



**UiT**

**NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET**

Det helsevitenskapelige fakultetet

# **Samvalg i sykehuskonsultasjoner i Norge: en sekundæranalyse av en randomisert kontrollert studie**

**Heidi Madeleine Latvala**

**Veiledere:**

**Jürgen Kasper**

**Eirik Hugaas Ofstad**

*Rapport: MED-3950 masteroppgaven/Kull 2012*

*Tromsø: Profesjonsstudiet i medisin*

*UiT Norges arktiske universitet, 2017*



## Forord

I denne masteroppgaven har jeg med hjelp av måleinstrumentet Observing Patient Involvement (OPTION<sup>5</sup>) analysert et utvalg av norske lege-pasientsamtaler med hensyn til kvaliteten på kommunikasjon. Som legestudent og ikke minst blivende lege, deltar jeg daglig i mange pasientkonsultasjoner og vanskelige situasjoner med beslutninger om utredning og behandling. For å kunne møte disse utfordringene, er det svært viktig å være bevisst på hvordan man kommuniserer og hvordan beslutninger som fattes berører pasienten. Arbeidet med denne oppgaven, i tillegg til observatør opplæring, har gitt meg mye ny kunnskap som jeg kommer til å ha stor nytte av.

I september 2014 kontaktet jeg Eirik Hugaas Ofstad (biveileder) og jeg fortalte ham om min interesse for å skrive om kommunikasjon. Han introduserte meg til Jürgen Kasper (hovedveileder) og sammen drøftet vi temaet for oppgaven min. Jeg har gjennomført og skrevet studien selvstendig. Studien er selvfinansiert.

Jeg begynte forarbeidet for denne studien i slutten av september 2014 gjennom å fordype meg i litteratur om samvalg og om forskjellige observatørinstrumenter. En måned senere tok jeg et dagskurs i hvordan å bruke observatørinstrumentet OPTION<sup>5</sup> og begynte med analyseringen av datamaterialet. Jeg begynte skrivearbeidet i januar 2017. Mesteparten av oppgaven ble skrevet i tidsrommet fra februar til mai. Før jeg begynte med skriveprosessen, gjennomførte jeg et strukturert litteratursøk om temaet. Alle artiklene som jeg har brukt i denne oppgaven ble enten identifisert i dette litteratursøket eller jeg ble tipset om artiklene av mine veiledere.

Jeg vil takke mine veiledere for god kommunikasjon og flotte innspill. Dere har vært til hjelp underveis i arbeidsprosessen. Takk også til Simone Kienlin for lagring av data.

Sist, men ikke minst, en stor takk til familien min. Dere har kontinuerlig støttet meg under hele prosessen og hatt tro på meg fra begynnelsen.

Madeleine Latvala

Tromsø, 03.06.2017

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Litteratur i forhold til egen studie.....	3
1.3 Problemstilling.....	4
2 Materiale og metode.....	4
2.1 Design .....	4
2.2 Etikk.....	5
2.3 Setting .....	5
2.4 Koding .....	6
2.5 Variabler .....	8
2.6 Analyse .....	8
3 Resultater.....	9
4 Diskusjon .....	11
4.1 Hovedfunn .....	11
4.2 Styrker.....	13
4.3 Svakheter .....	13
4.4 Implikasjoner .....	14
5 Konklusjon .....	15
6 Referanseliste .....	16
Vedlegg 1: Sammendrag av nøkkelartikler .....	19
Vedlegg 2: Samtykkeskjema for pasienter .....	29
Vedlegg 3: Samtykkeskjema for leger.....	31
Vedlegg 4: Avtaler om bruk av datamateriale – Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet HF .	32
Vedlegg 5: Observer OPTION <sup>5</sup> Manual.....	33

## Tabelliste

Tabell 1 - Fordeling av leger etter spesialitet og antall konsultasjoner (poliklinikk eller sengepost).....	10
Tabell 2 - Studiepopulasjon i de 32 utvalgte videoene.....	10
Tabell 3 – Regresjonstabell.....	11

## Figurliste

Figur 1 - Flytskjema for valg av videoer til observatøranalysen.....	8
--	---

## SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pasientinvolvering i medisinske beslutninger er grunnleggende i kunnskapsbasert praksis. Samvalg – oversatt fra engelsk: shared decision-making - er en kommunikasjonsstrategi som brukes for å involvere pasienter i medisinske beslutninger. Tradisjonelt sett har pasienter vært lite involvert i medisinske beslutninger. Det har vært økende interesse for samvalg i de siste årene både fra pasienter og pårørende, men også i lovverket og fra politiske hold er det økende forventninger om pasientmedvirkning i medisinske beslutninger. Å finne ut i hvor stor andel av sykehuskonsultasjoner forekommer det samvalg, er viktig slik at man i fremtiden kan evaluere om tiltakene for å øke pasientinvolvering har vært nyttige.

