

Samvalg

Michael 2020; 17: Supplement 24; 127–43.

Samvalg er en strukturert tilnærming til hvordan kunnskap og verdier skal kommuniseres mellom helsepersonell og pasient. Hensikten er å komme frem til gode medisinske og helserelaterte beslutninger. Tilnærmingen står på et solid etisk, helsemessig og juridisk fundament, og er vist å kunne gi positive effekter for både pasient og behandler. Samvalg har fått økende oppmerksomhet i helsevesenet de siste årene med helsepolitiske føringer og engasjement i pasientgrupper som viktige drivere. Det finnes ulike tiltak for å fremme samvalg, og både leger og annet helsepersonell kan øke sin kompetanse gjennom opplæring.

Samvalg (shared decision-making) er en systematisk tilnærming til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient for sammen å ta informerte og verdibaserte valg om diagnostikk og behandling (Charles et al. 1997). Dilemmaene knyttet til helse er tallrike. Eksempler kan være valg av medikamenter ved psykiske lidelser, valg av prevensjonsmiddel, beslutninger rundt screening eller valg ved behandling mot kreft.

Utgangspunktet for en samvalgssituasjon er at ingen av alternativene fremstår som klart best for alle pasienter, men blir et spørsmål om hvordan en veier fordeler og ulemper ved de ulike mulighetene opp mot hverandre. Den eller de som velger må gjøre en avveining, eksempelvis mellom sannsynlig effekt og risiko for bestemte bivirkninger. En slik avveining avhenger prinsipielt også av verdier og preferanser (Peterson 2009). Usikkerhet rundt utfallene før beslutningen er tatt (*ex ante*) og man kjenner til resultatene (*ex post*) utgjør også en del av grunnlaget for samvalg. Et eksempel er risiko for seksuelle bivirkninger ved bruk av bestemte legemidler, som kan være viktig for noen pasienter og mindre viktig for andre. En vesentlig del av fundamentet for samvalg er etisk – respekten for pasientens autonomi, som ikke

bare er et allment etisk krav, men også kan ha helsemessig betydning. Bedre etterlevelse er en annen mulig fordel ved å være med og ta viktige valg.

Det er derfor gode grunner til at samvalg bør oppfattes som standardtilnærmingen når en skal velge mellom flere behandlinger. Viktige unntak er når pasienten ikke ønsker å delta, eller av åpenbare grunner ikke er i stand til det. Samvalg er et tilbud der pasientene deltar i den grad og på de måter hun eller han ønsker. Mange ønsker også å involvere pårørende. Å overlate beslutningen til helsepersonell er samtidig legitimt og riktig for mange pasienter.

Gjennom samvalg skal pasienten få tilstrekkelig og riktig informasjon om alle tilgjengelige og forsvarlige alternativer, og om sannsynlighetene for nytte og ulemper knyttet til valgalternativene. Pasienten skal støttes i å utforske og bli kjent med egne verdier og preferanser og i å være med og vekte fordeler og ulemper ved de ulike behandlingsalternativene opp mot hverandre. Gjennom en god prosess skal helsepersonell bli godt kjent med pasientens avveininger, slik at beslutningen som tas er i tråd med hva som er viktig for pasienten og blir individualisert. Pasient og helsepersonell møtes som partnere, der utgangspunktet er at pasienten kan forstå det vesentligste ved den faglige informasjonen som må til for å kunne ta et informert valg.

Nasjonal helse- og sykehusplan definerer samvalg slik:

Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1(1999) understreker medvirkning i sin beskrivelse av valgsituasjoner: *Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.* Samvalg konkretiserer hva medvirkningen skal innebære. Tilnærmingen rommer begreper som *brukermedvirkning på individnivå* i beslutningssituasjoner og *pasientmedvirkning*, men går lenger.

I samvalg får en på bordet all vesentlig kunnskap sammenfattet til et håndterbart omfang, og hvilke avveininger som må gjøres. Behandler åpner for og støtter en god beslutningsprosess, der pasienten blir en myndiggjort deltager. Formelt er det et begrenset antall informasjonstyper som er nødvendige for å ta valg: Hvilken informasjon som prinsipielt er relevant og hvordan den lar seg formidle på en forståelig måte er beskrevet i kriteriene for kunnskapsbasert pasientinformasjon (Lühnen et al. 2017). Pasienten må få kjennskap til at det i det hele tatt foreligger en beslutning. Alle rele-

vante alternativer må frem, alle viktige konsekvenser, og sannsynligheten for konsekvensene. Helsepersonell skal motivere og støtte pasienten til å legge frem sin personlige vurdering av konsekvensene, og til å være med og gjøre en avveining.

Ulike samhandlingsmodeller

For å kunne belyse kjennetegnene ved samvalg er det nødvendig å skille modellen fra andre mulige samhandlingsmodeller mellom lege og pasient (Charles et al. 1997, Charles et al. 1999, Elwyn et al. 1999, Towle & Godolphin 1999). I litteraturen skiller man ofte mellom fire former for samhandlingsmodeller: den paternalistiske, legen som pasientens «agent», en modell der pasienten selv tar beslutningen, og samvalg.

Beslutningen ligger enten hos legen, hos pasienten, eller hos begge. I praksis vil overgangene mellom modellene være flytende. I *den paternalistiske beslutningsmodellen* har helsepersonell tilnærmet enerett på informasjonen og informasjonsgrunnet og tar derfor også beslutningen alene basert på sin faglige kompetanse og det han eller hun mener er til det beste for pasienten (Charles et al. 1997, Emanuel & Emanuel 1992).

