

FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING



STATUS OVER FORSKNING OG VANLIG PRAKSIS

- En beskrivelse af en model, der på en enkel måde sikrer, at patienten reelt inddrages i målsætningen og beslutningen om behandling.
- Anvendelse af fælles beslutningstagning i praksis.



ERFARINGER MED BRUGERINDDRAGELSE

Kort præsentation af et projekt om brugerinddragelse på Aarhus Universitetshospital.



LÆS OGSÅ PÅ FYSIO.DK

- Referenceliste til artiklen
- Interview med to projektledere fra henholdsvis Svendborg Kommune og Aarhus Universitetshospital.



STINA LYKKE
BROGÅRD ANDERSEN

Fysioterapeut, ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning. Titlen på ph.d.-projektet: "Development, evaluation and effectiveness of a decision aid for patients in choosing surgical or nonsurgical treatment for lumbar herniated disc".

Fælles beslutningstagning kræver forberedelse og en systematisk tilgang

I artiklen beskrives en enkel model, der kan være med til at sikre, at patienterne føler sig inddraget i beslutningerne om deres behandling og behandlingsforløb.

FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING KOMMER af det engelske begreb ”shared decision making” og er en metode, der kan anvendes til at inddrage patienterne i fælles beslutninger omkring deres behandling eller forløb i sundhedsvæsenet. Det drejer sig således kun om en lille hjørneste af brugerinddragelsesbegrebet, der ifølge ViBIS (Videnscenter for brugerinddragelse) indbefatter tre niveauer: et individuelt, organisatorisk og et pårørendeniveau (1). Fælles beslutningstagning hører således under den individuelle brugerinddragelse og bruges i situationer, hvor der er flere tilsyneladende ligeværdige tilbud om behandling, eller hvor alternativet til behandling er ingen behandling. Den kan også være relevant i situationer, hvor patienter tilbydes screeninger eller test, som kan til- eller fravælges. Der er stor bevågenhed omkring metoden herhjemme, men det er ikke noget nyt begreb, og der er blevet forsket i fælles beslutningstagning i over 20 år (2).

Fælles beslutningstagning er en mere eller mindre systematisk

metode, hvor klinikere og patienter udveksler viden for at finde frem til den rigtige behandling til den enkelte patient. Klinikere har en viden om selve behandlingen og effekten, og patienterne har en viden om eget liv og dermed om, hvilke værdier og præferencer, der kan være afgørende for beslutningen om den endelige behandling.

En beslutningsproces, hvor principperne fra fælles beslutningstagning anvendes, kan være med til at sikre, at patienter ikke blot giver et informeret samtykke, men at de træffer et informeret valg på baggrund af balancerede informationer. Det informerede samtykke er et samtykke givet på baggrund af oplysninger om den behandling, der tilbydes og evt. tilvælges. Det informerede valg er derimod et valg truffet på baggrund af balancerede informationer omkring de mulige behandlinger, der kan være i spil. Endeligt er den fælles beslutning en yderligere udveksling af viden og præferencer samt et gennemgående samarbejde mellem kliniker og patient omkring den beslutning, der skal træffes (3).





Tre-trins-modellen

Elwin et al. har udarbejdet en simpel model, der bygger på hovedelementerne i fælles beslutningstagning – ‘The three talk model’ (4). Modellen har til formål at give nogle let genkaldelige trin, der kan anvendes i dialogen mellem patient og behandler. Modellens cirkulære design understreger, at delementerne i fælles beslutningstagning ikke, i praksis, er skarpt opdelt, men som oftest flyder mere eller mindre ind i hinanden. De tre trin: team-snak, valg-snak og beslutnings-snak er beskrevet i det følgende.

Trin 1 – Team-snak

Indledningsvist er det vigtigt at gøre det tydeligt for patienten, at han nu står i en situation, hvor der er flere muligheder for behandling, og at det forventes, at han og fysioterapeuten, som et team, finder frem til, hvilken behandling, der er den bedste for ham. Fysioterapeuten skal gøre patienten opmærksom på, at beslutningen træffes i fællesskab, og at fysioterapeuten vil hjælpe patienten hele vejen igennem beslutningsprocessen. Som en del af denne indledende snak drøftes også, hvilke mål patienten har, og hvad han forventer af en given behandling.

