

# Fælles beslutningstagning i psykiatrien

Lisa Korsbek<sup>1</sup>, Lone Petersen<sup>1</sup> & John Hagel Mikkelsen<sup>2</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup  
2) Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Frederiksberg

Ugeskr Læger  
2014;176:V02140093

Psykiatrien i Danmark er under forandring. Det er den også internationalt. De strømninger vedrørende en *recovery*-orienteret tilgang til patienterne og deres behandling, som blev understreget med rapporten fra Regeringens Psykiatriudvalg [1], findes også i lande som England, USA og Australien. I en *recovery*-orienteret tilgang har man et bredere fokus end psykiatrien hidtil har haft. Overordnet bevæger den sig fra (udelukkende) et fokus på deficit til (også) at fokusere på resurser og inddrager den enkeltes muligheder for mestring af sygdommen. *Recovery* (eller på dansk: at komme sig) må ikke sidestilles med simpel remission af symptomer eller bedring af funktionsniveauet som isolerede resultater, for *recovery* handler også om at »skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv« [2]. *Recovery* er derfor først og fremmest en personlig proces, hvor både indhold og mål defineres af den enkelte [3]. Samtidig fokuseres der på værdier som håb, mening og selvbestemmelse. Patienten er i en *recovery*-orienteret tilgang ikke kun en modtager af behandling, men en person, hvis viden, ønsker og erfaringer er i centrum for tilrettelæggelsen af enhver intervention. En inddragelse af patienten i behandlingen er således afgørende.

## FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING

Fælles beslutningstagning (*shared decision making*) er den centrale model for kliniske beslutninger i et *recovery*-orienteret perspektiv [4]. Ved fælles beslutningstagning forstås en tilgang, hvor enhver behandlingsmæssig beslutning tages i samarbejde mellem patienten og dennes behandler(e). I fælles beslutningstagning betragtes patienten som en ekspert på lige fod med behandleren. Behandleren er ekspert i behandlingen, mens patienten er ekspert i sit liv, sine oplevelser af sygdommen og de ting, der betyder noget for ham/hende [5].

Fælles beslutningstagning kaldes ofte for modelen i midten. Den står på den ene side over for den traditionelle behandlerstyrede model, hvor behandleren enerådigt er den, der tager beslutningerne. På den anden side står den over for den næsten udelukkende patientstyrede model (*informed choice model*). Her er behandlerens rolle begrænset til at give informationer, mens patienten selv beslutter sig for, hvilken behandling der er den rigtige for ham/hende. I fælles beslutningstagning er behandler og patient

begge aktive. De udveksler alle de nødvendige informationer om behandlingsmuligheder og de aspekter ved patienten, som kan have betydning, så de sammen kan nå frem til de rigtige beslutninger. Det er en proces, hvor de begge er eksperter og derfor ligeværdige [6].

## FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING I PSYKIATRIEN

En af pionererne inden for fælles beslutningstagning i psykiatrien er *Patricia Deegan*. Hun er forsker og psykolog og har egne psykiatriske erfaringer med sygdommen skizofreni. Hun definerer fælles beslutningstagning som »en samarbejdsproces mellem en bruger og en behandler, der begge anerkender den anden som ekspert og arbejder sammen om at udveksle information og afklare værdier for at nå frem til en fælles beslutningstagen om behandlingen« [7].

Et systematisk review af fælles beslutningstagning angiver, at fælles beslutningstagning især er en egnet model til længerevarende forløb og til forløb, hvor der skal tages mange beslutninger. Den bør være modellen, så snart patienten er stabiliseret, og et længerevarende behandlingsforløb skal indledes, hvilket ofte er tilfældet i psykiatrien [8].

I den generelle medicinske litteratur er der evidens for, at en inkorporering af patientperspektivet og involvering af patienter i beslutninger om behandlingen har en effekt på tilslutning til behandlingen (adhærens) og på sygdomshåndtering og patienttilfredshed [9]. I psykiatrien foreligger der undersøgelser, der viser, at patienter til dels begrunder deres udeblivelse fra kontrol eller ophør med behandling med manglende muligheder for at deltage i beslutninger om behandlingen og i oplevelser af ikke blive lyttet til mht. ønsker og præferencer [10]. I et seksårigt opfølgingsstudie angives det, at den primære grund til, at psykiatriske patienter dropper ud af deres behandling, er utilfredshed med behandlingen og manglende indflydelse på de beslutninger, der træffes [11]. Derfor fremhæves fælles beslutningstagning ofte som et særligt anliggende for psykiatrien [12].