I behandleren som «agent»-modellen er legen også hovedaktør og har informasjonsmakten, men forsøker i større grad å ta en beslutning ut fra pasientens preferanser (Isfort et al. 2002). Informasjonsflyten går i større grad begge veier, ettersom legen etterspør informasjon fra pasienten (Simon & Härter 2009).

Modeller hvor pasienten tar beslutninger uten helsepersonell kan enten være *informerte beslutninger* eller tilhøre en modell kalt *konsumerisme*. Førstnevnte står langt på vei i kontrast til den paternalistiske modellen (Beisecker 1988). Pasienten vil ha tilgang til relevant informasjon enten gjennom helsepersonell eller via andre kilder. Begge modellene forutsetter at pasienten er klar over egne preferanser – hvor viktige de ulike mulige utfallene er (Emanuel & Emanuel 1992). Siden pasienten handler autonomt kan *informerte beslutninger* foregå med ulik grad av helsepersonells deltagelse. *Konsumerisme* innebærer at pasienten tar et selvstendig valg, kun basert på egne preferanser og innblikk i fagkunnskap, uten nødvendigvis å etterspørre relevant informasjon fra helsepersonell.

Samvalgsmodellen innebærer høy grad av samhandling mellom helsepersonell og pasient, og fordrer at begge parter er aktive og skal anses som eksperter i den aktuelle beslutningen (Charles et al. 1997, Towle & Godolphin 1999). Graden av autonomi og deltagelse i selve beslutningen kan variere i et samvalg, men i prosessen frem til selve valget deltar begge parter aktivt.

Det finnes noe ulike versjoner av hva et samvalg innebærer. Charles og medarbeidere (1997) beskriver følgende kjennetegn:

- 1) Samvalget omfatter minst to parter: lege/helsepersonell og pasient
- 2) Begge parter deltar i prosessen med å komme frem til en beslutning
- 3) Begge parter deler informasjon
- 4) Begge parter deltar i beslutningen, og tar den sammen

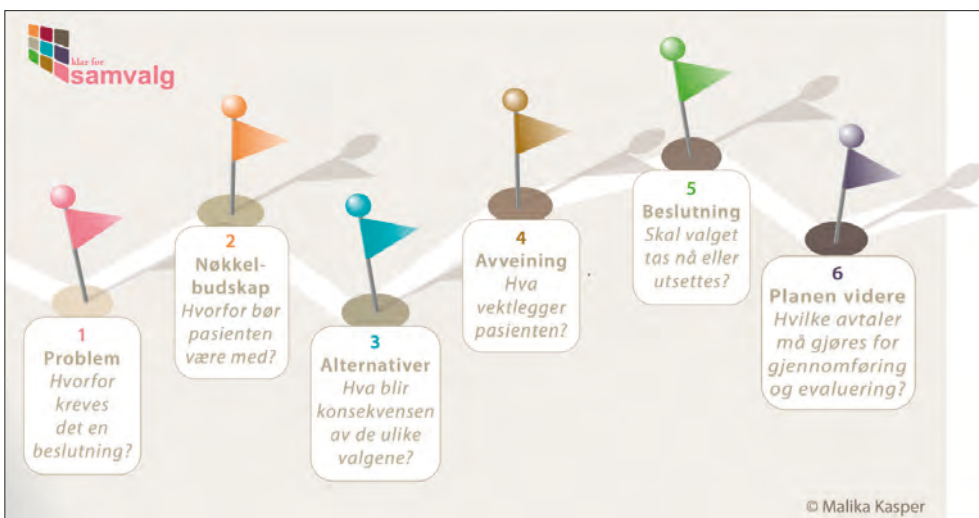
Samvalg blir i økende grad omtalt som en ideell modell for å fatte medisinske beslutninger (Coulter & Collins 2011, Dolan 2008, Emanuel & Emanuel 1992, General Medical Council 2013), men konseptet er fortsatt gjenstand for kritisk debatt. En av årsakene er forvirring som følge av ulike definisjoner (Charles et al. 1997, Charles et al. 2003). Det finnes ingen internasjonal standarddefinisjon for begrepet og det er heller ikke enighet om konseptet som modell (Isfort et al. 2002, Makoul & Clayman 2006, Simon et al. 2007). Denne svakheten er problematisk av flere grunner. Inkonsistente definisjoner fører til inkonsistent måling av samvalg. Dessuten blir tolkningen av effekter som samvalg kan gi, komplisert når det mangler en felles definisjon. For det tredje er det vanskeligere å implementere samvalg når en ikke er enige om hva som ligger i begrepet.

Makoul & Clayman (2006) har identifisert et sett med essensielle komponenter som må være til stede i et samvalg (Definer problemet, Presenter alternativene, Drøfting av nytte og risiko, Pasientens verdier/preferanser, Drøft pasientens tro på egen mestringsevne, Lege kunnskap/anbefalinger, Sjekk forståelse, Ta eller utsett beslutningen, Planen videre). Figur 1 viser *seks steg til samvalg* basert på disse elementene og er en struktur som helsepersonell kan benytte i konsultasjoner for å fremme samvalg.

Tiltak for å fremme samvalg

I Norge er retten til medvirkning forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Andre land, som England, har forsterket rettigheten gjennom krav om at pasienten ikke bare skal bli informert, men at legen også skal stimulere og motivere pasienter til å delta aktivt i beslutninger (General Medical Council 2013).