Metode: Et utvalg av video-filmede lege-pasientsamtaler (N=380) ble analysert med hensyn til hvor mye samvalg forekommer det i sykehuskonsultasjoner. Legenes kvalitet på bruk av samvalg ble målt med et måleinstrument, OPTION<sup>5</sup> (Observing Patient Involvement). Materialet ble analysert av to uavhengige kodere. Videoene som ble inkludert i studien måtte inneholde en tydelig nevnt beslutning. Det ble også studert hvordan karakteristika av legen og konsultasjonen påvirker kvaliteten på samvalg.

Resultater: Blant de 380 video-opptak, var det 32 samtaler der samvalg var til stede. Dette var fordi i de øvrige 348 videoer fantes ingen tydelig nevnt beslutning. Gjennomsnittlig nivå av samvalg i de 32 selekterte samtaler var moderat. I de øvrige 348 videoer var nivået 0, og dermed lå graden på svært lavt nivå. Det var ingen signifikante forskjeller på hvordan alder, kjønn og konsultasjonslengde påvirker kvaliteten på bruk av samvalg.

Konklusjon og konsekvenser: I et stort materiale av norske sykehuskonsultasjoner var kvaliteten på legenes bidrag i samvalgprosessen på et lavt nivå. Resultatene viser at det er behov for opplæring av leger for å forbedre kvaliteten på kommunikasjonen i lege-pasientkonsultasjoner. Det finnes et stort forbedringspotensial for å øke graden av samvalg i daglig klinisk praksis.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Tenk deg at du skal kjøpe en ny PC. I butikken forklarer selgeren ulemper og fordeler ved de ulike merkene og gir deg tips og anbefalinger. Alle PC-ene er forskjellige: en har større skjerm, en annen har lang batteritid, den tredje har stor harddisk og den fjerde er svært billig. Hva er viktigst for deg? Alt etter hva du foretrekker tar du imot tips og anbefalinger fra ekspeditøren og ofte følger en gjennomtenkt avveiningsprosess før du bestemmer deg. Er vi like nøye når vi tar medisinske beslutninger? Får pasientene delta like mye i beslutningsprosessen? Konsekvensene av å ta en rask og lite gjennomtenkt medisinsk beslutning kan være svært mer alvorlige enn å velge en PC som du ikke er fornøyd med.

Det er økende forventninger til pasientmedvirkning i beslutninger om utredning og behandling, både fra pasienter og pårørende, men også i lovverket (pasientrettighetsloven) og fra politiske hold (1). Tradisjonelt sett har pasienter vært lite involvert i medisinske beslutninger. Legens rolle har tradisjonelt sett blitt betraktet som paternalistisk: leger med høy sosial status, god økonomi og enorm kunnskap tar beslutningene for pasientene (2).

I følge pasientrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder og undersøkelser (3). Det skal legges stor vekt på pasientens preferanser og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten. I følge loven skal pasienten få tilstrekkelig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i behandlingsmetoden med mulige bivirkninger og risikoer.

Pasientmedvirkning i medisinske beslutninger er en vesentlig del av pasientsentrert kommunikasjon, som har vært promotert siden 1970-årene (3). Pasientsentrert kommunikasjon handler om at lege og pasient prøver å komme frem til en felles forståelse av pasientens problemer og av en behandling som er i tråd med pasientens preferanser og verdier (4). Utviklingen mot pasientsentrert kommunikasjon følger av at befolkningen blir stadig bedre utdannet, støttet av pasientorganisasjoner og en del faglige idealister (3).

Pasientsentrert kommunikasjon er en viktig del av kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis defineres som "å integrere den best tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk ekspertise og pasientens preferanser" (5). Begrepet stammer fra det engelske "evidence-based clinical practice" (6). Kunnskapsbasert praksis handler om å basere praksis på den til enhver tid

beste tilgjengelige forskningskunnskapen, erfaringsbasert kunnskap og pasientens preferanser for å ta medisinske beslutninger (7). Pasientsentrert kommunikasjon brukes for å utforske pasientens preferanser om utredning og behandling av medisinske beslutninger (4).

Samvalg brukes for å integrere pasientens preferanser og verdier i kunnskapsbasert praksis (8). Samvalg er en norsk oversettelse av *shared decision-making* (SDM) (9). Ordet har blitt definert som en tilnærming der pasient og lege deler den beste og tilgjengelige kunnskapen, og der pasienten får støtte i vurderingen av ulike muligheter, for å kunne gjennomføre et informert valg om utredning eller behandling (9). Motivet er at et valg skal kunne basere seg på pasientens egne verdier og preferanser, på den måten pasienten selv ønsker. Målet er å velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser i situasjoner der man har mer enn et alternativ og der flere alternativer kan være aktuelle.

Samvalg var første gang nevnt i litteraturen allerede i 1982 da økt interesse for "pasienten i fokus" og økt vekt på å gjenkjenne pasientens autonomi i konsultasjoner med helsevesenet begynte på 1970-tallet (10). Noen hevder også at denne nye måten å tenke på begynte først på 1980-tallet da pasientene ble mer involvert i sine medisinske beslutninger sammenlignet med situasjonen tidligere (10).

Samvalg inneholder fire sentrale egenskaper, som ble beskrevet allerede i 1997 (11). Det første er at samvalg omfatter minst to deltakere - pasient og lege. Det andre er at begge deltakerne deler informasjon med hverandre. Det tredje er at begge deltakerne kommer til en enighet om et foretrukket valg. Det siste er at det tas en beslutning og at enighet oppnås.

