

Pasienten som diskusjonspartner i valg av utredning og behandling – «shared decision making»

Pål Gulbrandsen

Universitetet i Oslo og Akershus universitetssykehus



OnkoLiS

Gardermoen, 31. januar 2020

Pasient- og brukerrettighetsloven

- § 3-1, første ledd
 - Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.
- § 3-2, første ledd
 - Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.
- § 3-5, første og annet ledd
 - Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.
 - Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

- Hva er det å være informert?
- Hva innebærer det å bli involvert i beslutninger?
- Hva skjer egentlig i disse prosessene?

*Status presens → Autonomi →
Usikkerhet → Risiko → Informasjon →
Språkbruk → Fallgruver → Hva kan vi
gjøre for å bli bedre?*

Beslutninger i sykehus

Basert på 372 lege-pasientmøter (gjennomsnittsvarighet 22 min), identifisering av 4976 beslutninger, 13,4 beslutninger/møte (2-40)



Eirik H. Ofstad

DIAGNOSTISKE (57%)

- Innhente informasjon 10%
- Definere problem 30%
- Enkel evaluering 17%

TERAPEUTISKE (27%)

- Medikamentrelatert 13%
- Råd/forholdsregler 8%
- Intervensjon 5%
- Behandlingsmål 1%

ADMINISTRATIVE (16%)

- Kontaktrelatert 10%
- Lov/regelrelatert 2%
- Avvisning/utsettelse 4%

Implementering av pasientmedvirkning i UK (2010-2017)

The MAGIC programme

- Utfordringer
 - «we do it already»
 - «we don't have the right tools»
 - «patients don't want shared decision-making»
 - «how can we measure it?»
 - «we have too many other demands and priorities»
- Konklusjon?

Implementering av pasientmedvirkning i UK (2010-2017)

The MAGIC programme

- Utfordringer
 - «we do it already»
 - «we don't have the right tools»
 - «patients don't want shared decision-making»
 - «how can we measure it?»
 - «we have too many other demands and priorities»
- Konklusjon
 - **«Shared decision-making is about more than tools: Skills trump tools, but attitudes trump skills.»**

Urolog med 81 år gammel mann (og partneren hans), prostatasymptomer

- 5:30 Prostataen er stor nok, så det er ganske mye å fjerne hvis vi vil det, og det er nok hva jeg helst vil anbefale...men jeg vet ikke, hva sier du?
- 5:50 Det er operasjon og det er tabletter, hva tenker du?
- 6:29 Er du så plaget at du ønsker å operere?
- 6:58 Mange blir hjulpet av tabletter, men det tar tid før de virker, særlig hvis prostataen er ganske stor. Du trenger minst...minst én måned før du kan si om det er noen effekt
- 7:23 Men jeg er skeptisk... du er ikke fullstendig frisk
- 7:32 La oss prøve tabletter først...
- 7:41 [Partneren sier at det er en god idé]

- 5:30 Prostataen er stor nok, så det er ganske mye å fjerne hvis vi vil det, og det er nok hva jeg helst vil anbefale...men jeg vet ikke, hva sier du?
 - **Initialt utsagn om legens preferanse**
- 5:50 Det er operasjon og det er tabletter, hva tenker du?
 - **Gir valget til pasienten med åpent spørsmål, uten noen form for faktastøtte**
- 6:29 Er du så plaget at du ønsker å operere?
 - **Lukket spørsmål som underforstått gir valget til pasienten**
- 6:58 Mange blir hjulpet av tabletter, men det tar tid før de virker, særlig hvis prostataen er ganske stor. Du trenger minst...minst én måned før du kan si om det er noen effekt
 - **Argumenterer med tvetydighet**
- 7:23 Men jeg er skeptisk... du er ikke fullstendig frisk
 - **Introduserer risiko**
- 7:32 La oss prøve tabletter først...
 - **Tar avgjørelsen, i strid med egen initial preferanse**
- 7:41 [Partneren sier at det er en god idé]



Status presens

- Pasienter liker å være informert
- Pasienter er uenige med hverandre og seg selv om hvor mye og hvordan de vil bli involvert i beslutninger
- Involvering i beslutninger er fortsatt uvanlig
- Lov og forskrifter er klare på at pasienter skal være informert og tatt med på råd
 - Etisk begrunnet i respekt for pasientens autonomi

Spør vi bare fordi det er riktig å gjøre det?