Samvalg kan støttes av ulike strategier og har størst potensial for å bli anvendt dersom tiltakene samtidig rettes mot både strukturen i helsevesenet, mot helsepersonell og mot pasienter (Légaré et al. 2014, Légaré et al. 2018, Siyam et al. 2019). Et eksempel på strukturelle endringer i helsevesenet er å tydeliggjøre samvalgsrelevante beslutninger i pasientforløpene. Dette kan forankres på ulike nivåer. Det finnes eksempler på at kliniske avdelinger endrer informasjonsflyten rettet mot pasienten, ved å omfordele ansvaret



Figur 1: Seks steg til samvalg er en struktur for ideell gjennomføring av samvalg. Rekkefølgen på stegene er av betydning og hvert steg har gitte kriterier knyttet til informasjonsdeling og til kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell. Illustrasjon: Helse Sør-Øst RHF.

mellom helseprofesjoner i teamene, for eksempel ved at sykepleiere i form av samvalgsveiledere gjennomfører deler av samvalgsprosessen (Berger-Hoger et al. 2019, Rahn et al. 2018). Tiltak rettet mot pasienten kan være kunnskapsbasert pasientinformasjon (Bunge et al. 2010), som innebærer at ikke bare innholdet, men også tilnærmingen til formidling er valgt og utformet i tråd med oppdaterte pedagogiske prinsipper. Pasienter kan også selv bidra til økt kvalitet på kommunikasjonen og være mer delaktige, gjennom å stille gode spørsmål som stimulerer helsepersonell til å involvere pasienten. Et australsk prosjekt har dokumentert betydelige effekter av kun tre generiske spørsmål som pasienten ble anbefalt å ta med i konsultasjonene (Shepherd et al. 2011): 1) hvilke alternativer har jeg? 2) hvilke fordeler og ulemper kan inntreffe ved disse alternativene? 3) Hvor sannsynlig er det at disse fordelene og ulempene vil gjelde for meg? (Direktoratet for e-helse 2019).

Den mest brukte typen tiltak som retter seg mot både pasienter og helsepersonell kalles samvalgsverktøy (patient decision aids). Samvalgsverktøy er hjelpemidler som skal støtte pasienten ved valg knyttet til spesifikke problemstillinger innen helse. Verktøyene formidler informasjon, men skal også gi pasienten gode grunner, og motivasjon, for å delta i egne valg. Noen samvalgsverktøy kan brukes av pasienter før en konsultasjon, mens andre er egnet for bruk i selve konsultasjonen, sammen med helsepersonell. Verk-

tøyene kan være enkle brosjyrer, videoer, beslutningstabeller eller avanserte, nettbaserte verktøy (Stacey et al. 2017). Støttet av politiske føringer og bevilgninger finnes det en del lovende tilnærminger i Norge (Eiring et al. 2017, Eiring et al. 2015, Agoritsas et al. 2015, Kasper et al. 2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2015b, Helse- og omsorgsdepartementet 2017, Helse- og omsorgsdepartementet 2017b). Flere samvalgsverktøy er publisert på helsenorge.no. Disse er utarbeidet i tråd med nasjonale kvalitetskriterier (Helsedirektoratet 2017) basert på en internasjonalt anerkjent standard (International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration 2013).

Tiltak rettet mot helsepersonell kan være opplæring og undervisning. Et økende antall studier som evaluerer opplæringsprogrammer er publisert de siste årene (Diouf et al. 2016, Légaré et al. 2018). En systematisk oversiktsartikkel har vist at eksisterende opplæringsmoduler fremdeles er for mye fokusert på lege-pasient-dyaden (Diouf et al. 2016). Flere studier tyder på at opplæring til tverrfaglige team eller hele avdelinger trer fram som den foretrukne strategien (Coulter 2017, Légaré et al. 2014, Scholl et al. 2018). En annen kritikk er at opplæringsprogrammene ikke er transparente nok med hensyn til didaktikk, ikke evalueres systematisk og at de i for liten grad tar i bruk metoder for hvordan å endre adferd.

For å imøtekomme økende etterspørsel etter tiltak for kompetanseheving i samvalg for helsepersonell og i mangel av kvalitetssikrede opplæringsprogrammer i Norge, har rammeverket *Klar for samvalg* blitt utviklet for å styrke kvaliteten på og omfanget av samvalg (Helse- og omsorgsdepartementet 2019a). I tråd med hva nasjonal helse- og sykehusplan etterlyser skal en ved hjelp av rammeverket «drive systematisk opplæring av helsepersonell og de som skal spre kompetansen videre, slik at samvalg blir en integrert del av helsepersonellens arbeidsmåte» (Helse- og omsorgsdepartementet 2019a).

Klar for samvalg består av ulike opplæringsmoduler blant annet rettet mot leger, sykepleiere, helsefagstudenter og samvalgsveiledere. Metodikken i rammeverket er grundig evaluert og har vist signifikante effekter med hensyn til å forbedre samvalgskommunikasjon (Geiger et al. 2017, Kasper et al. 2017b; Kienlin et al. 2019, Kienlin et al. 2020).

I hvilken grad blir pasienten involvert i dag?

Pasientautonomi og medvirkning i egne valg fantes lenge før begrepet samvalg ble til. Mange leger praktiserer samvalg helt eller delvis, uten å være kjent med begrepet. Helsepersonell ser det trolig ofte som sin plikt å bruke sin erfaring og medisinske kunnskap til å gjøre seg opp en mening om hva som er den beste behandling for en pasient med en bestemt diagnose, også før samtalen med pasienten.