Trin 2 – Valg-snak

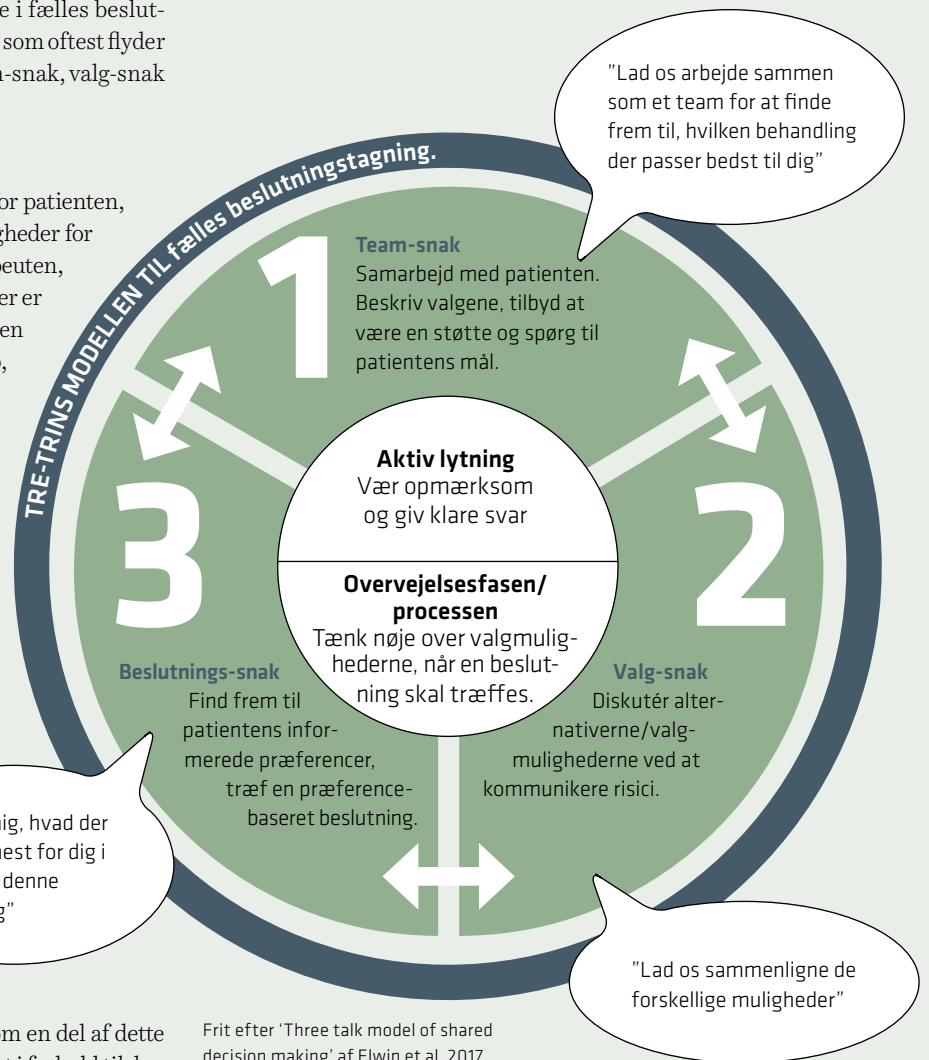
I forbindelse med valg-snakken beskrives og sammenlignes de valgmuligheder, patienten står overfor, og det gøres klart for patienten, hvad de enkelte muligheder indebærer: Hvad indeholder de, hvad skal patienten igennem, og hvad kan der være af fordele og ulemper ved den enkelte behandling? Det er vigtigt, at valgmulighederne bliver præsenteret på en balanceret måde (5). Det vil sige, at der skal være nogenlunde lige mange fordele og ulemper skitseret ved hver mulig behandling, og de skal fremlægges neutralt.

Hvor meget de enkelte fordele og ulemper skal vægtes, skal være op til patienten at afgøre. Som en del af dette trin præsenteres også den evidens, der er på området i forhold til den forventede effekt af en given behandling samt hvilke risici, der er forbundet med denne. Såfremt evidensgrundlaget er sparsomt, bør patienten orienteres om dette, og den fagprofessionelles eget erfaringsgrundlag må i stedet bringes mere i spil. Det bør stå helt klart for patienten, hvad den fagprofessionelle reelt ved ud fra forskningen, og hvad der bygger på egne erfaringer.

Trin 3 – Beslutnings-snak

Efter at have gennemgået valgmulighederne, skal der i det tredje trin træffes en beslutning. I beslutningssnakken drøftes patientens

præferencer omkring de informationer, han har fået. Hvad betyder mest for ham? Hvor meget vejer en given risiko i forhold til en given effekt? Er der andre ting, der spiller ind: familiære, sociale, økonomiske omstændigheder osv. I visse tilfælde vil det være nødvendigt at gentage et eller flere trin.



Ofte er der rigtig mange informationer, som patienterne bliver bedt om at forholde sig til, og det kan derfor være nødvendigt med betænkningstid. Nogle patienter har brug for at drøfte behandlingsmulighederne med familie eller andre pårørende eller har behov for at mærke efter, hvad der er vigtigt for dem selv. I det øjeblik en patient udbeder sig betænkningstid, er det fordi, der er noget på spil, og ideelt set bør muligheden derfor altid være til stede.

Beslutningsstøtteværktøj

Til at understøtte fælles beslutningstagning kan der anvendes et beslutningsstøtteværktøj. Der er ikke fuld enighed om, hvad et beslutningsstøtteværktøj bør indeholde, eller hvordan og hvornår det skal anvendes. Derfor er designet på eksisterende beslutningsstøtteværktøjer også vidt forskellige. En ekspertgruppe indenfor fælles beslutningstagning har dog angivet en række kriterier, som kan anvendes til at vurdere kvaliteten af et beslutningsstøtteværktøj. Disse kriterier kaldes IPDAS-kriterierne (International Patient Decision Aid Standards) (6,7). Disse bør anvendes, såfremt man selv står overfor at skulle udvikle et beslutningsstøtteværktøj. Coulter et al. har ligeledes beskrevet, hvordan arbejdsprocessen omkring udvikling af et beslutningsstøtteværktøj kan gribes an, fra den indledende definition af fokus, formål og målgruppe til den afsluttende test og evaluering af redskabet (8).

