>☐ Beslutte selv efter at have hørt meninger fra ...<br>☐ En anden træffer beslutningen for mig ...<br>Hvem?: | | |

## 3. IDENTIFICER DINE BEHOV OMKRING BESLUTNINGSTAGNINGEN

| | | |
|---|---|---|
| Viden | Kender du fordele og ulemper/risici ved hver mulighed? | ☐ Ja ☐ Nej |
| Værdier | Ved du hvilke fordele og ulemper/risici der betyder mest for dig? | ☐ Ja ☐ Nej |
| Støtte | Har du nok støtte og rådgivning til at træffe en beslutning? | ☐ Ja ☐ Nej |
| Vished | Føler du dig sikker på, hvad der er det bedste valg for dig? | ☐ Ja ☐ Nej |

Folk, som svarer *nej* til et eller flere af disse spørgsmål, er i større risiko for at forsinke deres beslutning, ændre mening, fortryde en beslutning eller skyde skylden på andre parter ved et negativt resultat. Det er derfor vigtigt at arbejde trin to og fire igennem, da disse fokuserer på dine behov i beslutningsprocessen.

## 4. PLANLÆG DE NÆSTE TRIN I FORHOLD TIL DINE BEHOV

| Behov i forhold til at træffe beslutningen | Ting du gerne vil prøve (sæt kryds) |
|---|---|
| **Hvis du føler du ikke har nok information** | ☐ Find mere information om mulighederne og sandsynligheden for de forskellige fordele og ulemper.<br>☐ Skriv en liste med spørgsmål<br>☐ Skriv en liste over steder, hvor du kan få svar på dine spørgsmål (bibliotek, læge, rådgiver) |
| **Hvis du ikke er sikker på, hvilke fordele og ulemper/ risici der betyder mest for dig** | ☐ Kig på stjernerne i vægtskemaet for at se hvad der betyder mest for dig.<br>☐ Find folk som har oplevet de forskellige fordele og ulemper/risici.<br>☐ Tal med andre som har truffet beslutningen<br>☐ Læs om hvad der har betydet mest for andre personer<br>☐ Diskuter med andre hvad der har betydet mest for dig tidligere. |
| **Hvis du føler du IKKE har nok støtte** | ☐ Diskuter dine muligheder med en person du stoler på (fx læge, rådgiver, familiemedlem, ven).<br>☐ Få hjælp til at støtte dit valg (fx penge, transport, børnepasning) |
| **Hvis du føler dig PRESSET af andre til at træffe et bestemt valg** | ☐ Fokuser på holdningerne hos de personer som betyder mest for dig<br>☐ Del denne guide med andre<br>☐ Bed andre om at udfylde denne guide. Find ud af hvor I er enige.<br>Når I er uenige om fakta, bliv da enige om at finde mere information.<br>Når I er uenige om hvad der betyder mest, overvej da den anden persons mening. Lyt på skift til hvad hinanden mener betyder mest.<br>☐ Find en neutral person, der kan hjælpe dig og andre involverede. |
| **Andre faktorer som gør det svært at træffe en beslutning** | Skriv en liste over alle de andre ting du har behov for: |

# Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer

I Danmark findes nogle få beslutningsstøtteværktøjer, der enten er oversat fra udenlandsk materiale eller udviklet fra grunden af forskere og sundhedsprofessionelle, som har fattet interesse for området. Disse værktøjer dækker langt fra samtlige områder, hvor man med fordel kunne understøtte patientinddragelse i daglig klinisk praksis.

Hvis en afdeling ønsker at udvikle deres eget beslutningsstøtteværktøj, som passer til de behandlingsvalg, der skal træffes inden for netop deres medicinske område, kan det være en fordel at overveje nøje, hvordan udviklingsprocessen skal foregå, inden man går i gang.

Det er naturligvis vigtigt, at beslutningsstøtteværktøjer bygger på den nyeste videnskabelige evidens, samt at dette formidles på en let tilgængelig måde, så patienten kan få indsigt i fordele og ulemper omkring forskellige behandlingsmuligheder. Men det er også vigtigt at indarbejde elementer i værktøjet, der hjælper patienten til at reflektere over deres egne værdier og præferencer, samt at tage udgangspunkt i patienternes udtrykte behov for information og støtte til at træffe valg.