Det har vært en rask utvikling av verktøy som kan støtte leger og pasienter i å ta vanskelige valg sammen (12). Disse verktøyene kalles samvalgsverktøy eller beslutningsstøtteverktøy (på engelsk "decision aids") (13). Samvalgsverktøy er utviklet i form av videoer, informasjonsbrosjyrer, tabeller og nettbaserte verktøy (13). De kan brukes f.eks. ved spørsmål om screening, kirurgi og valg av legemidler. De gir pasienten informasjon om valgmuligheter og åpner for å ta med pasientens preferanser i beslutningen.

Samvalgsverktøy er best egnet til bruk ved preferansesensitive beslutninger der flere alternativ kan være aktuelle og der en behandling ikke nødvendigvis er den beste for alle pasienter som f.eks. spørsmål om brystbevarende kirurgi og mastektomi (ta bort hele brystet) ved tidlig oppdaget brystkreft (13, 14). Samvalgsverktøy bidrar til å tydeliggjøre tilgjengelige behandlingsalternativer, utfall, fordeler og ulemper, samt å vise statistiske beregninger for sannsynligheten for ulike utfall.

Samvalgsverktøy og opplæring av helsepersonell er begge tiltak som kan øke samvalg i klinisk praksis (15, 16).

Flere måleinstrumenter har blitt utviklet for å vurdere og måle i hvilket omfang samvalg blir praktisert i kliniske konsultasjoner og effekten av å praktisere det. Effekten kan måles fra pasientens, legens eller begge perspektiv, eller fra perspektiv fra observatører (15). Instrumenter, der to observatører vurderer konsultasjonen, kalles for observatørinstrumenter og brukes for å måle i hvilken grad pasienter blir involvert i samtaler om sine egne medisinske beslutninger (15). Formålet med slike instrumenter er å finne ut hva som skjer når samvalg blir brukt og hvor mye det forekommer, for å kunne integrere denne kunnskapen i vanlig klinisk praksis. OPTION<sup>5</sup> (Observing Patient Involvement) er det mest brukte observatørinstrumentet i måling av samvalg (17).

## **1.2 Litteratur i forhold til egen studie**

Vi har tilstrebet et mest mulig systematisk litteratursøk for å få oversikt over eksisterende kunnskap om legers bruk av og ferdigheter i samvalg. Søkestrategien var å finne en systematisk oversiktsartikkel for å få oversikt over hva som allerede har blitt forsket på om dette temaet. Hvis ingen systematisk oversiktsartikkel var tilgjengelig, skulle neste trinn være å søke etter primærstudier. Søket ble gjort i PubMed som inneholder alle artikler indeksert i MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Det endelige søket ble gjort i fire ulike trinn.

Flere orienterende søk ble gjort for å teste søkestrategien. Det ble søkt i MeSH-termer (Medical Subject Headings) for å finne de beste søkeordene. Søket "shared-decision making" ga ordet "decision-making", og "patient involvement" ga ordet "patient participation". MeSH-søkene ble ikke inkludert i det endelige søket. Dette var fordi søket hadde som mål å inneholde alle relevante artikler om temaet. Ved å søke på identifiserbare MeSH-termer som fritekstsøk, fanger man også opp referanser som ikke er indeksert med MeSH.

Det endelige søket ble laget med å begynne med å søke i titler (Title) som refererte til samvalg. Ordene som ble brukt i fritekstsøket var "shared decision making", "patient participation" og "patient involvement". Dette søket ga 2043 treff. For å finne frem artikler med titler eller sammendrag (Title/Abstract) om effekt eller kommunikasjonskvalitet, ble ordene "impact", "performance", "efficacy" og "communication quality" brukt i søket. Dette søket ga 1 940 248 treff. Deretter ble "systematic review" brukt i søket som tittel (Title). Det ga 66 257 artikler.



Til slutt ble disse tre søkene kombinert og søket ga 19 treff. Alle artiklene ble lest i full tekst. Det viste seg at samvalg har blitt forsket på innenfor flere ulike kliniske områder, som f.eks. hos pasienter med demens, pasienter med venøs tromboemboli, i pediatri, i onkologi og i valg av kirurgi.

I søket ble det funnet en systematisk oversiktsartikkel fra 2016 om pasientinvolvering i medisinske konsultasjoner (18). Den konkluderte at det finnes veldig få RCT-studier som måler samvalg og effekten av å bruke denne metoden (N=11). Mesteparten av RCT-studiene var gjort i Tyskland eller Canada og var for det meste gjort i primærhelsetjenesten. Flere studier om effekten av opplæring i og bruk av samvalg har også blitt studert. I samme artikkel ble det også referert til studier om forekomst av samvalg i lege-pasientkonsultasjoner i andre land, f.eks. i Italia og i Tyskland (19, 20). Legers bruk av og ferdigheter i samvalg har så langt vært lav (18). Det finnes ingen studier i Norge som har målt i hvor stor andel det forekommer samvalg i lege-pasientkonsultasjoner.