Der er udført relativt mange studier, som viser positive effekter af at anvende værktøjer til understøttelse af fælles beslutningstagning. Et Cochrane review fra 2017 af Stacey et al. viser, at anvendelse af beslutningsstøtteværktøj i forskellige behandlingssituationer kan øge patienternes viden om behandlingsmuligheder og give mere præcise forventninger om risici ved de forskellige behandlingsmuligheder. Desuden føler patienterne sig mere informerede, og anvendelse af beslutningsstøtteredskaber ser ud til at gøre patienterne mere sikre på personlige værdier og præferencer samt mere aktive i beslutningsprocessen (2). Endeligt viser flere undersøgelser, at færre patienter fortryder deres valg, når de har været præsenteret for et beslutningsstøtteredskab, og færre patienter vælger de mere indgribende behandlinger som f.eks. større elektive operative indgreb (2).

Så vidt vides, er der ikke udviklet noget dansk beslutningsstøtteværktøj til at underbygge fælles beslutningstagning specifikt indenfor fysioterapi. Der er dog udviklet en generisk skabelon af ”Center for fælles beslutningstagning” på Sygehus Lillebælt (CFFB.dk), der kan tilpasses en specifik valgsituation, og derefter anvendes i konsultationer mellem behandler og patient. Værktøjet testes i øjeblikket i et enkelt rykirurgisk forskningsprojekt samt i adskillige projekter i onkologisk regi. Værktøjet er relativt kort og udviklet i tæt samarbejde med klinikere og patienter i en dansk kontekst. Til værktøjet følger en udførlig manual, så det kan tilpasses den enkelte målgruppe. Herudover findes en dansk oversættelse af ”Ottawa Personal Decision Guide”. Dette er også et generisk værktøj, der er udviklet til såvel sociale som sundhedsmæssige beslutninger. Det kan tilpasses den enkelte valgsituation og kan derfor også

BRUGERINDDRAGELSE

Der findes ikke nogen entydig definition af begrebet brugerinddragelse. Sundhedsstyrelsen afgrænser dog begrebet ved at anvende ordet ’bruger’ alene som betegnelse for borgeres, patienters og pårørendes perspektiv.

ViBIS skelner mellem tre former for brugerinddragelse:

- 1 Individuel brugerinddragelse, hvor patienterne og de pårørende inddrages i egne forløb
- 2 Organisatorisk inddragelse, hvor brugerne f.eks. inddrages som repræsentanter for brugerperspektivet i processer af betydning for organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet
- 3 Pårørende inddragelse, som omhandler inddragelse af pårørende i patientens individuelle behandlingsforløb eller organisatorisk inddragelse af pårørende i kvalitetsudvikling. Desuden skelnes mellem inddragelse af pårørende som en ressource i patientens behandlingsforløb, og inddragelse af pårørende i forhold til den pårørendes egne behov for støtte.

Kilde: danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse

Herudover kan være tale om indirekte brugerinddragelse, hvor sundhedsprofessionelle bidrager med deres erfaringer med samarbejde og inddragelse af brugerne samt viden om brugerproblematikker. Indirekte brugerinddragelse kan også være forskningsbaseret viden, der bygger på patient rapporterede data.

anvendes i fysioterapeutisk regi. Guiden findes på The Ottawa Hospitals Research Institutes hjemmeside, sammen med en lang række andre beslutningsstøtteværktøjer. De fleste er dog engelske og udviklet til helt bestemte valgsituationer, hvor kun ganske få kommer omkring fysioterapeutiske behandlinger. Finder man et værktøj, der kan synes relevant, bør man sikre sig, at det enkelte ➤



»> værktøj opfylder IPDAS kvalitetskriterier (alle redskaber på Ottawa Hospitals hjemmeside er vurderet ud fra IPDAS-kriterierne). Desuden skal man være opmærksom på, om værktøjet er opdateret og bygger på den nyeste evidens.

Implementering

Flere undersøgelser viser, at patienter som oftest ønsker at være med i beslutningen om deres behandling (9,10). Et tysk studie gennemført med patienter, der har modtaget fysioterapi, viser samme tendens (11). Hvorvidt fælles beslutningstagning anvendes i fysioterapeutiske sammenhænge i Danmark, er ikke undersøgt, men et relativt stort belgisk studie viser, at fysioterapeuter er positive overfor at anvende fælles beslutningstagning. Dog angiver 60 procent, at de ikke har kendskab til principperne i det. Endvidere angiver 66 procent i det belgiske studie, at de har en mere paternalistisk tilgang i beslutningsprocessen, hvor de, som behandlere, træffer beslutningen om behandlingen for patienten. Så selvom den tidligere, meget paternalistiske, tilgang til patienterne er blødt noget op, er der stadig brug for en kulturændring blandt både klinikere og patienter. Mange ting kan være en barriere for fælles beslutningstagning hos såvel klinikere som patienter. De mest kendte barrierer blandt klinikere er, at det er for besværligt og mere tidskrævende at inddrage patienterne. Desuden er der ikke enighed om anvendeligheden i de forskellige patientgrupper eller i de forskellige kliniske situationer (12).

Et systematisk litteraturstudie med den sigende titel "Knowledge is not power for patients" beskriver ligeledes en række patientbarrierer og -facilitatorer, som er relevante at adressere i forsøget på at anvende og implementere fælles beslutningstagning (13). Hæmmende faktorer kan blandt andet være strukturelle forhold som: tid i forbindelse med konsultationer, kontinuitet i behandlingen samt arbejdsgange, der for patienten kan synes uhensigtsmæssige. Desuden fremhæves det, at der kan forekomme en ubalance i magtforholdet mellem patient og behandler, bl.a. hvis patienter ikke anser deres egen ekspertise som værende værdifuld. Patienter kan endvidere være bange for at blive opfattet som uflexible og besværlige, hvis de

THE OTTAWA DECISION GUIDE

Guiden, der er oversat til dansk, kan downloades fra:
decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDC-Danish.pdf

.....

stiller spørgsmål ved den anbefalede behandling. Konklusionen på studiet er, at patienter har brug for såvel viden som magt (power) for at kunne deltage i fælles beslutningstagning, og resultaterne viser, at patienter nok nærmere har svært ved at indgå i fælles beslutninger fremfor den mere gængse opfattelse, at de ikke vil (13).