Epistemisk autoritet versus deontisk autoritet

«Jeg vet ikke noe om det...»

- signaliserer at pas. ikke opplever å ha epistemisk autoritet (kunnskap)

«hvis du synes det...»

- Signaliserer at legen har rett til å mene mer om det (deontisk autoritet)



Altså:

Hva kan pasienten mene noe om?

Hva vil pasienten mene noe om?



Hva er autonomi?

«I feel more autonomous when I
am supported by others.»

*Middelaldrende kvinnelig workshop-
deltaker i Köln, februar 2014*

Usikkerhet – det at vi aldri
helt kan vite hva som
kommer til å skje

Utrygghet – den følelsen
usikkerhet gir



Usikkerhet ved sykdom

- Den subjektive opplevelse av usikkerhet (uncertainty)
 - Det man tenker når man merker at noe er galt med kroppen
- Usikkerhetens natur i vitenskapen
 - **Sannsynlighet (probability)**
 - Fundamental ubestemthet om fremtiden, tilfeldighet
 - **Tvetydighet (ambiguity)**
 - Mangel på troverdig, tilstrekkelig presis eller adekvat informasjon om sannsynlighet
 - **Kompleksitet (complexity)**
 - Iboende egenskaper ved usikkerheten/risikoen som gjør den vanskelig å forstå: multiple egenskaper, årsaker, eller konsekvenser