## FORSKNING OG EVIDENS

Der savnes imidlertid studier af effekten af fælles beslutningstagning i psykiatrien [13]. For mens fælles beslutningstagning i somatikken har været sat på dagordenen siden begyndelsen af 1990'erne, er fælles

beslutningstagning i psykiatrien kun i sin vorden. De foreliggende undersøgelser drejer sig især om, hvordan patienter i psykiatrien ser på muligheden for at blive inddraget i beslutninger om deres behandling og om, hvorvidt de kan deltage i en fælles beslutningstagning.

Her viser undersøgelserne bl.a., at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, herunder skizofreni, er åbne over for fælles beslutningstagning og generelt ønsker at medvirke i de beslutninger, der skal tages. Undersøgelserne viser endvidere, at mennesker med psykiske lidelser er i stand til at deltage i fælles beslutningstagning og foretrækker mere indflydelse på beslutningerne, end de tilbydes, og at ønsket om at deltage i beslutninger om egen behandling bl.a. skyldes dårlige erfaringer fra tidligere psykiatrisk behandling, især ved tvang [14, 15].

I enkelte studier har man undersøgt effekten af at deltage i fælles beslutningstagning. Der foreligger bl.a. en randomiseret undersøgelse af brug af et redskab til fælles beslutningstagning hos indlagte mennesker med skizofreni. Undersøgelsen, der havde i alt 107 deltagere (49 i interventionsgruppen og 58 i kontrolgruppen), viste, at de patienter i interventionsgruppen, der af behandlere blev vurderet til at være i stand til at deltage i beslutninger om egen behandling, angav større interesse i at deltage i behandlingsbeslutninger og derudover havde en lavere negativ score på *positive and negative syndrome scale*. Undersøgelsen viste samtidig, at behandlere i interventionsgruppen målt på en fempunkts tilfredsheds-skala var mere tilfredse med behandlingens resultater under indlæggelse ( $p = 0,02$ ) end de behandlere, der behandlede patienter i kontrolgruppen. Samtidig havde patienterne i interventionsgruppen signifikant større viden om deres sygdom og behandling ved udskrivelsen end patienterne i kontrolgruppen [16].

## METODER TIL FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING

Metoderne til at praktisere fælles beslutningstagen strækker sig fra at være en almindelig konsensus om, hvad der er god praksis mht. information og tilvejebringelse af dialog om specifikke retningslinjer for patientdeltagelse og inddragelse i beslutningerne til helt konkrete metoder, der skal sikre en praktisering af fælles beslutningstagning.

De konkrete metoder består især af redskaber (*decision aids*), som patienten kan bruge til at klæde sig selv på til dialog, indflydelse og beslutningstagning. Det drejer sig bl.a. om skemaer, der udfyldes inden en behandlersamtale, men i nogle tilfælde om mere avancerede webbaserede procedurer, der muliggør en patients forudgående interaktion med sig selv som en forberedelse til vigtige behandlingsbe-

slutninger. I et systematisk review fra 2007 har man undersøgt betydningen af redskaber for en fælles beslutningstagning og konkluderede, at *decision aids* øger patientens involvering i beslutningerne samt dennes forståelse muligheder og risici ved den enkelte behandling, ligesom konkrete redskaber reducerer mulige konflikter i forbindelse med behandlingen [17].

I psykiatrien findes der endnu kun meget få redskaber, både nationalt og internationalt, og karakteren af de få, der findes, varierer meget. I Tyskland har *Kissling & Hamann* udarbejdet et hæfte med forskellige spørgeskemaer, som patienten kan bruge til at afklare sin egen stilling til den medicinske behandling [18]. I USA har *Deegan* udviklet et webbaseret redskab, kaldet *CommonGround*, der skal bruges til at sikre mere direkte patientindflydelse. Konkret sikrer brugen af *CommonGround*, at patienten udarbejder et notat, hvorved der tilvejebringes en oversigt over ønsker, behov og situation, og patienten klædes godt på til samtalen. Psykiateren får også notatet, så det under samtalen kan bruges som en retningslinje for samtaleindhold og de beslutninger, der skal træffes [19].