Beslutningstagning sat i perspektiv

Selvom det danske sundhedssystem i stadig højere grad har fokus på service og bliver mere brugerorienteret, er der én væsentlig faktor, der gør, at sundhedsydelse adskiller sig fra andre forbrugsydelser. Ydelser i sundhedsvæsenet opsøges sjældent af egen fri vilje. Artiklen: "When patients and their families feel like hostages to health care" berører netop denne problemstilling (14). Artiklen beskriver, hvordan man som patient og pårørende kan føle, at man er nødsaget til at forhandle sig til en god behandling. Man kan som patient være bange for at blive stemplet som "den besværlige patient" og går derfor på kompromis. Det betyder, at man eventuelt undgår at stille spørgsmål ved en anbefalet behandling, eller at man ikke får udtrykt de bekymringer, man måtte have. Som patient gør man dette af frygt for ikke at få den nødvendige opmærksomhed og i sidste ende den bedste behandling. Således indgår man måske et kompromis, hvor man underspiller en bekymring eller spørger mindre, end hvad man egentlig ville eller burde. Det bliver særlig tydeligt, når der er noget på spil, når ens tilstand forværres og man bliver mere afhængig af de sundhedsprofessionelle. Dette underbygger netop behovet for fælles beslutningstagning og et behov for at delagtiggøre patienterne og invitere dem ind i processen omkring beslutninger. ●



Find en komplet referenceliste sammen med den elektroniske version af artiklen på fysio.dk

Anvendelse af fælles beslutningstagning i praksis

I artiklen gives der et eksempel på, hvordan fælles beslutningstagning kan tage sig ud i praksis, herunder hvad fysioterapeuten kan gøre, når evidensen er svag, og patienten ønsker noget andet end det, der anbefales.

AF STINA LYKKE BROGÅRD ANDERSEN

SOM FYSIOTERAPEUT KAN det være væsentligt at kende til principperne i fælles beslutningstagning og anvende dem, når det er relevant at inddrage patienterne i valget om behandling. Der er ofte i den fysioterapeutiske praksis flere muligheder for behandling til den enkelte patient. Patienterne kan derfor stå i et valg mellem forskellige behandlinger, såsom aktiv vs. passiv behandling, forskellige træningsformer, holdtræning vs. individuel træning eller eksempelvis i et valg mellem fysioterapi eller ingen behandling, fysioterapeutisk og medicinsk eller fysioterapeutisk og kirurgisk behandling.

Som nævnt i statusartiklen om fælles beslutningstagning, kan fælles beslutningstagning kun anvendes, når patienter eller borgere har et reelt valg. I fælles beslutningstagning tages højde for såvel *fysioterapeutens faglige ekspertise, den eksisterende evidens samt patientens viden, værdier og personlige præferencer*. Det vil sige, at fysioterapeuten skal informere patienten om behandlingsmuligheder, mulige resultater og risici, men ligeledes give plads til, at patienten fortæller om sine forventninger og holdninger til dette, om sine livsforhold, værdier og erfaringer med sygdom og behandling.

I det følgende tages udgangspunkt i to forskellige cases, hvor det ville være relevant at anvende fælles beslutningstagning. Begge eksempler tager udgangspunkt i den tidligere beskrevne tre-trinsmodel (1). I den første case gives der eksempler på overvejelser ift. evidens, og hvordan fordele og ulemper kan opvejes. I den anden case lægges der op til refleksion.

KVINDE MED SKLEROSE OG NAKKESMERTER

I fagbladet Fysioterapeuten nr. 3, 2017 blev der præsenteret en case med et behandlingsdilemma:

En praktiserende fysioterapeut fik henvist en patient med multipel sklerose. Patienten blev i første omgang præsenteret for en behandlingsplan indeholdende balance- og konditionstræning i overensstemmelse med anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med multipel sklerose (2). Patienten blev orienteret om, at der i forbindelse med træningen var risiko for kortvarig symptomforværring, men at der kunne forventes en forbedring efter 10-12 uger. Patienten indvilgede i denne behandlingsplan. Efter fem uger vendte hun tilbage til fysioterapeuten, da hun ikke ønskede at træne mere. Hun syntes ikke, træningen virkede og havde fået ondt i nakken, efter hun var begyndt at træne. Hun efterspurgte derfor massage, da hun havde hørt, at det kunne have en god virkning på nakkeproblemet.

Behandlingsmuligheder

Det første spørgsmål, der kommer efter at have læst denne case, er formentlig, om man bør tilbyde en anden behandling, end den, der anbefales i den nationale kliniske retningslinje for multipel sklerose. Der vil sikkert være delte meninger om dette, og forholder vi os til evidensen på området, får vi heller ikke et entydigt svar på, hvilken behandling der er overlegen i dette givne tilfælde.