Generelt om risiko

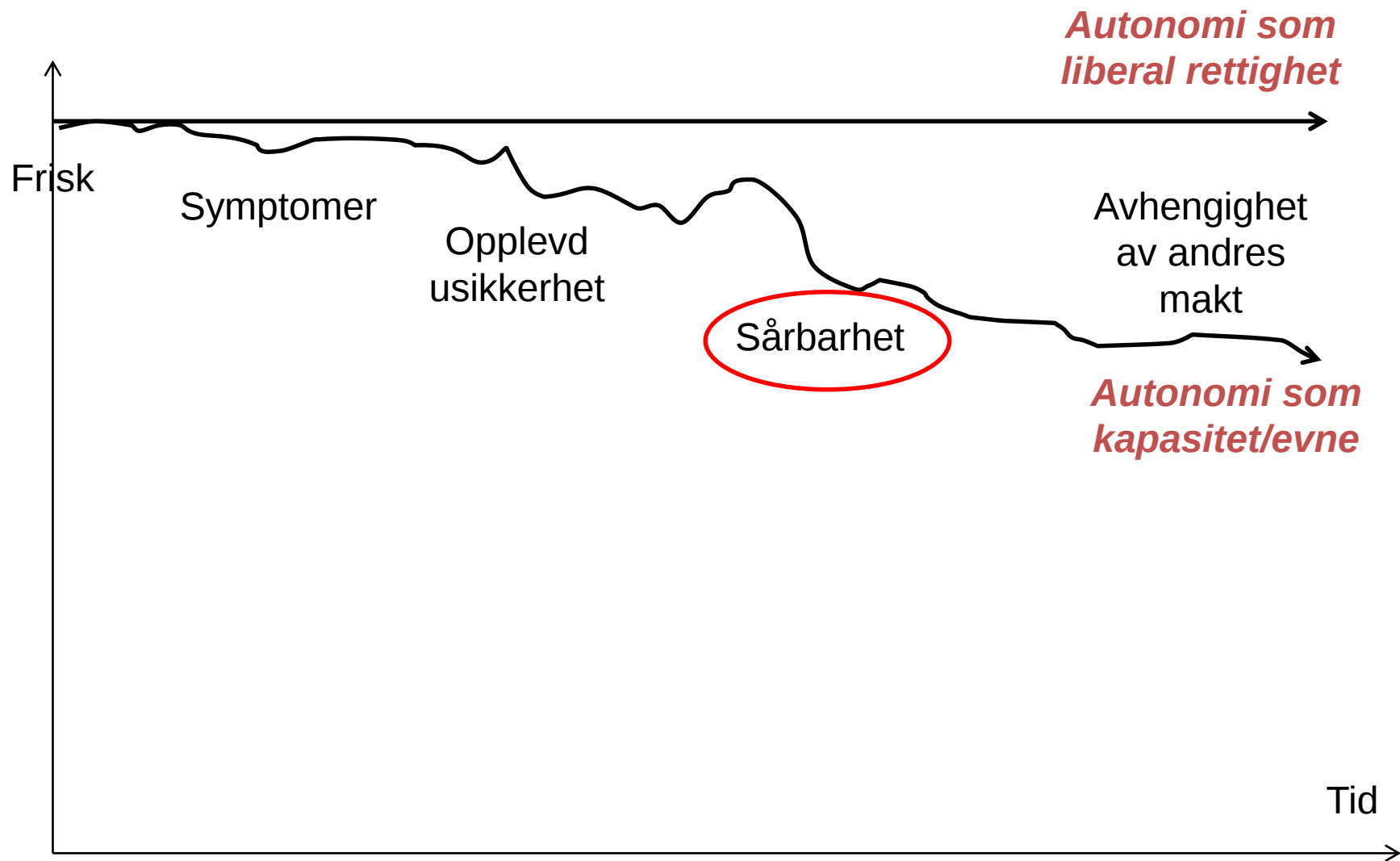
- Risiko

- Det er sterk evidens for at presentasjon som naturlige forekomster (1 av) forstås bedre enn prosentvise sannsynligheter
- Det er rikelig med dokumentasjon for at leger ikke har god forståelse for begreper som positiv og negativ prediktiv verdi, sensibilitet og spesifisitet, og derfor forstår og formidler informasjon om risiko galt