Utfordringen ved å forvalte ansvaret for pasienter gjennom egne vurderinger er at det kan være stor forskjell mellom hvilke verdier og preferanser pasienten har og det legen ser for seg (Lee et al. 2010, Mendel et al. 2012, Mulley et al. 2012). I konseptet *faglig vurdering* ligger vekten på det faglige, og pasientens verdier og preferanser er ikke synlig. Men alle vurderinger rundt beslutninger er både kunnskaps- og verdibaserte, formulert av filosofen David Hume (1711–76) som det kjente *is-ought*-problemet. Et *bør* kan ikke baseres på et *er* alene (Hume 1739). Verdier, implisitte eller eksplisitte, ligger alltid også til grunn.

En systematisk oversikt viser at pasienter både vil og kan involveres i beslutninger om egen helse (Chewning et al. 2012). Pasientens vilje og ønske om å delta i behandlingsplanlegging øker når pasienten blir kjent med at det foreligger en valgsituasjon, og øker ytterligere når det blir klart hva som er fordelene, ulempene, nytteeffekt og eventuell risiko ved de ulike valgalternativene. Motivasjonen øker også når pasienten får forståelse for at eget liv i vid forstand vil bli påvirket av beslutningen. Oversikten viser dessuten at ønsket om samvalg som kommunikasjonsmetode har økt over tid (Chewning et al. 2012). Samtidig må pasienter som ikke kan eller ønsker å være aktivt involvert ivaretas og bli respektert. Det skal være opp til den enkelte å bestemme hvor mye hun eller han ønsker å være involvert. Samvalg innebærer da å opprettholde tilbudet om å være med i beslutningsprosessen, og fortsatt legge til rette for god informasjon som grunnlag for et informert valg.

En systematisk oversikt fra 2015, som omfattet 33 studier, viste at graden av reelt samvalg utført i beslutningssamtaler hvor samvalg er indisert, gjennomsnittlig ligger på 23 prosent (Couët et al. 2015). I en analyse av 380 opptak av norske spesialistlegesamtaler i 2007-08 (Fossli Jensen et al. 2011), ble det identifisert flere hundre beslutninger, hvorav 628 om medikamentell behandling (Ofstad 2015). I kun 32 samtaler ble beslutninger mellom ulike alternativer eksplisitt drøftet. Graden av samvalg var i denne selekterte gruppen sammenlignbar med nivåer målt internasjonalt. Forfatterne konkluderte med at det er stort behov for opplæring blant leger (Kienlin et al. 2016).

Samvalg som kunnskapsbasert metode

De grunnleggende prinsippene innen kunnskapsbasert praksis fremholder at beslutninger om behandling eller diagnose skal bygge på vitenskapelig kunnskap, klinisk erfaring og den enkelte pasients erfaringer og kunnskap (Straus et al. 2010). Kunnskapsbasert praksis er ikke bare forenlig med samvalg, men utgjør en helt sentral bakgrunn for tilnærmingen. Samvalg konkretiserer kunnskapsbasert praksis i beslutningssituasjoner ved at kunn-

skap fra ulike nivåer blir integrert for å komme frem til de beste individuelle beslutningene (Djulgovic et al. 2014). Samtidig må samvalg i likhet med andre intervensjoner innfri krav om å være kunnskapsbasert og å ha dokumentert nytteverdi.

Det er fortsatt for lite evidens som direkte relaterer samvalg til ulike utfall. En årsak er at måling av kommunikasjon er krevende. En studie viste at pasienter som opplever å ha deltatt i beslutninger tenderer til å oppleve bedring både av affektive og kognitive utfall, som tilfredshet og tvil rundt beslutninger, sammenlignet med andre pasienter (Shay & Lafata 2015). Samvalg fører også til flere informerte valg (Berger-Hoger et al. 2019). Liten grad av samvalg er assosiert med dårligere pasientrapporterte helseutfall (Hughes et al. 2018), men forskningen lider under mangel på tilstrekkelig rigorøse metoder (Clayman et al. 2015). Flertallet av studier som undersøker effekten av samvalg og kommunikasjon fokuserer på pasienten, men det ser også ut til at helsepersonell kan oppleve positive effekter av samvalg. Mer pasientsentrerte konsultasjoner og god kommunikasjon kan gi bedre pasient- og helsepersonelltilfredshet, bedre legenes arbeidsglede, mindre arbeidsrelatert stress og redusere utbrenthet (Maskrey 2019, Berger-Hoger et al. 2019).

Ettersom samvalg er en kompleks intervensjon, er det nødvendig med en trinnvis fremgangsmåte ved bruk av ulike typer design for å øke kunnskapsgrunnlaget, før nytteverdien kan evalueres (Craig et al. 2008). Litteraturen synes ikke å vise til noen uønskede effekter av samvalg.