Evidensen er, ifølge den nationale kliniske retningslinje for sklerose, lav for balance- og konditionstræning, hvorimod den for ➡



KOMMUNIKÉR PATIENTVENLIGT

Brug ikke relative tal overfor patienterne. En patient ved oftest ikke, hvor stor sandsynligheden er for en smertereduktion, hvis det oplyses, at den mindskes med 35 procent med en given behandling. Brug i stedet absolutte tal. En patientvenlig måde at præsentere et forventet resultat eller en risiko på, er ved at udtrykke det i antal pr. 100. F.eks. 10 ud af 100 bliver smertefri, 30 ud af 100 har en betydelig smertereduktion, 60 ud af 100 har ingen effekt. Man kan evt. illustrere det med et piktogram med f.eks. 100 ansigter/smileys, hvor 10 er grønne, 30 er gule og 60 er røde.

HJÆLP MED AT TRÆFFE DET RIGTIGE VALG

De fleste patienter vælger det, du anbefaler (4). Men som behandler ved man nødvendigvis ikke, hvad der er bedst for den enkelte patient. Hvis der er flere ligestillede muligheder, så præsenter dem på en balanceret måde. Lad patientens informerede præferencer bestemme.

➤ styrketræning er moderat. Effekten af massage er ikke beskrevet, men da der her er tale om et nyopstået nakkeproblem, kunne det være relevant at udforske den nationale kliniske retningslinje om behandling af nyopstået ikke-kirurgisk behandling af uspecifikke nakkesmerter (3). Heri anbefales massage kun efter nøje overvejelse, da det konkluderes, at massage ikke har nogen dokumenteret længerevarende effekt. Evidensniveauet for dette er vurderet som værende meget lavt. Evidensniveauet for øvelsesterapi til nyopståede uspecifikke nakkesmerter er tilsvarende lavt, det anbefales dog, at man overvejer det i tillæg til anden behandling.

Patienten her har således en præference, der går i en anden retning, end det, der anbefales i retningslinjerne, og har tilegnet sig en viden, formentlig ud fra egen-erfaring eller erfaring fra en bekendt om, at massage måske kan virke på nakkeproblemet. Hverken træning eller massage er umiddelbart kontraindiceret. Som behandler hælder man måske mest til den aktive behandling med træning, der tyder på at give bedre langsigtede resultater. Men for patienten, der har fået nyopståede smerter i nakken, er det formentlig ikke langtidseffekterne, der er vigtige. For at sikre, at patienten træffer det rette valg om behandling, kan principperne i fælles beslutningstagning tages i brug. I det følgende opstilles tre behandlingsmuligheder: Aktiv træning, massage eller en kombineret behandling. Følger man Elwyns tre-trins-model (1), indledes denne proces med en team-snak.

Trin 1 – Team-snak

Som nævnt fremstår nu tre behandlingsmuligheder: træning, massage eller en kombination af de to behandlinger. De tre muligheder bør præsenteres balanceret for patienten, dvs. som ligeværdige muligheder. Det er vigtigt, at man som behandler i første omgang sætter sine egne præferencer til side. I team-snakken gøres det klart, at man vil fortælle om de tre behandlingsmuligheder. Her bør man komme omkring, hvad de enkelte behandlingsmuligheder indebærer, f.eks. hvor lang tid tager den enkelte behandling, hvor ofte skal den udføres, hvilke fordele og ulemper kan der være ved dem, og hvilke eventuelle risici indebærer de. Gør det klart for patienten, at I arbejder som et team. Det vil sige, at patienten også skal byde ind med, hvad hun tænker, hvad hun ved om behandlingerne, hvad hun har af erfaringer og hvad der betyder noget for hende. Det skal gøres tydeligt for patienten, at man sammen træffer den for patienten rigtige beslutning.

Trin 2 – Valgsnak

I valgsnakken uddybes behandlingsmulighederne. I det følgende opstilles et eksempel på, hvordan fordele og ulemper ved de tre behandlinger kunne illustreres. Fordele og ulemperne er ikke udtømmende, men tænkt som inspiration til, hvad og hvordan man kan drøfte dem med patienten. Så vidt det er muligt, skal evidensniveauet for en given behandling præsenteres. Når man ikke anvender et beslutningsstøtteværktøj (faktaboks) til fælles beslutningstagning, kan det være en god idé at skrive fordele og ulemper ned på et stykke papir, for således at visualisere det for patienten.

Det er ikke muligt ud af retningslinjerne at se, hvor mange ud af 100, der vil have en klinisk relevant effekt af de enkelte behandlingsformer. Man kan muligvis finde det, hvis man dykker ned i litteraturen. Findes det ikke, bør man gøre det klart for patienten, at man reelt set ikke kan sige noget om, hvor mange en given behandling kan hjælpe. Supplér i stedet med dine egne erfaringer som behandler, men undgå i givet fald at bruge tal.