I Danmark er der i regi af Region Hovedstadens Psykiatri netop udviklet *Momentum*, som er et *Deegan*-inspireret redskab i form af en app til smartphones, der muliggør, at patienterne inden en behandlersamtale kan forberede sig på samtalen og derigennem være med til at sætte en egen dagsorden for de beslutninger, der skal tages om behandlingen. I den interaktive samtaledel af *Momentum* svarer brugeren på spørgsmål både om sygdommen og dens behandling og aspekter i øvrigt, der kan tænkes at være af betydning for et helhedsorienteret perspektiv. For



## FAKTABOKS

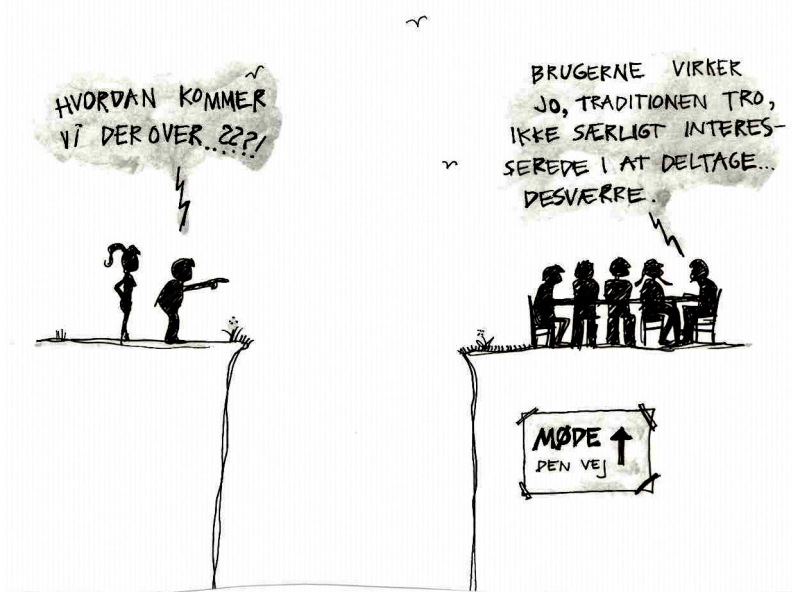
Fælles beslutningstagning (*shared decision making*) er den centrale model for klinisk beslutningstagen i et *recovery*-orienteret perspektiv.

Fælles beslutningstagning er en samarbejdsproces mellem en bruger og en behandler, der begge anerkender den anden som ekspert og arbejder sammen om at udveksle information og afklare værdier for at nå frem til en fælles beslutning om behandlingen.

Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske sygdomme er i stand til at deltage i fælles beslutningstagning og foretrækker mere indflydelse på beslutninger, end der tilbydes, og at ønsket om at deltage i beslutninger om egen behandling bl.a. skyldes dårlige erfaringer fra tidligere psykiatrisk behandling, især ved tvang.

Udviklingen af redskaber til fælles beslutningstagning i psykiatrien er kun i sin vorden. Der foreligger enkelte internationale redskaber, og senest er der i regi af Region Hovedstadens Psykiatri udviklet en app til smartphone, der skal sikre patienternes indflydelse på behandlingen.

Det er forventeligt, at fælles beslutningstagning i psykiatrien vil blive sat yderligere på dagsordenen i de kommende år, såvel nationalt som internationalt, men der mangler forskning i de foreliggende redskaber og i effekten af fælles beslutningstagning for patientens *recovery*-proces.



Tegning: Eva Christensen.

eksempel kan brugeren af Momentum stille forslag til ændringer i medicinordningen, bl.a. på baggrund af en rating af både symptomer og bivirkninger, ligesom brugeren på baggrund af oversigten over egne besvarelser kan markere de områder, som han/hun gerne vil tale om under næste samtale.

Såfremt brugeren ønsker det, kan svarene desuden sendes til behandleren op til samtalen, så patient og behandler har samme udgangspunkt, ligesom brugeren efter samtalen kan evaluere sin tilfredshed og oplevelse af indflydelse på samtalen og de beslutninger, der blev truffet. Samtidig er der i Momentumprojektet ansat medarbejdere med brugerbaggrund i form af et supportteam, der kan støtte patienten direkte i brugen af redskabet.