Det finnes mange studier som evaluerer samvalgsverktøy. Evidensen for effektene av disse blir gjerne brukt som proxy for hva en kan forvente av samvalg, selv om samvalg i de fleste av disse studiene ikke ble målt direkte. Studiene har blant annet sett på pasientens kunnskap om valgalternativene, tilfredshet med mengden informasjon, og bevissthet om egne preferanser (Stacey et al. 2017). Samvalgsverktøy bidrar til økt kunnskap om valgalternativene, og at pasienten føler seg bedre informert og får en klarere bevissthet om egne preferanser. Verktøyene kan trolig også bidra til at pasienter får økt risikoforståelse, mer realistiske forventinger knyttet til behandlingsresultatene, bedre etterlevelse og økt delaktighet i beslutninger om egen helse (Stacey et al. 2017). Samtidig finnes ikke tilstrekkelig kunnskap om samvalgsverktøys kostnadseffektivitet (Trenaman et al. 2014, Walsh et al. 2014). Den vanligste barrieren for samvalg, rapportert av både pasienter og klinikere, er tid (Joseph-Williams et al. 2013, Legaré et al. 2008). Det finnes imidlertid ikke gode holdepunkter for at samvalg nødvendigvis tar lengre tid. Studiene som har undersøkt effekter av samvalgsverktøy eller samvalg på tidsbruk har gitt varierende konklusjoner. Av 105 studier i en Cochrane-oversikt, evaluerte ti studier effekten på tidsbruk (Stacey et al. 2017). Åtte

studier viste ingen forskjell og to viste noe lengre tidsbruk sammenlignet med vanlig praksis. Ingen studier har målt tidsbruk over flere samtaler eller hele forløp, selv om det er først der en kan forvente økt effektivitet.

Et ytterligere forbehold om kunnskapsgrunnlaget er at kvaliteten på studier avhenger av validiteten på måleinstrumentene som ble brukt. Det finnes stor variasjon i bruk av måleinstrumenter, og validiteten er omdiskutert (Gärtner et al. 2018, Scholl et al. 2011, Simon et al. 2007). Studier viser at det neppe finnes to instrumenter som samsvarer i tilstrekkelig grad (Kasper et al. 2011).

I Norge finnes det ett validert måleinstrument: *MAPPIN'SDM (Multi-focal Approach to Sharing in Shared decision-making)* (Kasper et al. 2012, Kienlin et al. 2017). Dette består av fem måleinstrumenter som måler graden av samvalg fra flere perspektiver: helsepersonell, pasient og observatør. MAPPIN'SDM operasjonaliserer og dekker de sentrale elementene i samvalg (Makoul & Clayman 2006), og er det instrumentet som dekker det største antallet av disse elementene (Bouniols et al. 2016). MAPPIN'SDM gir også mulighet å kalkulere en sammensatt koeffisient (SDMmass) som et forsøk på å løse problemet knyttet til lavt samsvar mellom de ulike samvalgsskalaene (Geiger & Kasper 2012).

Implementering

Til tross for at kunnskapsgrunnlaget og lovverket er til stede, kan samvalg i den travle kliniske hverdagen hindres av misforståelser og barrierer. I arbeid med å utvikle strategier for implementering kan en begynne med kartlegge slike barrierer og utarbeide målrettede løsninger. Samvalg kan bli oppfattet som å pålegge helsepersonell omfattende arbeid med kunnskapsoppsumming for individuelle problemstillinger. Misforståelsen kommer ikke ved en tilfældighet, da det for mange problemstillinger som krever samvalg ikke finnes et tilstrekkelig omfattende og forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsoppsumming formidlet på en måte som er forståelig for både pasienter og helsepersonell er ressurskrevende, og ansvaret for slik oppsummering er ikke alltid godt plassert.

Et annet spørsmål gjelder samvalg og nasjonale retningslinjer som gir føringer for faglig praksis. Selv om anbefalingene i retningslinjer skal støtte seg på dokumenterte effekter, er det godt kjent at hvilke alternativer en ender opp med å anbefale, ofte varierer fra land til land. Rangeringer av alternativer i første-, andre- og tredjelinjevalg vil ikke bare være basert på kunnskap, men på preferanser og verdier. I hvilken grad preferansene som ligger implisitt i rangeringen samsvarer med pasientens preferanser, blir et åpent spørsmål. Begrensningen ligger ikke minst i nåværende retningslinjers