Trin 3 – Beslutningssnak

I beslutningssnakken skal den videre behandling besluttet. Patienten skal i dialog med behandleren opveje, hvad der kan tale for eller imod de to behandlinger. Hvad betyder mest for hende, og hvad vægter hun mest i det videre forløb? Er det en formodet kortvarig smertelindring ved massage eller den langsigtede bedring af funktionsniveauet? Kan der være andre ting, der spiller ind på valget? Er det svært for hende at finde tid til træningen? Bliver hun mere

EKSEMPEL PÅ FORDELE OG ULEMPER VED FORSKELLIGE BEHANDLINGSFORMER

Eksempel på fordele og ulemper ved forskellige behandlingsformer	
<p>Fordele ved træning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øger generelt helbred • Sandsynligvis bedring af funktionsniveau på sigt (efter min. 8 ugers styrketræning, 3 ugers balancetræning, 4 ugers konditionstræning) • Kræver en aktiv længerevarende indsats. 	<p>Ulemper ved aktiv træning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko for kortvarig symptomforværring såsom synsforstyrrelser, muskelsvækkelse, balanceproblemer, spasticitet og forøget træthed (det er ikke oplyst i retningslinjen, hvor mange der vil opleve dette). • Risiko for muskelskader
<i>Evidensniveauet er lavt til moderat²</i>	
<p>Fordele ved massage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umiddelbar smertelindring/velvære • Ingen bivirkninger • Kræver ikke noget af patienten 	<p>Ulemper ved massage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen længerevarende smertelindring • Ingen bedring af funktionsniveau
<i>Evidensniveauet er meget lavt (3)</i>	
<p>Fordele ved kombineret behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kortvarig symptomlindring og på sigt generelt øget helbred. 	<p>Ulemper ved kombineret behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Som ved de enkelte behandlinger.
<i>Ingen evidens for en kombineret behandling.</i>	

træt og har svært ved at overskue sit arbejde i træningsopstarten? Er hun bange for visheden om, at de kendte symptomer kan blusse op?

Patientens initiale præference kunne gennem udvekslingen af viden, erfaringer, livsværdier mv. ændre sig. Et tænkt eksempel i casen her kunne være, at informationerne om fordele og ulemper ved de tre forskellige behandlinger eksempelvis fører til, at patienten vælger den kombinerede behandling, fordi hun ønsker langsigtede resultater, men fastholder troen på, at massage kan smertelindre her og nu for dermed at give hende overskud til at gennemføre den aktive behandling.

De tre trin i beslutningstagningsmodellen er nu gennemgået, og en fælles beslutning mellem behandler og patient om det videre behandlingsforløb kan træffes.

MAND MED DISKUSPROLAPS

I det følgende er beskrevet endnu en case med efterfølgende reflekterende spørgsmål, som kan være relevante at forholde sig til, når der skal laves en fælles beslutning om behandling.

En 47-årig mand med MR-verificeret lumbal diskusprolaps møder op i din konsultation. Patienten har haft symptomer på diskusprolaps gennem 4 måneder. For ca. 5 år siden oplevede han noget tilsvarende, men symptomerne gik væk af sig selv efter 5-6 måneder, siden har han indtil for 4 måneder siden haft det godt. Han arbejder som salgsassistent i en tøjbutik og fortæller, at han bruger al sin energi på at gå på arbejde, og at han ikke har meget overskud, når han kommer hjem til sin familie. Han har meldt afbud til et par familiearrangementer, fordi han har svært ved at sidde ret lang tid ad gangen. Han har især svært ved at sidde i en bil og komme ind og ud af den. Han har overvejet en operation, men han har hørt, at træning kan få prolapsen ind på plads igen. Hans søster er blevet opereret i ryggen for nogle år siden og er kun tilbage på arbejdsmarkedet på halv tid. Smerten sidder i nedre lænderyg med udstråling til højre balde og til ydersiden af låret. Der er ingen smerter under knæniveau, og han har ingen føleforstyrrelser. Han oplever ind imellem en smule nedsat kraft over højre ankel, der ikke kan fremkaldes ved manuel test af kraft over anklen. Patienten scorer sine smerter på en visuel analog skala til 4 lumbalt og 5-6 i højre ben.

Trin 1 – Team-snak

Fysioterapeutens overvejelser:

- Hvilke behandlingsmuligheder ser du?
- Hvordan vil du præsentere mulighederne for patienten?
- Har patienten tænkt over andre muligheder?





➤ Her er det vigtigt, at du fortæller patienten, at du gerne vil have, at I sammen finder frem til den behandling, der er bedst for ham på nuværende tidspunkt. Patienten skal være klar over, at der ikke findes nogen rigtige eller forkerte beslutninger og at du lytter og støtter undervejs. Gør det klart, at I snakker om tingene og finder en løsning sammen. Brug meget gerne små opsummeringer undervejs i kommunikationen.

Trin 2 – Valg-snak

- Hvad vil de enkelte muligheder indebære?
- Hvilke forløb skal patienten igennem?
- Hvad ved du om de enkelte behandlinger? Er der en risiko? Hvad ved du om evidensen? Hvad kan tale for eller imod?
- Hvad ved patienten?

Det er vigtigt, at patienten får lov til at dele sin viden og stille spørgsmål. Patienter kan have opbygget en viden ud fra egne erfaringer, fra pårørende eller venner, der har været noget lignende igennem, eller de kan have en såkaldt "google-viden". Uanset hvad deres viden bygger på, kan det være vigtigt at få af- eller bekræftet, om det, man ved, er korrekt.

Trin 3 – Beslutningssnak

- Hvad tænker patienten om de informationer, han har fået?
- Ser han andre fordele eller ulemper?
- Hvad betyder noget for ham? Hvad taler for og imod de enkelte muligheder?
- Er der noget, han er bange for, noget der hindrer en given behandling?
- Har han tidligere erfaringer?
- Er han klar til at træffe en fælles beslutning?
- Hvis ikke, hvad skal der til, for at han kan?