### **1.3 Problemstilling**

For å kunne evaluere tiltak som kan øke kvaliteten i medisinske beslutninger mellom lege og pasient, ønsket vi å undersøke i hvor stor andel forekommer det samvalg i sykehuskonsultasjoner. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan kvaliteten på legenes bidrag i samvalgsprosessen blir påvirket av karakteristika av legen og konsultasjonen.

## **2 Materiale og metode**

### **2.1 Design**

Denne studien var en sekundæranalyse av utvalgte videoer fra en RCT-studie som ble gjennomført på Akershus universitetssykehus i 2007-2008 (21). Denne studien var designet for å måle kvaliteten på legenes bidrag i samvalgsprosessen i lege-pasientkonsultasjoner innen flere ulike spesialiteter. Lege-pasientkonsultasjonene hadde allerede blitt filmet i forbindelse med primærstudien.

For å finne ut hvilke videoer som inneholdt samvalg, måtte alle videoene analyseres i henhold til om de inneholdt beslutninger som ble tydelig nevnt. Etter denne analysen, ble de utvalgte videoene videre analysert for å finne ut i hvor stor andel samvalg forekommer i sykehuskonsultasjoner.

## 2.2 Etikk

REK Sør-Øst godkjente primærstudien i 2007 (1.2007/356). Legene og pasientene ga skriftlig samtykke til at video-opptakene kunne brukes til enten primærstudien (N=519) eller til både primær- og sekundærstudier (N=380) fram til og med 2020 (vedlegg 2). Det ble søkt REK-godkjenning til en kvalitativ studie av dette datamaterialet i 2009 (22). Den ble godkjent av REK Sør-Øst samme år (1.2009/1415).

Mange nye prosjekter basert på dette datamaterialet har blitt godkjent. REK har ved de fire siste søknadene om sekundæranalyse av dette materialet, konkludert med at de siste fire studiene faller utenfor hjemmel i Helseforskningsloven. Biveileder Eirik Hugaas Ofstad orienterte sekretariatsleder i REK Nord, May Britt Rosvoll, om en ny søknad for en sekundæranalyse. Rosvoll konkluderte med at en ny søknad til REK Nord for en sekundæranalyse av materialet av dette prosjekt var unødvendig og at det i dette prosjektet skulle vises til tidligere vedtak fra REK Sør-Øst.

## 2.3 Setting

Materialet tilgjengelig for vår studie besto av 380 videofilmede lege-pasientkonsultasjoner ved 17 ulike medisinske spesialiteter som ble tatt opp ved Akershus universitetssykehus i perioden 2007-2008. Disse videoene er en del av et totalt materiale på 499 videoer som ble tatt opp som ledd i primærstudien som skulle måle effekten av kommunikasjonstrening for leger (21). En lege med to videoer trakk seg fra studien. Dette ga sammenlagt 497 videoer. En total mengde på 117 videoer ble ekskludert fordi de manglet samtykke fra enten legen eller pasienten til sekundæranalyse av videomaterialet. Til slutt ble 380 videoer inkludert i studien. 8 av disse videoene måtte ekskluderes i etterkant på grunn av tekniske problemer.

Legene som ble inkludert i RCT-studien måtte være under 60 år. De måtte jobbe innen anesthesiologi, pediatri, kirurgi, indre medisin, gynekologi, obstetrikk, nevrologi, øre-nese-hals eller ortopedi.

Pasientene som ble inkludert i studien ble valgt tilfeldig. Det var ikke satt opp inklusjons- eller eksklusjonskriterier for de inkluderte pasientene. Pasientene ble rekruttert på tidspunktet som passet for legens deltakelse.

Det var 249 leger som oppfylte inklusjonskriteriene. En statistiker gjorde et stratifisert tilfeldig utvalg av disse leger. Dette ga 103 leger. Disse legene ble sendt e-post om spørsmål om deltakelse. De legene som ikke svarte på e-postene ble kontaktet per telefon. 72 leger av disse 103 ønsket å delta

i studien.

Pasientene ble rekruttert av en ekstern forsker på venterommet. Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før det ble kallet inn til samtale med legen. Hele konsultasjonen ble filmet med lyd. Hver pasient ble filmet bare en gang og hver konsultasjon viser et nytt pasientmøte. For å være sikker på at pasientens anonymitet ble ivaretatt, ble de kliniske undersøkelsene ikke gjort foran kameraet. Ingen av legene hadde hatt opplæring i bruk av samvalg.

## 2.4 Koding

Av disse 380 videoene har 372 tidligere blitt analysert og kodet i forbindelse med biveileder Eirik Hugaas Ofstad sin doktoravhandling med tanke på hvilke beslutninger som kommuniseres (22). I forbindelse med doktoravhandlingen, ble et verktøy (DICTUM, The Decision Identification and Classification Taxonomy of Use in Medicine) utviklet som identifiserer og klassifiserer alle mulige typer beslutninger som kommuniseres i konsultasjoner (22). Dette ferdigkodete datasettet ble brukt i sekundæranalysen for å identifisere beslutningssekvensene relevant for samvalgsanalyse.