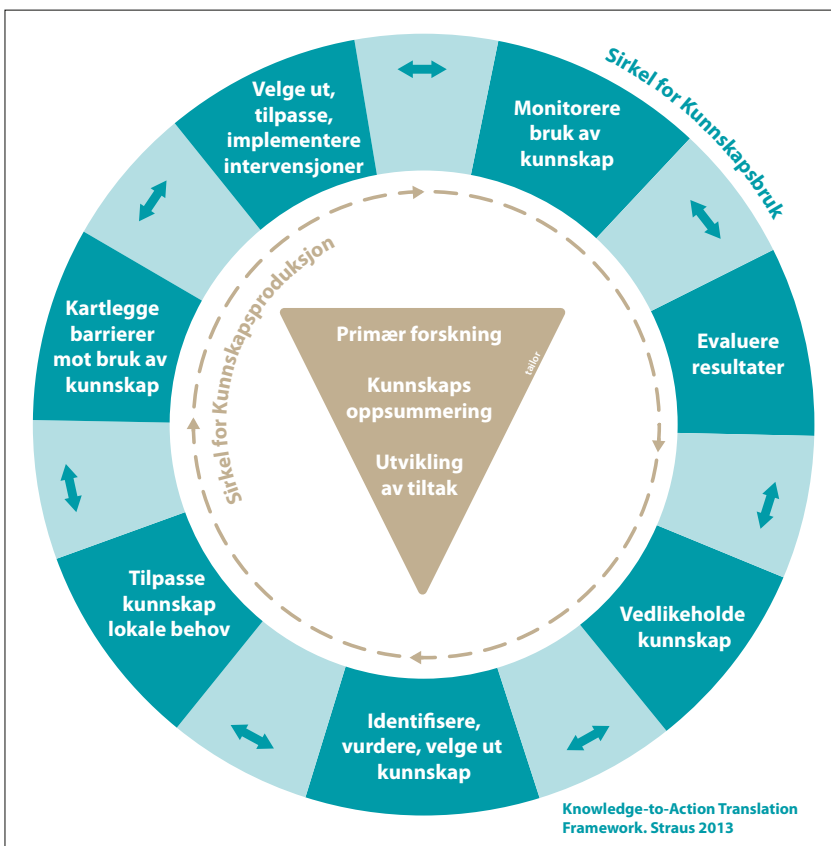
statiske format. Når retningslinjer anbefaler og rangerer behandlinger, for eksempel som første- eller andrelinjevalg, inkluderer denne rangeringen ikke enkeltpasientens avveininger. I elektroniske samvalgsverktøy kan pasientens verdibaserte avveininger gjøres eksplisitte, og rangeringen av behandlinger endres fra pasient til pasient både ut fra kunnskap og verdier. Slik står retningslinjer som gir klare anbefalinger i et visst motsetningsforhold til samvalg, der det er avgjørende at verken lege eller verktøy har noen bestemt anbefaling å komme med i utgangspunktet. Rangeringer av behandlinger er i samvalg ikke predefinerte, men står åpent når pasient og lege går inn i beslutningssituasjonen og sammen ser på alternativene. Gjennom samtale og ved hjelp av verktøy kommer en frem til hva som fremstår som det beste for pasienten og øverst i en rangering. Anbefalinger vil i beste fall begrense eller vanskeliggjøre prosessen.

I et samvalgsperspektiv kan kunnskap først bli brukt på en meningsfull måte etter en kartlegging av pasientens individuelle prioriteringer. Retningslinjer som blir benyttet uten tilstrekkelig tilpasning til hva som er viktig for pasienten står i klar kontrast til samvalg. Nye retningslinjer er samtidig i mindre grad enn tidligere instruerende og har i økende grad gått bort fra å gi tydelige anbefalinger. Målet blir heller å gi helsepersonell og pasient et godt grunnlag for å drøfte valgene.

Implementering av samvalg handler om å endre holdninger og vaner. Helsepersonell kan ønske å spare pasienten for byrden ved å delta i beslutninger, gjennom godt begrunnede forslag basert på egen kunnskap og erfaringer. Samtidig ser det ut til at helsepersonell lett kan mistolke eller være forutinntatt om pasientens preferanser (Lee et al. 2010, Mulley et al. 2012). Samvalg skal øke helsepersonells kunnskap om pasientens verdier og preferanser. I et samvalgs- og individperspektiv finnes det ingen allmenngyldig norm for hva som er en god beslutning eller et godt resultat.

Å sette samvalg ut i praksis kan trolig ikke lykkes uten kompetanseheving. Implementeringsstrategier bør derfor også arbeide med ytre rammer som insentiver, lokale tilpasninger i avdelinger og på medisinske fagområder og med generelle forutsetninger som tilgang til informasjon. En nylig publisert sonderende oversiktsartikkel (scoping review) identifiserte 159 rammeverk, modeller og teorier for implementering (Striffler et al. 2018). Felles for alle rammeverkene er oppmerksomhet mot forhold som hemmer og fremmer innføringen av ny kunnskap i klinisk praksis.

En modell for implementering er *handlings sirkelen: fra kunnskap til handling* (knowledge to action framework) der to parallelle prosesser virker på hverandre: produksjon av kunnskap og bruk av kunnskap (figur 2) (Graham et al. 2006, Straus et al. 2013).



Figur 2: Handlings sirkelen: fra kunnskap til handling. (Illustrasjon: Malika Kasper. Gjengitt med tillatelse.)

Det finnes i dag ingen suksessmodell for implementering av samvalg internasjonalt. Ingen har hittil oppnådd en tilfredsstillende grad av implementering (Coulter 2017, Härter et al. 2017). Både strukturelle og kulturelle endringer i helsevesenet, og hos helsepersonell og pasienter, ser ut til å være nødvendig for at samvalg gjennomføres fullt ut i den kliniske hverdagen, i de situasjonene der det er aktuelt. Det er derfor hensiktsmessig med en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming (Légaré et al. 2014, Scholl et al. 2018).

Fremtidsperspektiv

Norge har lang tradisjon for å vektlegge lik tilgang til helsetjenester, noe som blant annet gjenspeiles i organiseringen av helsevesenet. Også her har pasientrollen etter hvert beveget seg langt fra den tradisjonelle legekunsten basert på legers forvaltning av et kunnskapsmonopol. Dette gjenspeiles blant

annet i den voksende teknologiske utviklingen som i økende grad tilgjengeligjør nødvendig og relevant informasjon for pasienter og pårørende. Det har altså skjedd mye siden Felleskatalogen var unntatt offentligheten, en endring som kom i 1984.

I Norge ble begrepet *samvalg* lansert i mai 2014 (Nylenna 2015), og dette ble starten på en eksplisitt satsning på området fra helsemyndighetene. Samvalg ble for første gang omtalt i en stortingsmelding i 2015, senere ble dette utdypet i flere stortingsmeldinger, som ledd i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, Helse- og omsorgsdepartementet 2015b, Helse- og omsorgsdepartementet 2015c, Helse- og omsorgsdepartementet 2019b, Kasper et al. 2017a).