Processen for udvikling af et beslutningsstøtteværktøj omfatter følgende overordnede elementer:

1. Afdækning af patienters behov for information og støtte til at afklare værdier og præferencer (for eksempel via litteratur eller interviewundersøgelser).
2. Kortlægning af evidens for behandlingsmuligheder.
3. Kortlægning af beslutningsanledninger i det aktuelle patientforløb.
4. Udvælgelse af format og design.
5. Test med brugere (både patienter og sundhedsprofessionelle).

Desuden kan det være en fordel allerede tidligt i udviklingsprocessen at overveje, hvilke ressourcer det vil kræve at udvikle og anvende værktøjet løbende, samt hvem der skal have adgang til at bruge værktøjet. Dette er især vigtigt, hvis man vælger et online format, der kræver it-kompetencer at udvikle og vedligeholde, og som eventuelt skal gøres tilgængeligt fra hospitalets hjemmeside.

## Kvalitetssikring

Beslutningsstøtteværktøj (på engelsk kaldet *decision aid*) er ikke en beskyttet titel. Hvis man som sundhedsprofessionel finder et beslutningsstøtteværktøj, som man godt kunne tænke sig at tage i brug på sin egen afdeling, kan det derfor være klogt at undersøge, om det er af tilstrækkelig høj kvalitet.

Det kan man eksempelvis gøre ved hjælp af de kvalitetskriterier, der er udviklet på baggrund af videnskabelig evidens af **The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS)** Collaboration, som er en sammenslutning af internationale

forskere, der har arbejdet med beslutningsstøtteværktøjer igennem en årrække. På baggrund af disse kriterier har de udformet en tjekliste, som man kan bruge til at vurdere kvaliteten af et givent beslutningsstøtteværktøj. På næste side er en dansk version af denne tjekliste. Listen kan også bruges som rettesnor i udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer.

Ottawa Hospital Research Institute har desuden udviklet en online interaktiv vejledning, som trin for trin guider læseren igennem udviklingen af et beslutningsstøtteværktøj, som man med fordel kan lade sig inspirere af. Vejledningen findes på OHRI's hjemmeside **https://decisionaid.ohri.ca** under Development Toolkit.

## IPDAS' kriterier for beslutningsstøtteværktøjer

(oversat fra Elwyn et al 2009).

| | **Informerer om behandlingsmuligheder i tilstrækkelige detaljer til, at der kan træffes en beslutning** | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Beskriver det helbredsproblem (behandling, procedure eller undersøgelse), der skal træffes beslutning om. | | | | |
| 2 | Beskriver, hvilken beslutning der skal overvejes. | | | | |
| 3 | Beskriver tilgængelige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 4 | Beskriver det naturlige forløb, hvis der ikke foretages nogen behandling. | | | | |
| 5 | Beskriver fordele ved de forskellige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 6 | Beskriver ulemper og risici ved forskellige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 7 | Muliggør sammenligning af fordele og ulemper ved de tilgængelige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 8 | Viser fordele og ulemper med lige mange detaljer (bruger for eksempel samme font, rækkefølge og visningsmetode). | | | | |
| | **Præsenterer sandsynlige resultater af behandlingsmulighederne** | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Giver information om sandsynlige resultater af de forskellige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 2 | Specificerer, hvilken type patienter de sandsynlige resultater gælder for. | | | | |
| 3 | Specificerer hyppigheden for de sandsynlige resultater. | | | | |
| 4 | Specificerer, hvilken tidsperiode de sandsynlige resultater gælder for. | | | | |
| 5 | Muliggør sammenligning af sandsynlige resultater for forskellige behandlingsmuligheder. | | | | |
| 6 | Informerer om usikkerhed omkring sandsynlige behandlingsudfald (for eksempel "Vores bedste skøn er"...). | | | | |
| 7 | Bruger flere forskellige metoder til at vise sandsynligheder (ord, tal, diagrammer). | | | | |
| 8 | Giver balanceret information om sandsynligheder for resultater og hændelser for at begrænse bias. | | | | |