Brug din viden om kommunikation

Læg en dagsorden og skab struktur i samtalen. Vær bevidst om, hvordan du kommunikerer både verbalt og non-verbalt. Opsummer, hvad I har talt om undervejs (lad eventuelt patienten selv gøre det). Husk, det er legalt med pauser og stilhed undervejs i samtalen. Undgå at afbryde, når patienten taler. Følg patienten/ beslutningen til dørs. Prøv at sikre dig, at patienten ved, hvad der videre skal ske. Hvem skal patienten tage kontakt til, hvornår osv. Giv plads til, at patienten kan stille spørgsmål undervejs i processen.

Fælles beslutningstagning kræver øvelse, ligesom al anden kommunikation i sundhedsvæsenet. Mange af os tror, at vi træffer

fælles beslutninger, men undersøgelser vil som regel afsløre, at det kun er delelementer af fælles beslutningstagning, der i realiteten anvendes. Fælles beslutningstagning kræver, at vi tror på, at langt de fleste patienter ved, hvad der er bedst for dem. Vores ansvar som behandlere er at holde os opdaterede på viden, så vi kan give de rette informationer og derudover invitere vores patienter til at deltage i beslutningerne, så vi sammen kan træffe den beslutning, der er bedst for den enkelte patient. ●



Find en komplet referenceliste sammen med den elektroniske version af artiklen på fysio.dk

YDERLIGERE INFORMATION

Find yderligere information om patientinddragelse, fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer på følgende hjemmesider:

- Center for fælles beslutningstagnings hjemmeside (www.cffb.dk). Centeret er en del af Sygehus Lillebælt. Det forventes, at CFFB offentliggør en generisk skabelon til et beslutningsstøtteværktøj i løbet af 2018.
- Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet – (ViBIS) (danskepatienter.dk/vibis). ViBIS spiller en central rolle ift. at indsamle viden om eksisterende beslutningsstøtteværktøjer, måleredskaber samt igangværende projekter på området.
- På internationalt plan har forskningsenheden på The Ottawa Hospital udarbejdet et stort onlinebibliotek, med forskellige internationale arbejder indenfor fælles beslutningstagning (decisionaid.ohri.ca).



NYUDDANNET - SE HER!

Som nyuddannet fysioterapeut er der mange ting, du skal forholde dig til – og måske bliver du nogle gange i tvivl?

Hos Danske Fysioterapeuter er vi klar til at svare på spørgsmål om dit nye arbejdsliv, uanset om du bliver ansat eller selvstændig. Og er du ledig, har vi også en række gode tilbud til dig.

6 tips til dig, der er nyuddannet medlem:

1. JOBBANK

Rigtig mange stillinger som fysioterapeut opslås hos Danske Fysioterapeuter. Dem kan du som medlem finde i vores jobbank på fysio.dk/jobbank

2. KONTRAKTTJEK

Få gennemgået din kontrakt af vores konsulenter, før du skriver under. Skriv til ansat@fysio.dk eller ring til 33 41 46 20.

3. NEDSAT KONTINGENT

Er du ledig eller på orlov på dagpenge, kan du få halveret dit kontingent hos Danske Fysioterapeuter. Log på fysio.dk og registrér din medlemsstatus.

4. TRAINEE-ORDNING

Er du på dimittendsats og samtidig medlem af DSA, kan du benytte dig af vores trainee-ordning, med mulighed for at få betalt kurser op til 8.500 kr.

5. STARTPAKKE FOR SELVSTÆNDIGE

Overvejer du et arbejdsliv som selvstændig, finder du nyttig info i "Startpakke for selvstændige" på fysio.dk.

6. FORLÆNGELSE AF STUDIEFORSIKRING

Har du tegnet en studieforsikring EKSTRA hos Bauta Forsikring, kan du bevare den lave studiepris det første år efter dimission.

Se alle dine medlemsfordele på fysio.dk/nyuddannet





Inddragelse i beslutninger kræver viden

Når patienter eller borgere inddrages i beslutninger om behandlingen, er det vigtigt at sikre sig, at de er klædt på til det. Det viser et projekt om brugerinddragelse på Aarhus Universitetshospital.

AF VIBEKE PILMARK

SELVOM DE FLESTE fysioterapeuter gør alt det, de kan, for at inddrage borgerne i behandlingsforløbet, er det langt fra sikkert, at borgerne føler sig hørt og i stand til at bidrage, når der skal træffes beslutninger. Det viser erfaringer fra et projekt på Aarhus Universitetshospital, der blev afsluttet i år. Projektet om brugerinddragelse i Fysio- og Ergoterapiafdelingen på Aarhus Universitetshospital tog udgangspunkt i sygehusets behandlingsforløb for kvinder med lymfødem efter brystkræftbehandling.

I forbindelse med projektet blev kvinder, der allerede havde gennemført et forløb på hospitalets lymfødemklinik, interviewet om deres oplevelser. De fremhævede, at det var svært at indgå i beslutningerne i starten af forløbet, da de hverken vidste, hvad lymfødem var, eller hvad lymfødemklinikken kunne tilbyde i den forbindelse. Kvinderne oplevede desuden, at de ved den første konsultation fik mange informationer, som de havde svært ved at forholde sig til. Kvindernes oplevelser førte til, at man besluttede, at kvinderne allerede i indkaldelsesbrevet fik informationer om hvad de kunne forvente, når de mødte op i klinikken. Der blev desuden udarbejdet en informationsvideo om lymfødem samt en video om, hvad lymfødemklinikken er.

Endvidere er forundersøgelsen nu opdelt i to dele, så kvinderne har mulighed for at snakke med familien først, inden de sammen med fysioterapeuten træffer beslutning om f.eks. valg af behandling.