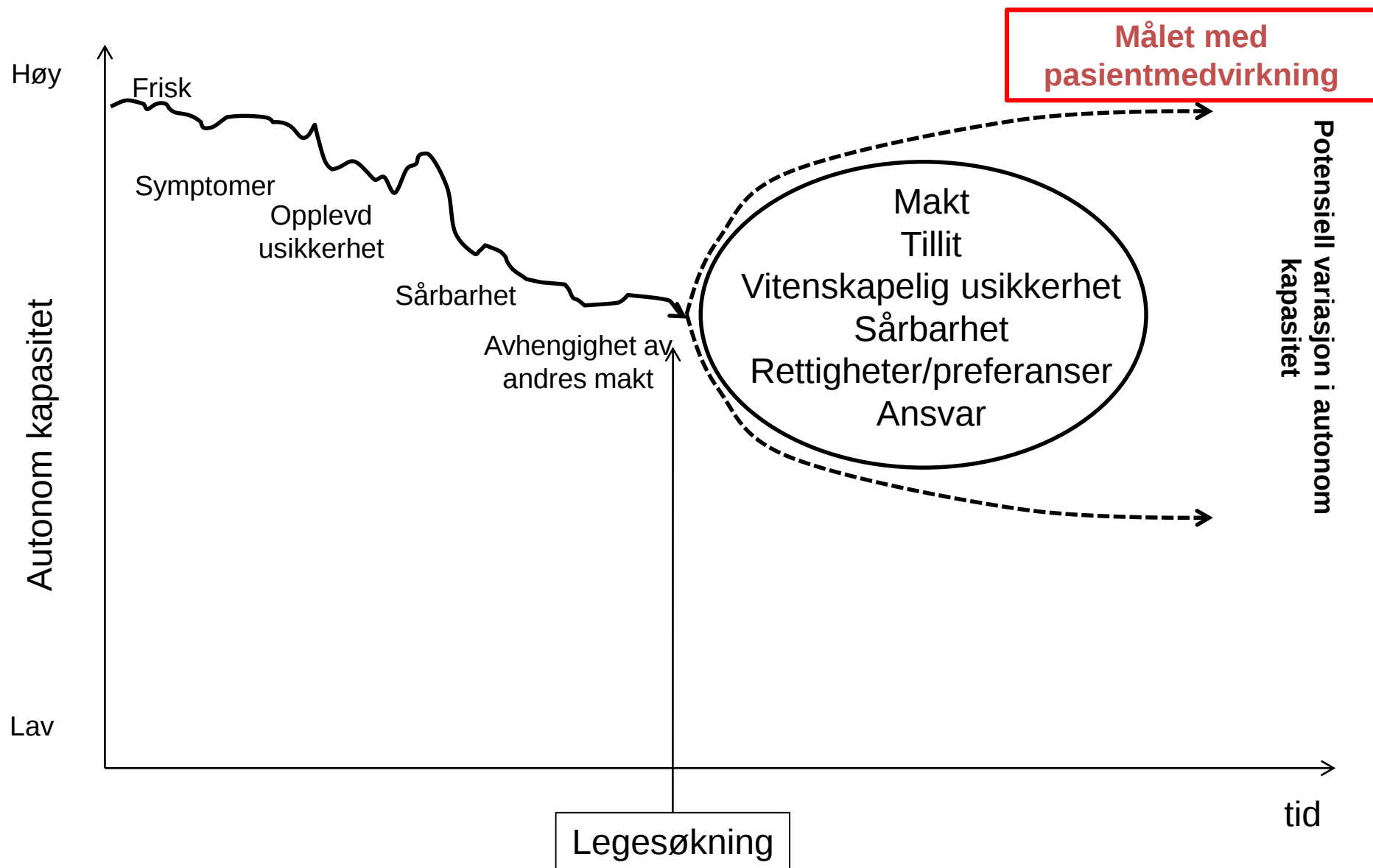
Et eksempel fra Nederland



- Risiko
 - Kommuniseres i ca. halvparten av konsultasjoner der det gis informasjon om adjuvant behandling ved brystkreft
 - 5/6 av disse om uforutsigbar risiko, flaks/uflaks
 - 1/6 om tallfestet risiko
 - Pasientene fant det enklere å forholde seg til uforutsigbar risiko, og gjenga ofte tallfestet risiko galt selv om den var presentert riktig