| **Afklare og udtrykke værdier** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Beskriver behandlinger, så patienterne kan forestille sig, hvordan det er at opleve de *fysiske* effekter. | | | | |
| 2 | Beskriver behandlinger, så patienterne kan forestille sig, hvordan det er at opleve de *psykiske* effekter. | | | | |
| 3 | Beskriver behandlinger, så patienterne kan forestille sig, hvordan det er at opleve de *sociale* effekter. | | | | |
| 4 | Opfordrer patienter til at tænke over, hvilke fordele og ulemper der betyder mest for dem. | | | | |
| **Beslutningsstøtte i form af struktureret vejledning i drøftelse og kommunikation** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Giver en trin for trin beskrivelse af, hvordan en beslutning træffes. | | | | |
| 2 | Inkluderer regneark eller foreslår spørgsmål til diskussion af behandlingsmuligheder med klinikere. | | | | |
| **Har gennemgået en systematisk udviklingsproces** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Har afdækket patienters behov i forhold til at diskutere en bestemt beslutning. | | | | |
| 2 | Har afdækket sundhedsprofessionelles behov i forhold til at diskutere beslutninger med patienter. | | | | |
| 3 | Peer-reviewet af patienter, som ikke var involveret i udvikling/test. | | | | |
| 4 | Peer-reviewet af sundhedsprofessionelles, som ikke var involveret i udvikling/test. | | | | |
| 5 | Testet med patienter, som skulle træffe den beslutning, redskabet omhandler. | | | | |
| 6 | Testet med klinikere, som skulle rådgive patienter om den beslutning, redskabet omhandler. | | | | |
| **Bruger evidens** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Angiver referencer til de udvalgte studier. | | | | |
| 2 | Beskriver, hvordan videnskabelig evidens er udvalgt eller sammenfattet. | | | | |
| 3 | Angiver dato for udgivelse eller færdiggørelse af redskab. | | | | |
| 4 | Giver information om den foreslåede politik for opdatering af redskabet. | | | | |
| 5 | Beskriver kvaliteten af den anvendte videnskabelige evidens. | | | | |

| **Fremvisning og transparens** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Giver information om, hvordan udviklingen af redskabet er finansieret. | | | | |
| 2 | Angiver kvalifikationer for redskabets forfattere/udviklere. | | | | |
| **Bruger tilgængeligt sprog** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Angiver læsealder eller læsbarhed ifølge en anerkendt skala (for eksempel LIX). | | | | |
| **Evaluering** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Viser evidens for forbedret match mellem patientens præferencer og det trufne valg. | | | | |
| 2 | Viser evidens for, at patienter får mere viden om behandlingsmuligheder. | | | | |
| **For beslutningsstøtteværktøjer målrettet undersøgelser eller diagnostiske tests** | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig |
| 1 | Beskriver, hvad testen er udviklet til at måle. | | | | |
| 2 | Indeholder information om risikoen for at få et sandt positivt resultat. | | | | |
| 3 | Indeholder information om risikoen for at få et sandt negativt resultat. | | | | |
| 4 | Indeholder information om risikoen for at få et falsk positivt resultat. | | | | |
| 5 | Indeholder information om risikoen for at få et falsk negativt resultat. | | | | |
| 6 | Hvis testen konstaterer en tilstand/sygdom, beskriver redskabet, hvad næste trin typisk er. | | | | |
| 7 | Beskriver, hvad næste trin typisk er, hvis tilstanden/sygdommen ikke konstateres med testen. | | | | |
| 8 | Beskriver chancen for at konstatere tilstanden/sygdommen med og uden brug af testen. | | | | |
| 9 | Informerer om konsekvenserne af at få en diagnose, som uopdaget ikke ville have givet problemer. | | | | |

# Måling af resultater

Fælles beslutningstagning er en proces, som leder frem til et valg af behandling. Beslutningsstøtteværktøjer er praktiske værktøjer, der kan understøtte denne proces. Man kan i princippet godt bruge beslutningsstøtteværktøjer uden at overholde principperne for fælles beslutningstagning. Hvis man vil måle på effekten af at bruge beslutningsstøtteværktøjer, er man derfor også nødt til at måle, om de er blevet anvendt på den rette måde. Ellers kan en eventuel (positiv eller negativ) effekt i princippet skyldes alle mulige andre forhold end tilstedeværelsen af et beslutningsstøtteværktøj.