Også innen utdanning er det lagt tydelige føringer. Et eksempel er læringsmålene for den nye spesialistutdanningen for leger, der flere læringsmål omhandler samvalg. Det siste målet har ordlyden: «Selvstendig kunne gjennomføre en god beslutningsprosess om behandlingsoalternativer sammen med pasienten (samvalg)». Samvalg er også etterlyst i retningslinjen for radiograf-, fysioterapi- og sykepleieutdanningene (Kunnskapsdepartementet 2019).

Fordelene ved samvalg er godt dokumentert og aktivitetene for å implementere samvalg i det norske helsevesenet er økende. Norge ser ut til å være et av de landene som har hatt størst utvikling på området de senere årene og ligger nå tilsynelatende langt fremme internasjonalt (Coulter 2017, Härter et al. 2017). Å oppnå denne kulturendringen vil ta tid og kreve en betydelig innsats på flere nivåer og områder i helsevesenet i mange år fremover. Arbeid med utvikling, evaluering og implementering av tiltak som fremmer og understøtter samvalg er derfor fortsatt nødvendig.

Litteratur

- Agoritsas T, Heen AF, Brandt L, Alonso-Coello P, Kristiansen A, Akl EA et al. (2015). Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 350: g7624.
- Beisecker AE (1988). Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters. *Gerontologist* 28: 330–5.
- Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A (2019). Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: a cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 93: 141–52.
- Bouniols N, Leclere B, Moret L (2016). Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes* 9: 382.
- Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2010). What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Educ Couns* 78: 316–28.

- 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). *Soc Sci Med* 44: 681–92.
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 49: 651–61.
- Charles CA, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S (2003). Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *J Clin Oncol* 21: 932–6.
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 86: 9–18.
- Clayman ML, Bylund CL, Chewning B, Makoul G (2015). The Impact of Patient Participation in Health Decisions Within Medical Encounters: A Systematic Review. *Med Decis Making* 36: 427–52.
- Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S et al. (2015). Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect* 18: 542–61.
- Coulter A, Collins A (2011). Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf
- Coulter A (2017). National Strategies for Implementing Shared Decision Making. *BertelsmannStiftung*. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/national-strategies-for-implementing-shared-decision-making-engl>
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 337: a1655.
- Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Painchaud Guérard G, Légaré F (2016). Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. *Patient Educ Couns* 99: 1753–8.
- Dolan JG (2008). Shared decision-making – transferring research into practice: The Analytic Hierarchy Process (AHP). *Patient Educ Couns* 73: 418–25.
- Djulbegovic B, Guyatt GH (2014). Evidence-based practice is not synonymous with delivery of uniform health care. *JAMA* 312: 1293–4.
- Direktoratet for e-helse (2019). *Pasientbrosjyre: Hva er samvalg?* https://helsenorge.no/Site-CollectionDocuments/Samvalgsbrosjyre_Digital%20versjon%20111018.pdf
- Eiring Ø, Nytrøen K, Kienlin S, Khodambashi S, Nylenna M (2017). The development and feasibility of a personal health-optimization system for people with bipolar disorder. *BMC Med Inform Decis Mak* 17: 102.
- Eiring Ø, Kienlin S, Nytrøen K (2015). *Samvalgs- og beslutningsstøttesystem for langtidsbehandling ved bipolar lidelse*. <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/samvalgs-og-beslutningsstottesystem-for-langtidsbehandling-ved-bipolar-lidelse>
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 49: 477–82.
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267: 2221–6.

- Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A (2011). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 84: 163–9.
- Geiger F, Kasper J (2012). Of blind men and elephants: suggesting SDM-MASS as a compound measure for shared decision making integrating patient, physician and observer views. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 106: 284–9.
- Geiger F, Liethmann K, Reitz D, Galalae R, Kasper J (2017). Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making – Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 100: 2331–8.
- General Medical Council (2013). *Good Medical Practice*. London: General Medical Council. http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/partnerships.asp (lest 9.12.2015).
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W et al. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 26: 13–24.
- Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH (2018). The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PLoS One* 13: e0191747.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Kvalitet og pasientsikkerhet Meld. St. 12 (2015–2016). <https://www.regjeringen.no/contentassets/5cd218ed18a943198ca926ec1f737855/no/pdfs/stm201520160012000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse Meld. St. 28 (2014–2015). https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?docId=STM201420150028000DDDEPIS&q=konsekvenser&navchap=1&ch=3#match_3
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015c). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) Meld. St. 11 (2015–2016). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017a). Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017b). Oppdragsdokument 2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019a). Meld. St. 7 – Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/sec3?q=klar%20for%20samvalg#match_0 (lest 23.11.2019).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal publiseres på helsenorge.no* [Lest 8.11.2019].
- Hughes TM, Merath K, Chen Q, Sun S, Palmer E, Idrees JJ et al. (2018). Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg* 216: 7–12.
- Hume D (1739). *A Treatise of Human Nature*. London: John Noon.
- Härter M, Moumjid N, Cornuz J, Elwyn G, van der Weijden T (2017). Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123–124: 1–5.