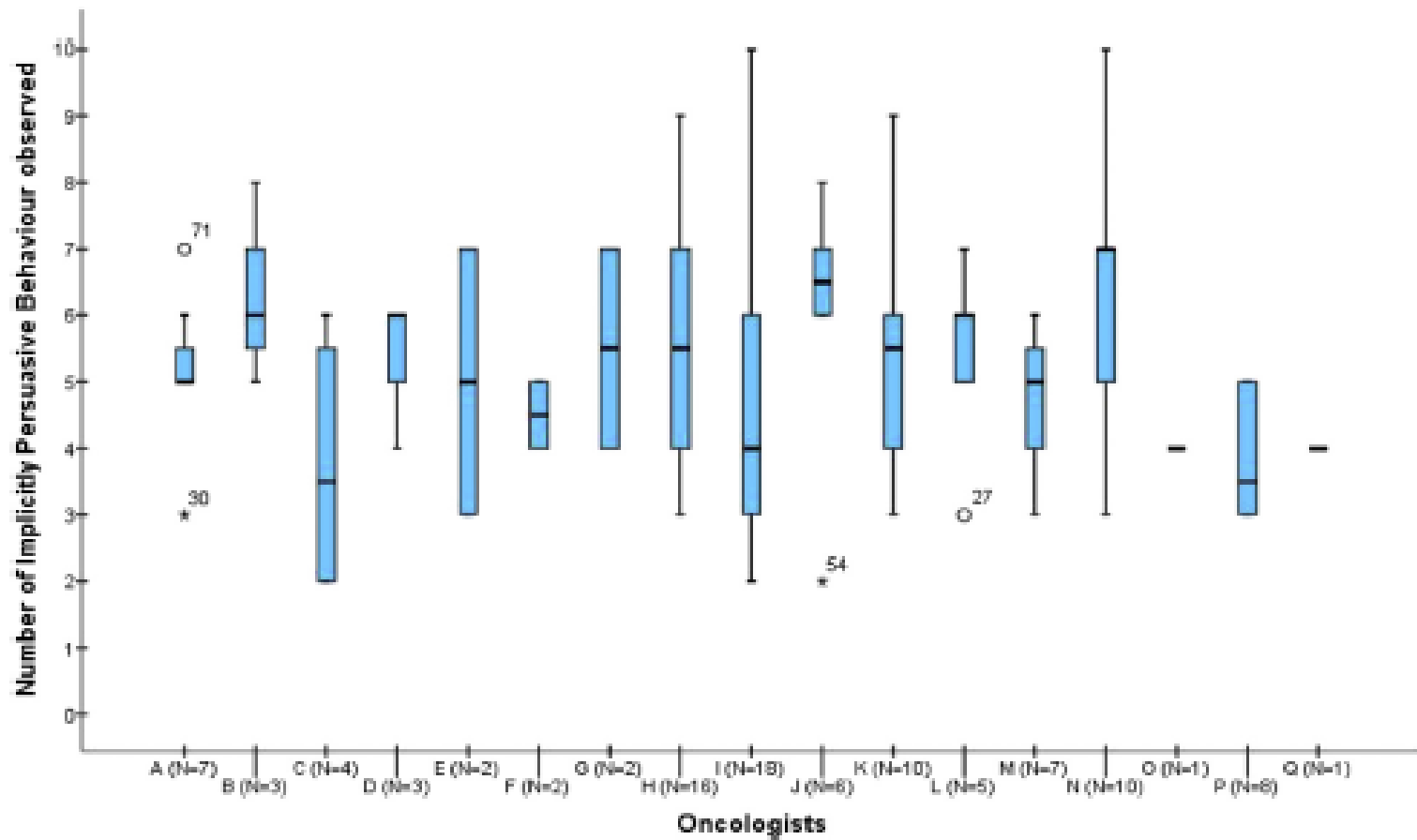
Autonomiens dobbelte natur



Ulike typer anbefalingsutsagn fra leger	Eksempler
Erklæring (i praksis nærmest en ordre)	Du trenger jerntilskudd.
Samarbeidsinvitasjon (anbefalingens ordlyd preg av fellesskap om beslutningen)	Vi kan jo legge på med en liten dose ... Skal vi ikke gi deg en injeksjon i ...
Forslag (anbefaling som langt på vei legger avgjørelsen i pasientens hender)	Du kan jo prøve Clarityn. Det skader vel ikke om du prøver den kremen.
Tilbud (ren kundeorientering)	Vil du ha noe for hosten også? Om du vil, kan jeg godt skrive ut...
Underbyggende påstand (vanligvis med en viss overtalende funksjon)	Dette er en veldig trygg medisin. Det pleier å hjelpe godt med hydrokortisonkrem for dette.

Velment overtalelse

E.G. Engelhardt et al. / European Journal of Cancer 66 (2016) 55–66



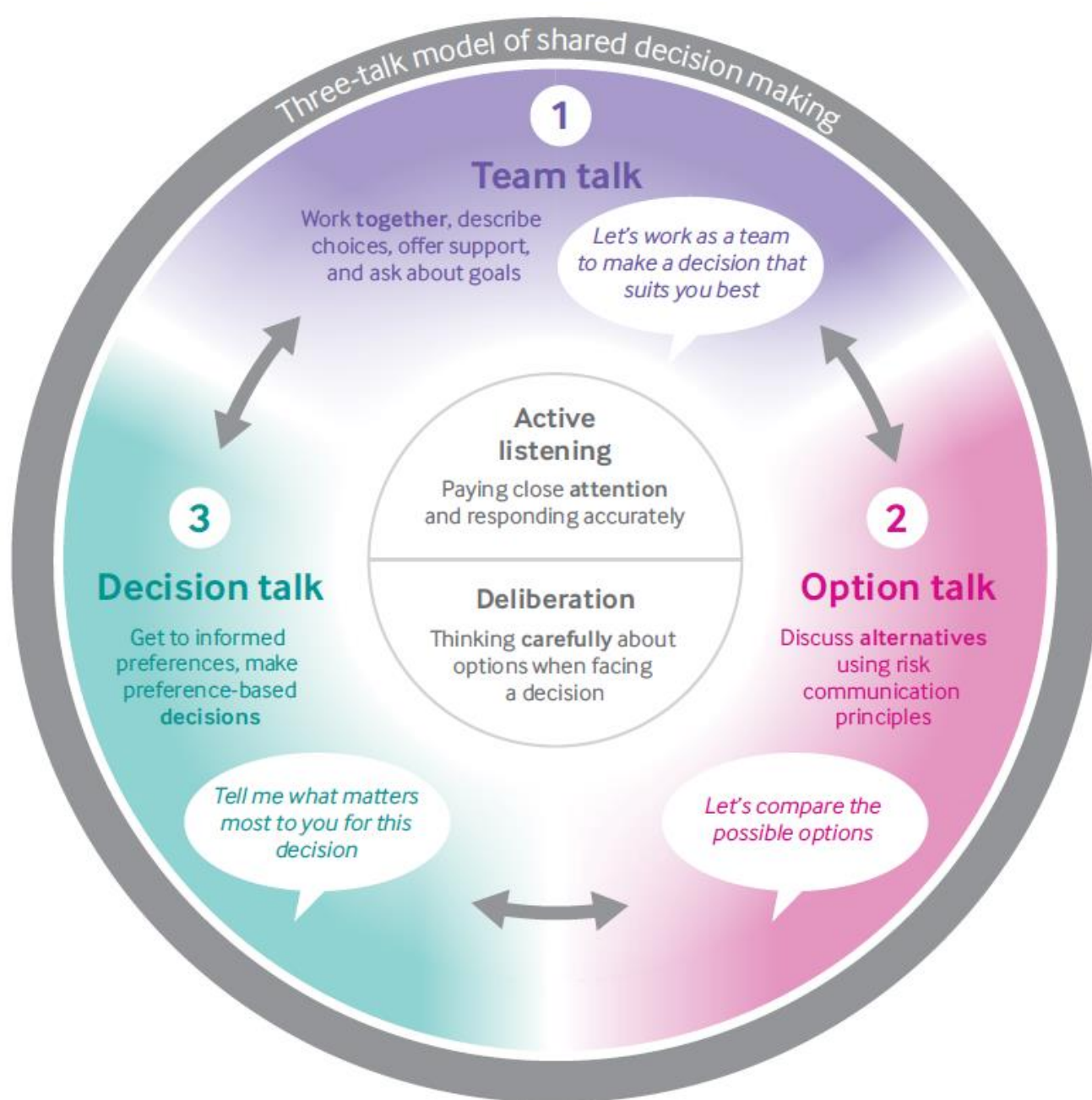
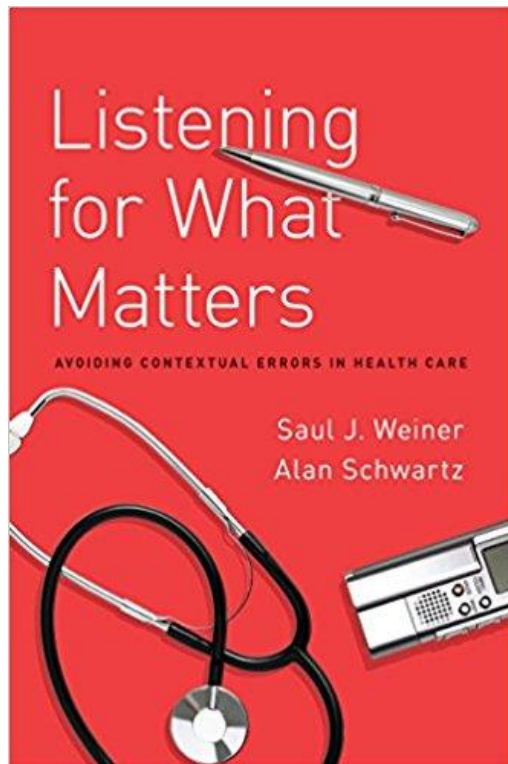