Videoene som ble inkludert i videreanalyseringen måtte inneholde minst en eksplisitt medisinsk beslutning hvor samvalg var indisert. Samvalg er indisert når en medisinsk beslutning med minst to mulige valg blir diskutert mellom helsepersonell og pasient (11). Et eksempel på en tydelig nevnt beslutning var når legen fortalte pasienten at "det finnes tre alternativ som vi kan bruke for å behandle dine plager: konservativ, medikamentell eller kirurgisk". Denne videreanalysen ekskluderte 336 videoer og resulterte med 36 videoer til siste analyse.

Etter at denne mengden ble identifisert, ga det oss mulighet til å sjekke om beslutningssekvensene inneholdt beslutninger som var relevante for samvalg. Samvalg er relevant når en medisinsk beslutning har mer enn et alternativ og der flere alternativer kan være aktuelle (11). Et eksempel på en beslutning som er relevant for samvalg er valget mellom brystbevarende kirurgi og mastektomi (ta bort hele brystet) ved tidlig oppdaget brystkreft. Forskningen viser at det er omtrent lik overlevelse for pasienter som får mastektomi som for de som får brystbevarende kirurgi etterfulgt av stråling.

Alle de 36 videoene ble vurdert. Ved nærmere analyse av opptakene ble det konkludert at de inneholdt 35 relevante beslutninger i 32 forskjellige konsultasjoner. Fire av de 36 videoene ble ekskludert fordi de ikke inneholdt beslutninger der samvalg var relevant. De 32 konsultasjonene ble skåret av forfatteren og en annen koder med OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrument.

OPTION<sup>5</sup> (Observing Patient Involvement) ble valgt til å brukes i denne studien, siden det er det mest brukte observatørinstrumentet i måling av samvalg (17). OPTION<sup>5</sup> ble utviklet for å være en mer effektiv versjon av et eldre instrument (OPTION<sup>12</sup>) (23).

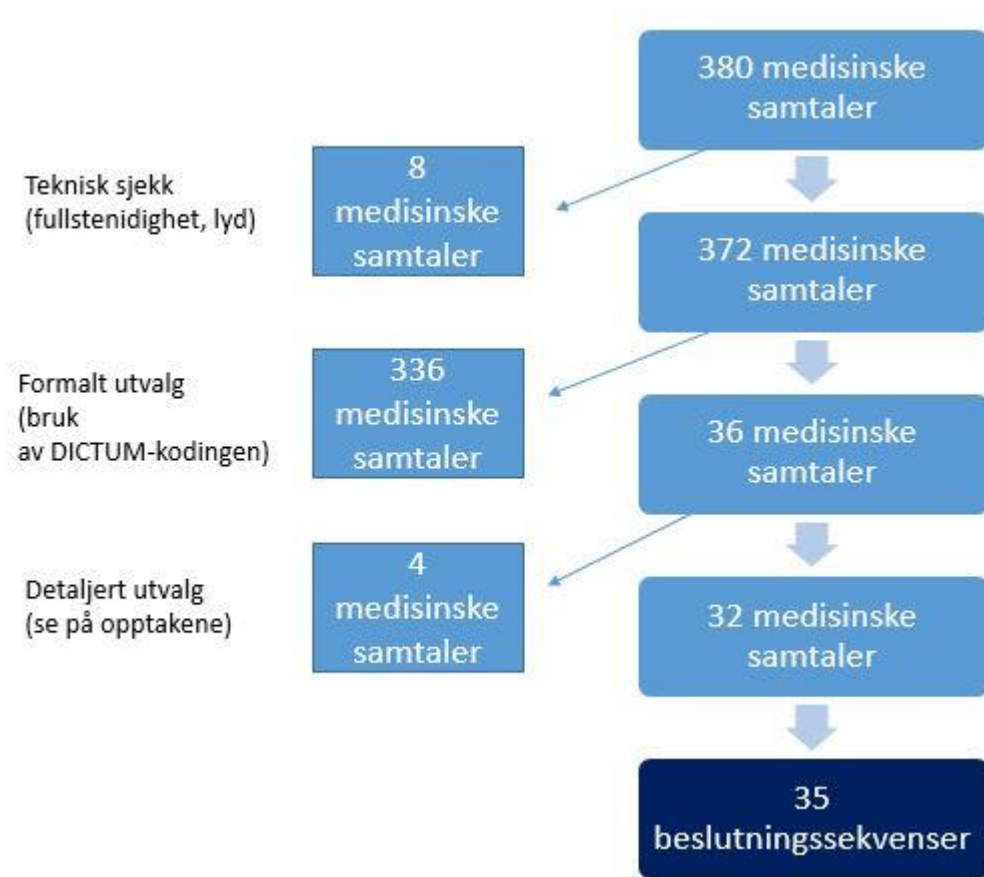
Det ble brukt en engelsk manual for dette måleinstrumentet (vedlegg 5). OPTION<sup>5</sup> består av 5 indikatorer som brukes for å måle fem forskjellige punkter som er essensielle i pasientinvolvering. Den første indikatoren skårer legens redegjøring for at det finnes valgmuligheter og at det trengs å tas en beslutning. Den andre indikatoren brukes for å skåre legens løfte om at pasienten blir støttet i valget som skal gjøres. Den tredje indikatoren brukes for å gi poeng for legens forsøk på å gi informasjon og sjekking av pasientens forståelse av valgmulighetene. Den fjerde indikatoren brukes for å skåre i hvilken grad legen prøver å komme frem til pasientens preferanser om valgmulighetene. Til sist, den femte indikatoren skårer i hvilken grad legen prøver å integrere pasientens preferanser når valget tas.