Patienten sendes hjem med skriftlig plan

Det var også ifølge kvinderne svært at holde styr på de mange forskellige informationer og behandlingsplaner.

”Den tilbagemelding førte til, at vi efter hver konsultation i sam-

arbejde med kvinden udarbejder en skriftlig status og en plan for, hvilke ting kvinden skal gøre inden næste konsultation, og hvad der påhviler fysioterapeuten. Planen får patienten med hjem på skrift”, siger ledende terapeut Birgitte Bille Brahe. Hun er funktionsleder i Fysio- og Ergoterapiafdelingen på Aarhus Universitetshospital med personaleansvaret for 25 terapeuter. Hun har også haft det ledelsesmæssige ansvar for projektgruppen, der sætter fokus på patientinddragelse i Lymfødemklikken på Aarhus.

”De nye tiltag er blevet positivt modtaget af de kvinder, der efterfølgende er indkaldt til todelte forundersøgelser”, fortæller hun.

Kommunikationen er vigtig

I et sådant projekt er det nødvendigt med god kommunikation, dialog, og solid forankring og opbakning fra den nærmeste ledelse. Birgitte Bille Brahe har blandt andet været meget tydelig i forhold til rammesætning for projektet, og har af sin afdelingsledelse fået opbakning til at bruge den nødvendige tid for at lykkes med projektet. Hun har bl.a. prioriteret at deltage i det ugentlige møde med projektgruppen. Det har gjort beslutningsvejene korte og informationsflowet større. Endvidere har det været et signal til medarbejderne om, at de skulle lykkes med brugerinddragelse. Hun har selv prioriteret løbende at informere sine ledelseskolleger.

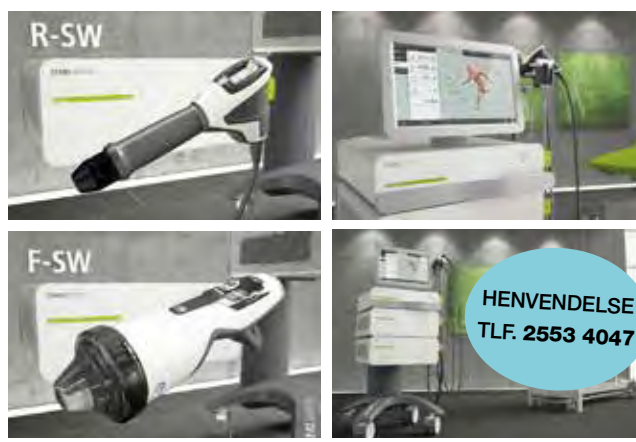
En fysioterapeut med en kandidatgrad har været projekterapeut, og det har ifølge Birgitte Bille Brahe været med til at sikre en god kvalitet, og at de etiske og juridiske problematikker blev håndteret korrekt.

Hun og projektgruppen har løbende kunnet konsultere VIBIS, der var en aktiv del af styregruppen. ●

TIL SALG

STORZ DUOLITH SD1 TOWER "ULTRA"
indholdende 1stk. Storz Duolith SD1 "Ultra" R-SW
Module + Control Module + F-SW Module (uden
ultasound) + Store Case Duolith SD1 "Ultra".

Let brugt. Fast pris kr. 220.000.
Original emballage og instruktionmateriale medfølger.



Projektet i Lymfødemediklinikken er en del af et større projekt, som omfatter hele Aarhus Universitetshospital, og som afsluttes med en større rapport, som VIBIS står for. Strategien har været løbende at implementere forandringerne og justere undervejs.

[Læs mere om projektet på fysio.dk/brugerinddragelse-aarhus](https://fysio.dk/brugerinddragelse-aarhus)

VIDENSCENTER FOR BRUGERINDDRAGELSE

ViBIS er det nationale videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Centret indsamler og formidler den nyeste viden på området og rådgiver og kompetenceudvikler sundhedsprofessionelle. På ViBIS' hjemmeside kan du læse mere om projektet fra Aarhus Universitetshospital og få inspiration, eksempler på projekter, fakta om brugerinddragelse og fælles beslutningstagen, videoer mm.

danskepatienter.dk/vibis

PROJEKT I SVENDBORG KOMMUNE

I Svendborg Kommune har man undersøgt, hvordan det sundhedsfaglige personale i Sundhedshuset bliver bedre til at støtte borgere til at træffe beslutninger om deres rehabiliteringsforløb. I den forbindelse er der udviklet en række beslutningsværktøjer, som kan læses i en evalueringsrapport på sundhedshuset.dk.

I et interview på fysio.dk fortæller projektleder, sygeplejerske Tove Sommer om projektet og dets resultater.

[Læs interviewet på fysio.dk/brugerinddragelse-svendborg](https://fysio.dk/brugerinddragelse-svendborg)

Forbrugsvarer af høj kvalitet

*Dane-gel (CE)
(5 typer)*

*Ultralyd, IPL/laser,
Dobbler, Elektroder*

Massagecreme

*Standard/Anticceptisk
Olivenolie creme
Heat*

Massageolie

Mineralsk

Sprit

60% Badesprit

Rheumafin (CE)

*Paraffinblanding
til gigtbehandling*

Papir

*Lejepapir
Aftøringspapir*

Vand

Demineraliseret

Gl. Holtegade 40 - DK-2840 Holte - Tlf. 4580 2023
www.rohdepro.com - rohdepro@rohdepro.com