- International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration (2013). *IPDAS. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Quality Checklist*. <http://www.ipdasi.org/2006%20IPDAS%20Quality%20Checklist.pdf>
- Isfort J, Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Butzlaff M (2002). „Shared Decision Making” Arzt oder Patient – Wer entscheidet? *Dtsch Med Wochenschr* 127: 2021–4.
- Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 94: 291–309.
- Kasper J, Heesen C, Köpke S, Fulcher G, Geiger F (2011). Patients’ and Observers’ Perceptions of Involvement Differ. Validation Study on Inter-Relating Measures for Shared Decision Making. *PLoS One* 6: e26255.
- Kasper J, Hoffmann F, Heesen C, Köpke S, Geiger F (2012). MAPPIN’S DM – The Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making. *PLoS One* 7: e34849.
- Kasper J, Lager AR, Rumpfeld M, Kienlin S, Smestad KH, Bråthen T et al. (2017a). Status report from Norway: Implementation of patient involvement in Norwegian health care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123–124: 75–80.
- Kasper J, Liethmann K, Heesen C, Reissmann DR, Geiger F et al. (2017b). Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions—Preliminary testing of a newly developed module. *Health Expect* 20: 1254–63.
- Kasper J, Rumpfeld M, Lauritzen M, Johnsen AG, Måseide AK, Lager A et al. (2017). *The Decision Aid Factory (DAfactory) – between prototype and series production*. Abstrakt presentert på The 9th International Shared Decision Making conference, Lyon, France.
- Kienlin S, Kristiansen M, Ofstad E, Liethmann K, Geiger F, Joranger P et al. (2017). Validation of the Norwegian version of MAPPIN’S DM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. *Patient Educ Couns* 100: 534–41.
- Kienlin S, Kasper J, Liethmann K, Grafe A, Stacey D, Nytrøen K (2019). *Evaluation of an interprofessional training module in Shared Decision Making (Ready for SDM): a cluster randomized controlled trial*. Abstrakt presentert på The 10th International Shared Decision Making conference, Quebec, Canada.
- Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, Kasper J (2020). Ready for SDM: pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. Innsendt til vurdering, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Kunnskapsdepartementet (2019). *Nye retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene*. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/nyhetssaker/nasjonale-retningslinjer-for-fase-1-er-vedtatt/id2632780> (lest 8.11.2019).
- Lee CN, Hultman CS, Sepucha K (2010). Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? *Ann Plast Surg* 64: 563–6.
- Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Hamburg. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (lest 26.1.2020).
- Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals’ perceptions. *Patient Educ Couns* 73: 526–35.

- Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID et al. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 15: CD006732.
- Légaré F, Adepedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID et al. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD006732.
- Makoul G, Clayman ML (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 60: 301–12.
- Maskrey N (2019). Shared decision making: why the slow progress? *BMJ* 367: 16762.
- Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D, Bühner M, Berthele A, Kissling W et al. (2012). Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? *Health Expect* 15: 23–31.
- Mulley AG, Trimble C, Elwyn G (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 345: e6572.
- Nylenna M (2015). Om samvalg og andre sam-ord. *Tidsskr Nor Lægeforen* 135: 149.
- Ofstad E (2015). Medical decisions in 372 hospital encounters. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/47883/dravhandling-Ofstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (lest 30.1.2020).
- Peterson M (2009). *An Introduction to Decision Theory*. New York: Cambridge University Press.
- Rahn AC, Köpke S, Backhus I, Kasper J, Anger K, Untiedt B et al. (2018). Nurse-led immunotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis (DECIMS) – Feasibility testing, pilot randomised controlled trial and mixed methods process evaluation. *Int J Nurs Stud* 78: 26–36.
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Légaré F, Härter M et al. (2011). Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 105: 313–24.
- Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G (2018). Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them – a scoping review. *Implement Sci* 13: 40.
- Shay LA, Lafata JE (2015). Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Med Decis Making* 35: 114–31.
- Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM et al. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns* 84: 379–85.
- Simon D, Loh A, Härter M (2007). Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 101: 259–67.
- Simon D, Härter M (2009). Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbsthilfe. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52: 86–91.

- Siyam T, Shahid A, Perram M, Zuna I, Haque F, Archundia-Herrera MC et al. (2019). A scoping review of interventions to promote the adoption of shared decision-making (SDM) among health care professionals in clinical practice. *Patient Educ Couns* 102: 1057–66.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD001431.
- Straus SE, Tetroe J, Graham ID (2013). Knowledge Translation in Health Care. John Wiley & Sons.
- Striffler L, Cardoso R, McGowan J, Cogo E, Nincic V, Khan PA et al. (2018). Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited use. *J Clin Epidemiol* 100: 92–102.
- Towle A, Godolphin W (1999). Framework for Teaching and Learning Informed Shared Decision Making. *BMJ* 319: 766–71.
- Trenaman L, Bryan S, Bansback N (2014). The cost-effectiveness of patient decision aids: a systematic review. *Healthc (Amst)* 2: 251–7.
- Walsh T, Barr PJ, Thompson R, Ozanne E, O'Neill C, Elwyn G (2014). Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. *BMJ* 348: g188.

Simone Kienlin
Spesialrådgiver samvalg og
ph.d.-kandidat
Samhandling og brukervedvirkning
Helse sør-øst RHF
og
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet
simone.kienlin@helse-sorost.no

Øystein Eiring
Fagsjef og seniorrådgiver
Avdeling for formidling og bruk av
kunnskap
Folkehelseinstituttet
og
Stab helse
Sykehuset Innlandet
oe.eiring@gmail.com

Jürgen Kasper
Professor dr.phil.
Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefrem-
mende arbeid
OsloMet – storbyuniversitetet
og
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet
jurgenka@oslomet.no