Med dette observatørinstrumentet ble legers bruk av samvalg skåret på en fem-punkts Likert skala. Indikatorene ble skåret fra 0 ("ingen forsøk ble gjort") til 4 ("eksemplarisk forsøk") (17).

Materialet fra de 35 videoene ble analysert i en tilfeldig rekkefølge av to uavhengige kodere: forfatteren og en annen koder, som hadde tidligere erfaring med bruk av observatørinstrumenter. Denne koderen hadde også fått opplæring direkte fra OPTION<sup>5</sup>-utvikleren, Glynn Elwyn. Målsetningen ved å ha to kodere som uavhengig analyserer det samme materialet med samme kodingsystem, er å minimere risikoen for subjektiv bias.

Begge koderne tok et opplæringskurs for å lære seg valid bruk av OPTION<sup>5</sup>-indikatorene og for å oppnå tilstrekkelig grad av samsvar (inter-rater reliabilitet, IRR). De jobbet med OPTION<sup>5</sup> uavhengig av hverandre og kjente ikke den andres bedømminger. Et felles skår ble utviklet i diskusjon mellom koderne.

Videsequensene ble også kodet i henhold til hvilken type beslutning som ble diskutert (f.eks. medisinsk område, diagnostikk og behandling) og hvilke valgmuligheter som eksisterte. Hvis det var faglig usikkerhet hos koderne om hvilke valgmuligheter pasientene burde ha hatt, var en medisinsk ekspert tilgjengelig for å gi råd til koderne.



Figur 1 - Flytskjema for valg av videoer til observatøranalysen

## 2.5 Variabler

For å undersøke om karakteristika ved legen eller konsultasjonen var assosiert med kvaliteten av samvalgsprosessen, ble noen karakteristika trukket ut for videreanalyse. Det ble studert hvordan legenes alder, kjønn og konsultasjonslengde påvirker kvaliteten (OPTION<sup>5</sup>-skårene).

## 2.6 Analyse

For å finne ut forekomsten og kvaliteten på samvalg, ble gjennomsnittlige OPTION<sup>5</sup>-skåringene kalkulert som total skår og som skår for hver indikator for hver konsultasjon. OPTION<sup>5</sup>- skåringene ble konvertert fra 0 til 4 til en prosentuell skala fra 0 (ingen forsøk) til 100 (eksemplarisk forsøk) etter instruksjonene fra manualen (vedlegg 5).

Multippel regresjonsanalyse ble gjort for å finne ut hvordan karakteristika ved legen og konsultasjonslengden påvirker forekomsten av samvalg (OPTION<sup>5</sup>-skår). Gjennomsnittlig

OPTION5-skår for hver konsultasjon ble satt som avhengig variabel. Legens kjønn, alder og konsultasjonslengde ble satt som uavhengig variabel. SPSS ble brukt til analysen.

Kvaliteten på kodingen ble vurdert ved å kalkulere inter-rater reliabiliteten (IRR, samsvar mellom to kodere) og den prosentuelle overensstemmelsen ( $P_A$ ) for hver indikator og som gjennomsnittlig skår. Cohen's kappa er en inter-rater reliabilitetskoeffisient ( $T$ ), det vil si et tall som beskriver graden av enighet mellom to kodere (24). Den ble brukt i denne studien fordi den korrigerer for grad av enighet mellom kodere som også ville ha eksistert tilfeldig. Reliabilitetskoeffisienten uttrykkes ved skalaer mellom 0 og 1, hvor 1 er uttrykk for perfekt grad av enighet.  $T$ -verdier mellom 0-0,20 vurderes som dårlig, 0,21-0,40 svak, 0,41-0,60 moderat, 0,61-0,80 sterk og 0,81-1,00 som svært godt samsvar (25).

### 3 Resultater

Av totalt 380 videoer, ble 32 videoer med 35 beslutninger inkludert i analyseringen av kvaliteten på legers bruk av samvalg. De resterende 348 videoene ble ekskludert siden de ikke inneholdt eksplisitte beslutninger, og dermed var samvalg ikke til stede. De video-opptakene som ble inkludert i analysen, inneholdt 23 forskjellige leger fra fem ulike spesialiteter:

gynekologi/obstetrikk, pediatri, indre medisin, kirurgi og nevrologi (Tabell 1). Legenes alder var i gjennomsnitt 42 år (variasjonsbredde 33-57) (Tabell 2). Mesteparten av legene var menn (75%). Pasientene var i gjennomsnitt 45 år (variasjonsbredde 5-80) og mesteparten av dem var kvinner (60%). De 32 konsultasjonene varte gjennomsnittlig 21 minutter og 36 sekunder (variasjonsbredde 11.32 – 48.58) og de beslutningssekvensene som ble skåret varte i gjennomsnitt 11 minutter og 12 sekunder (variasjonsbredde 2.30-22.00). Det var forskjellige typer beslutninger som ble diskutert: 6 legemiddelrelaterte (for eksempel behandling av inflammatorisk tarmsykdom), 10 kirurgiske (f.eks. behandling av et ganglion), 8 diagnostiske (for eksempel diagnostikk med mistanke om multipel sklerose), 1 fysioterapirelatert (behandling av fraktur) og 10 komplekse beslutninger (når både legemiddelrelaterte og kirurgiske valg var mulige, for eksempel behandling av hofteartrose).