Undersøgelser har således vist, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer giver en højere kvalitet af både beslutnings*processen* og *beslutningen i sig selv*[5]. Ved højere kvalitet forstås, at følgende forhold gør sig gældende for henholdsvis processen og resultatet af processen:

| Processen – Fælles beslutningstagning | Resultatet – Beslutningskvalitet |
|---|---|
| Patienten anerkender, at der skal træffes en beslutning. | Patienten har præcis viden om behandlingsmuligheder. |
| Patienten føler sig informeret om behandlingsmuligheder og deres fordele og ulemper. | Patienten har realistiske forventninger til det sandsynlige resultat af behandlingen. |
| Patientens præferencer i forhold til den aktuelle beslutning er blevet afklaret. | Der er overensstemmelse mellem patientens præferencer og den valgte behandling. |
| Patient og sundhedsprofessionelle har diskuteret mål, bekymringer og præferencer. | |
| Patienten føler sig involveret i beslutningstagningen. | |

Hvis man ønsker at måle, hvorvidt brugen af et beslutningsstøtteværktøj har ført til højere kvalitet i beslutninger og beslutningsprocesser, må man derfor måle på de forhold, der er listet i tabellen ovenfor. Eksempelvis kan man undersøge patienternes vidensniveau og forsøge at vurdere, hvorvidt deres personlige værdier og mål for behandlingen stemmer overens med de behandlingsvalg, der er blevet truffet i deres forløb. For at kunne afgøre om en eventuel forbedring af beslutningskvaliteten hænger sammen med, at patienten har været mere inddraget i beslutningsprocessen, bør man samtidig måle på, om patienten føler sig informeret, har fået afklaret sine præferencer, har haft lejlighed til at diskutere sine bekymringer og målet for behandlingen samt føler sig involveret i beslutningstagningen.

5 Referencer til litteratur om måling af beslutningskvalitet kan rekvireres hos ViBIS.

## Måling af beslutningskvalitet

Der findes en del måleredskaber, som er specifikt udviklet til at måle på ovennævnte parametre. Et af de mest anvendte er Decision Quality Instruments (DQI'er), som er udviklet ved The Health Decision Sciences Centre på Massachusetts General Hospital af en gruppe forskere med stor erfaring inden for området. De har udviklet en række forskellige DQI'er til udbredte medicinske lidelser – heriblandt behandling af slidgigt i knæ og hofte, brystkræft, prostatakræft, diskusprolaps og screening for tyktarmskræft.

Decision Quality Instruments indeholder tre dele:

1. Vidensspørgsmål om det specifikke valg, der skal træffes, som kan bruges til at vurdere patientens forståelse af muligheder og sandsynlige behandlingsudfald.
2. Spørgsmål om, hvad patientens mål for behandlingen er, og hvilke bekymringer patienten har. Disse kan bruges til at afdække, i hvor høj grad patienten modtager behandling, som er i overensstemmelse med deres mål.
3. Inddragelsesspørgsmål, som kan bruges til at vurdere, i hvor høj grad patienter er meningsfuldt inddraget i beslutningsprocessen med den sundhedsprofessionelle.

- **De 14 DQI'er kan downloades fra:**
  **www.massgeneral.org/decisionsciences** under Our Research

Neden for ses eksempler på de tre typer spørgsmål i et DQI for behandling af diskusprolaps.