Momentum afprøves i et pilotprojekt i 2014. På baggrund af en evaluering, der bl.a. skal afdække redskabets betydning for behandlingssamarbejdet og for patienternes oplevelse af indflydelse på behandlingen, tages der stilling til implementering i stor skala i Region Hovedstadens Psykiatri.

#### VIDENSKABELIGE PERSPEKTIVER

Med visionen om en *recovery*-orienteret psykiatri er det forventeligt, at fælles beslutningstagning i psykiatrien vil blive sat yderligere på dagsordenen i de kommende år, såvel nationalt som internationalt. I Region Hovedstadens Psykiatri, hvor *recovery* eksplicit er omdrejningspunktet i visioner og strategier, angives det bl.a., at en psykiatri, der er baseret på rehabilitering og *recovery*, indebærer, at patienten er beslutningstager i hele behandlingsforløbet og skal have mulighed for at deltage i behandlingen og i beslutning

ger om behandling [20, 21]. Men der mangler forskning, hvor man nærmere undersøger effekten af fælles beslutningstagning for patientens *recovery*-proces, ligesom de redskaber, der foreligger, må undersøges nærmere gennem studier, hvor man kan dokumentere betydningen af konkrete redskaber for patientens oplevelse af indflydelse og samarbejde samt i sidste ende for kvaliteten af behandlingen. En tese kunne være, at fælles beslutningstagning gennem brug af konkrete redskaber bidrager til at forebygge overmedicinering og tvang og sikrer, at behandling af psykiatriske patienter sker gennem en fælles overenskomst, der øger patientens tillid og behandlingskordansen.

#### SUMMARY

Lisa Korsbek, Lone Petersen & John Hagel Mikkelsen:

Shared decision making in psychiatry

Ugeskr Læger 2014;176:VO2140093

In the paradigm of recovery-oriented care in mental health the central decision model is shared decision making (SDM). In the article we describe the model of SDM and the reason why it has been identified as important in mental health care. We also review the central literature of SDM in mental health and some of the decision aids just beginning to be developed to enhance SDM, thereby pointing to the need of documenting the effect of using decision aids and to further research on the effect of SDM on the recovery process of people in mental health care.

**KORRESPONDANCE:** Lisa Korsbek, Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup, Maglevænget 2, 2750 Ballerup. E-mail: lisa.korsbek@regionh.dk

**ANTAGET:** 9. maj 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 25. august 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
2. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.
3. Anthony, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
4. Matthias MS, Salyers MP, Rollins AL et al. Decision making in recovery-oriented mental health care. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:305-14.
5. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681-92.
6. Cribb A, Entwistle VA. Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions. *Health Expect* 2011;14:210-9.
7. Deegan PE, Rapp DC, Holter M et al. A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatr Serv* 2008;59:603-5.
8. Joosten EA, Fuentes-Merillas L, de Weert GH et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77:219-26.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *J Fam. Pract* 2000;49:796-804.
10. O'Brien A, Fahmy P, Swaran P et al. Disengagement from mental health services: a literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:558-68.
11. Ruggeri M, Salvi G, Bonetto C et al. Outcome of patients dropping out from community-based mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:42-52.
12. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophren Bull* 2009;35:696-703.

13. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD007297.
14. Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 2005;162:2382-4.
15. Adams JR, Drake RE, Wolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:1219-21.
16. J. Hamann J, Langer B, Winkler V et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:265-73.
17. O'Connor A, Bennett C, Stacey D et al. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? *Med Decis Mak* 2007;27:554-74.
18. Kissling W, Hamann J. Entscheiden Sie mit! Der Patient as Partner in medizinischen Entscheidungsprozess. München: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technischen Universität München, ukendt år.
19. Deegan PE. A description of a web application to support shared decision making. *Psychiatr Rehabil J* 2010;34:23-8.
20. Visioner for fremtidens psykiatri. København: Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri, 2011.
21. Rapport fra arbejdsgruppen om kommunikationsveje og visioner for psykiatrien. København: Region Hovedstadens Psykiatri, 2012.