Fig 3 | Three-talk model of shared decision making, 2017

Forutinntatthet og kikkertsyn



- I 2/3 av konsultasjoner var det tegn til at det forelå en livssituasjon med betydning for behandlingen
- Bare i ca 1/3 av disse viste legene interesse, og i få tilfeller fikk det innvirkning på behandlingen
- Ekstrakostnadene ble beregnet til \$ 225 per konsultasjon for denne mangelen, hovedsakelig som underforbruk av tjenester og derav følgende dårligere behandlingsresultater
- Intervensjon: vanskelig å påvirke legene til bedring

Fire gode vaner

Vane 1: Invester i begynnelsen

Vane 2: Utforsk pasientperspektivet

Vane 3: Vis empati

Vane 4: Invester i avslutningen

Ideell informasjonsgiving



1. Redusere utrygghet (vane 1 og 3)
2. Finne ut hvor du skal begynne (vane 2)
3. Prioritere (vane 4)
4. Porsjonere (vane 4)
5. (Rasjonere) (vane 3 og 4)
6. Sjekke (vane 4)





FEATURE

ESSAY

Shared decision making: why the slow progress? An essay by Neal Maskrey

After more than 40 years of research and policy endorsement, adoption of shared decision making into routine practice has been remarkably slow. **Neal Maskrey** blames a lack of focus on doctors' broader communication skills

Neal Maskrey honorary professor, evidence informed decision making

Keele University, Staffordshire

Dialogiske beslutninger

- Spør mer
- Snakk mindre

Pål Gulbrandsen
Arnstein Finset

SKREDDERSYDDE SAMTALER

– en veileder i medisinsk
kommunikasjon




GYLDENDAL
AKADEMISK

Sjekk også ut RegUt
Helse Sørøsts
kursprogram i
veiledning, supervisjon
og kommunikasjon

Designet for erfarne
leger som skal
undervise, veilede,
supervisere og
kommunisere i eget
helseforetak