## Section 1: What Matters Most to You

**This set of questions includes some reasons other people have given for choosing how to treat their herniated disc. We are interested in what is important to you.**

**Please mark on a scale from 0 to 10, how important each of the following are to you as you are thinking about how to treat your herniated disc.**

How important is it to you to . . .

| | Not at all important | | | | | | | | | | Extremely important |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.1.** relieve your back and leg pain quickly?..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **1.2.** not be limited in what you can do because of your back and leg pain?... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **1.3.** avoid a treatment with a long recovery time?..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **1.4.** avoid having back surgery?..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **1.5.** avoid taking pain medicine for a long time?..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**1.6.** Which treatment do you want to do to treat your herniated disc?

- ☐ Have Surgery
- ☐ Non-surgical treatment options
- ☐ I am not sure

## Section 2: Facts about Herniated Disc

**This set of questions asks about some facts doctors think are important for patients to know about herniated disc. The correct answer to each question is based on medical research. Please do your best to answer each question.**

**2.1.** Over time, without back surgery, what usually happens to back and leg pain caused by a herniated disc?

- ☐ Gets better
- ☐ Stays about the same
- ☐ Gets worse

## Section 3: Talking With Health Care Providers

**Please answer these questions about what happened when you talked with health care providers including doctors, nurses and other health care professionals about herniated disc surgery and other non-surgical treatments, such as exercise or medicine, for herniated disc.**

**3.1.** Did any of your health care providers talk about herniated disc surgery as an option for you?

- ☐ Yes
- ☐ No

**3.2.** How much did you and your health care providers talk about the reasons to have surgery to treat your herniated disc?

- ☐ A lot
- ☐ Some
- ☐ A little
- ☐ Not at all

**3.3.** How much did you and your health care providers talk about the reasons **not** to have surgery to treat your herniated disc?

- ☐ A lot
- ☐ Some
- ☐ A little
- ☐ Not at all

Det kan også være relevant at afdække, hvorvidt brugen af beslutningsstøtteværktøjer fører til, at patienterne føler sig mere sikre på, at den valgte behandling er den rette for dem. Her kan man bruge måleredskaber, som måler, i hvor høj grad patienterne fortryder eller er bekymrede for den valgte behandling – for eksempel The Decision Regret Scale (se figur nedenfor), som kan downloades OHRI's hjemmeside:

- **https://decisionaid.ohri.ca under Evaluation Measures.**

Sample Tool: Decision Regret Scale

**Decision Regret Scale**

Please think about the decision you made about _____ after talking to your [doctor, surgeon, nurse, health professional, etc.]. Please show how you feel about these statements by circling a number from 1 (strongly agree) to 5 (strongly disagree).

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. It was the right decision | 1 Strongly Agree | 2 Agree | 3 Neither Agree Nor Disagree | 4 Disagree | 5 Strongly Disagree |
| 2. I regret the choice that was made | 1 Strongly Agree | 2 Agree | 3 Neither Agree Nor Disagree | 4 Disagree | 5 Strongly Disagree |
| 3. I would go for the same choice if I had to do it over again | 1 Strongly Agree | 2 Agree | 3 Neither Agree Nor Disagree | 4 Disagree | 5 Strongly Disagree |
| 4. The choice did me a lot of harm | 1 Strongly Agree | 2 Agree | 3 Neither Agree Nor Disagree | 4 Disagree | 5 Strongly Disagree |
| 5. The decision was a wise one | 1 Strongly Agree | 2 Agree | 3 Neither Agree Nor Disagree | 4 Disagree | 5 Strongly Disagree |

**Decision Regret Scale** © AM O'Connor, 1996 University of Ottawa

Et andet måleredskab, der kan bruges til at afdække patienters tvivl, er The Decisional Conflict Scale (figuren herunder), som er oversat til dansk.