Tabell 1 - Fordeling av leger etter spesialitet og antall konsultasjoner (poliklinikk eller sengepost).

Spesialitet	Antall spesialister	Antall konsultasjoner på poliklinikk	Antall konsultasjoner på sengepost
Indremedisin	4	6	0
Kirurgi	10	12	1
Pediatri	2	1	1
Nevrologi	2	2	0
Gynekologi / Obstetikk	5	9	0
Totalt	23	30	2

Tabell 2 - Studiepopulasjon i de 32 utvalgte videoene.

	Antall	Kjønn	Gjennomsnittsalder, variasjonsbredde
Pasienter	32	Kvinner: 19	43 år, 5-80
		Menn: 13	53 år, 14-82
Leger	23	Kvinner: 6	42 år, 34-54
		Menn: 17	43 år, 33-57

Gjennomsnittsverdien for kvaliteten på legers bruk av samvalg (OPTION<sup>5</sup>-skår) var 46 av 100 (SD 19). Den laveste total skår som ble målt var 5 og den høyeste skår var 81. På den enkelte indikatoren var gjennomsnittsverdiene 70 (indikator 1), 12 (indikator 2), 59 (indikator 3), 35 (indikator 4) og 51 (indikator 5). Det gjennomsnittlige samsvaret mellom koderne for OPTION<sup>5</sup>-skåringen var høy ( $T_{\text{mean}}=0,70$ , variasjonsbredde 0,61-0,82;  $P_A=76\%$ , variasjonsbredde 69-86%). Samsvaret for hver indikator var også sterkt ( $T_1=0,68$ ;  $T_2=0,82$ ;  $T_3=0,64$ ;  $T_4=0,61$  og  $T_5=0,75$ ).

Multipel regresjonsanalyse viste ingen signifikante sammenhenger mellom gjennomsnittlig OPTION<sup>5</sup>-skår og alder ( $B=0,381$ ;  $p=0,557$ ), kjønn ( $B=11,347$ ;  $p=0,283$ ) eller konsultasjonslengde ( $B=-0,085$ ;  $p=0,831$ ) (Tabell 3).

Tabell 3 – Regresjonstabell. Multipl regressjonsanalyse av hvordan alder, kjønn og konsultasjonslengde predikerer kvaliteten på legers bruk av samvalg. Uavhengige variabler er alder (år), kjønn (0=mann, 1=kvinne) og konsultasjonslengde (min). Avhengig variabel er kvalitet på legers bruk av samvalg (gjennomsnittlig OPTION<sup>5</sup>-skår).

Variabler	B	Standardfeil	p-verdi
Alder	0,381	0,640	0,557
Kjønn	11,347	10,357	0,283
Konsultasjonslengde	-0,085	0,392	0,831

## 4 Diskusjon

Samvalg er relevant når en medisinsk beslutning har mer enn et alternativ og der flere alternativer kan være aktuelle (11). Hensikten med denne studien var å undersøke i hvor stor andel samvalg forekommer i konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og å finne ut om karakteristika ved lege og konsultasjon påvirker samvalgs kvaliteten. Dette ble gjort ved å analysere video-filmede lege-pasientsamtaler ved hjelp av OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrument. Denne analyseringen ble gjennomført av to uavhengige kodere. Studien konkluderer med at forekomst av samvalg i et utvalg av sykehuskonsultasjoner var lav.

### 4.1 Hovedfunn

Av 380 videoer var det kun 32 samtaler der samvalg var til stede. Dette betyr at i de øvrige 348 videoer, ble beslutninger ikke engang nevnt, og dermed ekskludert fra analysen. Det vil si at i disse videoer, ble ikke pasientene gitt mulighet til å delta i beslutninger slik samvalgsprosessen legger opp til. Kvaliteten av samvalg var 0 i disse videoene, det vil si at samvalg ikke var eksisterende. I de resterende 32 filmede konsultasjonene, det vil si færre enn 10% av utvalget, var kvaliteten på samvalgsprosessen gjennomsnittlig på et moderat nivå, midt mellom "ingen pasientinvolvering" og "ideal pasientinvolvering". Graden av samsvar var sterk mellom de to koderne, både i gjennomsnittlig verdi og i verdi for hver indikator. Studien fant ingen signifikante forskjeller i hvordan kjønn, alder og konsultasjonslengde påvirker kvaliteten på legers bruk av samvalg.