- **Den kan downloades fra OHRI's hjemmeside: https://decisionaid.ohri.ca under Evaluation Measures.**

| | | meget enig [0] | Enig [1] | hverken enig eller uenig [2] | Uenig [3] | meget uenig [4] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Jeg ved hvilke muligheder, jeg har til rådighed. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Jeg ved hvilke fordele der er ved hver mulighed. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Jeg ved hvilke risici og følgevirkninger der er ved hver mulighed. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Det er klart for mig, hvilke fordele der betyder mest for mig. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Det er klart for mig, hvilke risici og følgevirkninger der betyder mest for mig. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. | Det er klart for mig, hvad der er vigtigst for mig (fordele eller risici og følgevirkninger). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. | Jeg har tilstrækkelig støtte fra andre til at træffe et valg. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. | Jeg vælger uden pres fra andre. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. | Jeg har modtaget tilstrækkelig rådgivning til at træffe et valg. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. | Det er klart for mig, hvad der er det bedste valg for mig. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. | Jeg føler mig sikker på, hvad jeg skal vælge | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. | Denne beslutning er nem for mig at træffe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. | Jeg føler, jeg har truffet et informeret valg | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. | Min beslutning viser, hvad der er vigtigt for mig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. | Jeg forventer at fastholde min beslutning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. | Jeg er tilfreds med min beslutning | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Dette redskab findes også i en kort version (på engelsk) kaldet The SURE Test ( figuren herunder), som med fire spørgsmål måler, om patienten føler sig informeret om behandlingsmulighederne, er klar over, hvad der er vigtigst for dem, føler sig tilstrækkelig støttet til at kunne træffe beslutningen og føler sig sikre på, hvad der er den bedste behandling for dem.

- **Den kan downloades fra OHRI's hjemmeside: https://decisionaid.ohri.ca under Evaluation Measures.**

**SURE Test version for clinical practice**

Yes equals 1 point
No equals 0 points
If the total score is less than 4, the patient is experiencing decisional conflict.

| | | Yes [1] | No [0] |
|---|---|---|---|
| **S**ure of myself | Do you feel SURE about the best choice for you? | ☐ | ☐ |
| **U**nderstand information | Do you know the benefits and risks of each option? | ☐ | ☐ |
| **R**isk-benefit ratio | Are you clear about which benefits and risks matter most to you? | ☐ | ☐ |
| **E**ncouragement | Do you have enough support and advice to make a choice? | ☐ | ☐ |

# Måling af fælles beslutningstagning

Hvis man ønsker at måle, hvorvidt klinikerne følger principperne for fælles beslutningstagning i dialogen med patienterne, kan man enten observere konsultationer (enten live eller ved hjælp af videooptagelser) og bruge observationsredskaber til at score klinikernes adfærd, eller man kan vurdere processen ved hjælp af spørgeskemaer, som besvares af patienter og/eller klinikere.

## Observationsredskaber

Der findes en del validerede observationsredskaber, som for eksempel Dyadic OPTION Scale (til venstre nedenfor), der indeholder 12 items, som kan besvares med *meget enig, enig, uenig og meget uenig,* og som fokuserer på kliniker-patient-relationen som en helhed.

The dyadic OPTION instrument (December 2008).

Most encounters about health problems lead to decisions of one sort or another. These questions ask about the idea of being or feeling involved in decisions, for example, having an opinion or deciding whether to take medication, and if so which one, or what to do next. Answer the questions from your point of view by putting a tick in one box for each question. Please answer every question.

What was the main problem you talked about? Please describe it in a few words...

1. A health problem was identified, where it was made clear that a decision was needed.
2. More than one way to manage the health problem was described.
3. Different sources of information (e.g. leaflets, websites, contact with other people) to help make the decision were offered.
4. Different options (including the possibility of doing nothing) were discussed.
5. The advantages, disadvantages and possible outcomes of options were discussed.
6. Ideas or expectations about managing the health problem were discussed.
7. Concerns or worries about managing the health problem were discussed.
8. It was made sure that information had been understood.
9. There were opportunities to ask questions.
10. The preference to take part in the decision (or not) was respected.
11. During the consultation, a decision was made; or there was an agreement to postpone making the decision.
12. The possibility of coming back to the decision was discussed.

Et andet eksempel er The Decision Support Analysis Tool (DSAT-10) – se figuren neden for – der fokuserer på klinikerens brug af beslutningsstøtteværktøjer og klinikerens kommunikationsevner i konsultationen.

- **DSAT-10 kan downloades OHRI's hjemmeside: https://decisionaid.ohri.ca**

**Procedure**:

1. Listen to each encounter twice.
2. Check the boxes if the items were present and **adequately** addressed within the taped encounter (turn page over for criterion descriptions). Not applicable (n/a) is used in circumstances when it was not necessary to have assessed or intervened for that specific item (e.g. if clearly the patient knows about options, benefits and harms then the health professional does not need to explore their knowledge further; if the patient is the only one that is making the decision and has no pressure or need for support then the health professional does not need to intervene in this area).
3. Identify examples from health professional dialog to support that the criterion was met.

| Element | Assessment Criteria | Hear and acknowledge or assess in interaction | Intervened | Comments / Notes / Examples |
|---|---|---|---|---|
| Decision making status | Identify **uncertainty** about making a decision | ☐ (1 point) | | |
| | **Timing** for when decision needs to be made is discussed / acknowledged | ☐ (1 point) | | |
| | **Stage** of decision making: assessed or self-evident | ☐ (1 point) | | |
| Knowledge of | **Options AND**<br>Potential **benefits** of options **AND**<br>Potential **harms** of options | ☐<br>☐<br>☐ (if all checked 1 point) | ☐<br>☐<br>☐ (if all checked 1 point) | |
| Values / preference associated with | **Discuss importance** of benefits **AND**<br>**Discuss importance** of harms | ☐<br>☐ (if all checked 2 points) | | |
| Others' involvement in the decision | Discuss preferred role in decision making, **others** involvement and their opinions **AND**<br>Discuss **pressure or support** from others | ☐<br>☐ (if all checked 1 point) | ☐<br>☐ (if all checked 1 point) | |
| Next steps | Near end of the encounter, summarize the next steps to **address** patient's decision making needs | ☐ (1 point) | | |
| **TOTAL SCORE** | | **out of 10** | | |

## Spørgeskemaer

Hvis man ikke har mulighed for at foretage observationer af konsultationer, kan man i stedet benytte måleredskaber, der retrospektivt måler, om patienten og/eller klinikeren helt subjektiv oplevede, at konsultationen fulgte principperne for fælles beslutningstagning. Et valideret spørgeskema til dette formål kunne eksempelvis være The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9), som ses her. Dette spørgeskema er blevet oversat til dansk af ViBIS, men er endnu ikke valideret.

### The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)

***[Example]*** **Please indicate which health complaint/problem/illness the consultation was about:**

***[Example]*** **Please indicate which decision was made:**

**Nine statements related to the decision-making in your consultation are listed below. For each statement please indicate how much you agree or disagree.**

| | completely disagree | strongly disagree | somewhat disagree | somewhat agree | strongly agree | completely agree |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. My doctor made clear that a decision needs to be made.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2. My doctor wanted to know exactly how I want to be involved in making the decision.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3. My doctor told me that there are different options for treating my medical condition.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **4. My doctor precisely explained the advantages and disadvantages of the treatment options.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **5. My doctor helped me understand all the information.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6. My doctor asked me which treatment option I prefer.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **7. My doctor and I thoroughly weighed the different treatment options.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **8. My doctor and I selected a treatment option together.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **9. My doctor and I reached an agreement on how to proceed.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

i artiklen 'Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc), som er forfattet af Isabelle Scholl et al. og udgivet i tidsskriftet Patient Education and Counselling (2012, Vol 88, Issue 2, pp 284–290).

Der findes endnu ikke ret mange danske, validerede måleredskaber til at måle patienternes oplevelse af at være blevet inddraget. Der findes dog et enkelt patientrapporteret måleredskab kaldet CollaboRATE. Redskabet er udviklet ved The Darthmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice i USA, som for nyligt er blevet oversat og valideret af Center for Fælles Beslutningstagning ved Sygehus Lillebælt. CollaboRATE består af tre spørgsmål til patienten, der besvares på en skala fra 0-9, og som måler, hvor stor en indsats patienten føler, at sundhedspersonalet har gjort for at lytte til og inddrage patientens præferencer i behandlingen.

- **Den danske version kan downloades fra Center for Fælles Beslutningstagnings hjemmeside:**
  **www.cffb.dk**

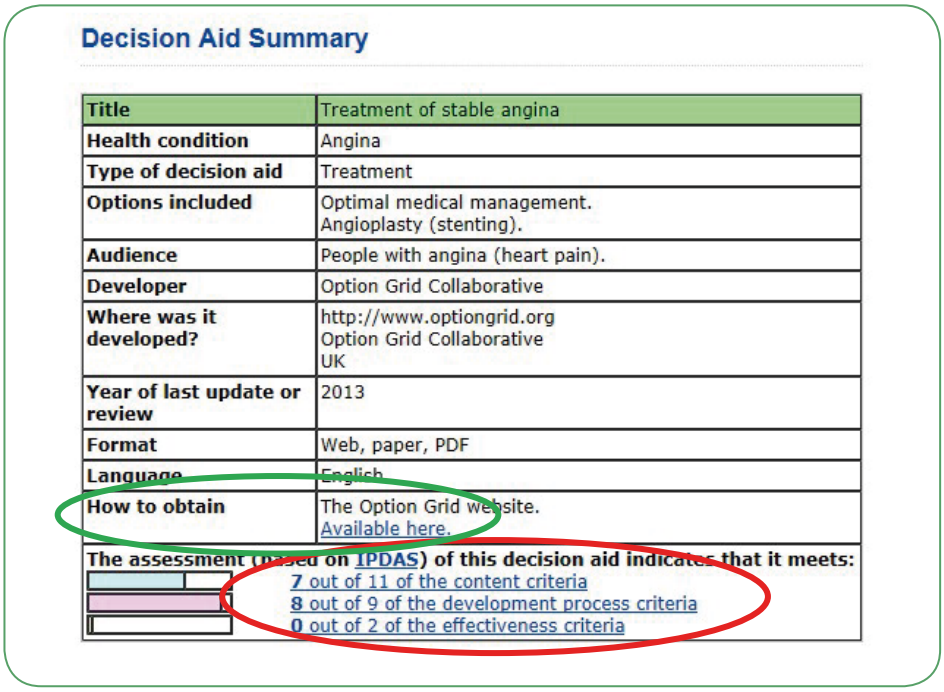
# Find et værktøj

Der findes en række eksisterende og engelsksprogede beslutningsstøtteværktøjer som man kan tilgå via et indeks, som ligger på Ottawa Hospital Research Institutes (OHRI) hjemmeside: http://decisionaid.ohri.ca under A toZ Inventory.

Disse værktøjer opfylder følgende kriterier:

- Lever op til definitionen af et beslutningsstøtteværktøj. Det vil sige, at de er udviklet til at hjælpe patienter med at træffe specifikke, overvejede valg i relation til deres behandling ved 1) at tydeliggøre beslutningen, 2) at give information om relevante behandlingsmuligheder og -udfald og 3) at hjælpe patienten med at afklare sine personlige værdier.
- Gøre rede for, hvornår de sidst blev opdateret, senest inden for de sidste fem år.
- Angiver referencer til anvendt videnskabelig evidens.
- Er offentligt tilgængelige.

Når man klikker på et værktøj, kommer man ind på en side, der ser således ud:



**Decision Aid Summary**

| | |
|---|---|
| **Title** | Treatment of stable angina |
| **Health condition** | Angina |
| **Type of decision aid** | Treatment |
| **Options included** | Optimal medical management.<br>Angioplasty (stenting). |
| **Audience** | People with angina (heart pain). |
| **Developer** | Option Grid Collaborative |
| **Where was it developed?** | http://www.optiongrid.org<br>Option Grid Collaborative<br>UK |
| **Year of last update or review** | 2013 |
| **Format** | Web, paper, PDF |
| **Language** | English |
| **How to obtain** | The Option Grid website.<br>Available here. |
| **The assessment (based on IPDAS) of this decision aid indicates that it meets:** | 7 out of 11 of the content criteria<br>8 out of 9 of the development process criteria<br>0 out of 2 of the effectiveness criteria |

Her kan man se, i hvor høj grad værktøjet lever op til IPDAS' kvalitetskriterier (se rød cirkel herover) samt hente selve værktøjet (link i grøn cirkel).