Studier fra andre land som har brukt OPTION-observatørinstrumentet til å måle forekomsten av samvalg viser at samvalg forekommer i liten grad ved sykehuskonsultasjoner (26). Nivået av



samvalg i disse studiene lå mellom "ingen pasientinvolvering" og "moderat pasientinvolvering". Tidligere studier har også brukt den eldre versjonen av observatørinstrumentet (OPTION<sup>12</sup>) for å måle samvalg (26) og viser at inter-rater reliabiliteten mellom indikatorene i OPTION-instrumentene har moderate til store variasjoner (27). Tidligere forskning har også vist at manglende opplæring i samvalg resulterer i lave til moderate nivåer av pasientinvolvering (21). Lengre konsultasjonstid har også vist seg å være assosiert med høyere OPTION<sup>5</sup>-skår (28) og eldre leger har viset lavere nivåer i samvalg sammenlignet med yngre leger (20). En meta-analyse fra 2014 viser at det er manglende forskning på forskjeller på mannlige og kvinnelige leger i somatiske sykehus henhold til pasientinvolvering (29). En studie av psykiaternes bruk av samvalg viser at kvinnelige psykiatere fikk dobbelt så høye OPTION-skår enn sine mannlige kolleger (30).

Tidligere studier viser at manglende opplæring i samvalg resulterer i lave til moderate forekomster av pasientinvolvering (21). Dette er i tråd med våre funn. Forskjellen i pasientinvolvering mellom forskjellige land kan skyldes mange faktorer. Det er ingen standardiserte opplæringskurs eller spesifikk trening som kodere må ha for å kunne bruke OPTION-observatørinstrumentet. Dermed kan ulik trening gi forskjeller i resultater. Tidligere studier har også vist at ved å bruke OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrumentet får man høyere skår sammenlignet med bruk av OPTION<sup>12</sup>-instrumentet (23). Dermed kan en mulig forklaring på høyere resultater i Norge ligge i forskjellen mellom disse to versjonene av instrumentet.

Inter-rater reliabiliteten lå på et høyt nivå, både i gjennomsnittlig verdi og i verdi for hver indikator. Det var allikevel moderat grad av heterogenitet mellom disse ( $T_1=0,68$ ;  $T_2=0,82$ ;  $T_3=0,64$ ;  $T_4=0,61$ ;  $T_5=0,75$  og  $T_{\text{mean}}=0,70$ ). Funnet er i tråd med tidligere studier som viser at inter-rater reliabiliteten har moderate til store variasjoner mellom indikatorene (27). Dette kan skyldes at noen av indikatorene er uklart definert, noe som resulterer i forskjellig skåring.

Fra tidligere studier kunne man ha forventet at kvinnelige leger skårer bedre generelt på kommunikasjonsferdigheter enn mannlige leger (31) og at eldre leger skåret dårligere i bruk av samvalg (20). Disse forskjeller var ikke-signifikante i vår studie, noe som kanskje i første rekke kan skyldes lavt antall konsultasjoner og leger, hvor av bare seks var kvinner. Manglende kjønnsforskjeller i kvaliteten på å bruke samvalg kan skyldes økt biomedisinsk fokus og teamarbeid innom sykehusene, som kan gi reduserte kjønnsforskjeller (21). Ikke-signifikante aldersforskjeller i bruk av samvalg kan skyldes at utvalget i studien var lite ( $N=32$ ) og dermed ikke tilstrekkelig stort for å vise forskjeller i kvaliteten på bruk av samvalg.

Det var ingen signifikante funn om at konsultasjonslengde påvirker kvaliteten på samvalg. Lengre konsultasjonstid har vist å være assosiert med høyere OPTION<sup>5</sup>-skår (28) men en systematisk oversiktsartikkel fra 2014 har vist at det ikke er enighet om at praktisere samvalg gjør at konsultasjonene blir lengre (13). En studie i den systematiske oversiktsartikkelen viset at samvalg tar kortere tid, to studier viset at det tar lengre tid og seks studier viset at det ikke har noen forskjell.

## 4.2 Styrker

Pasientkonsultasjoner i forbindelse med flere ulike medisinske spesialiteter ble filmet. Det ble filmet fra poliklinikk, på akuttmottak og på sengepost, det vil si at variasjonen mellom ulike typer pasienter i ulike situasjoner var bred. Studien inneholdt også en stor mengde videoer: flere hundre videoer ble analysert og 23 forskjellige leger ble inkludert i analysen med OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrument. Dette kan gi et innblikk i forekomsten av samvalg i sykehuskonsultasjoner, uten at forekomsten kan fastslås på nasjonalt nivå ved denne studien.

Målekvaliteten (inter-rater reliabiliteten), som ble beregnet basert på skåringene, viste seg å være høy. God inter-rater reliabilitet indikerer god opplæring i bruk av OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrumentet.

Pasientenes gjennomsnittlige alder i denne studien var 45 år. I 2013 var den gjennomsnittlige alderen for pasienter på somatiske sykehus i Norge mellom 40 og 50 år for både menn og kvinner (32). Det vil si at pasientene i studien var et representativt utvalg i forhold til den gjennomsnittlige alderen av pasientene.

## 4.3 Svakheter

Tre kirurger, to indremedisinere, to obstetrikere og en gynekolog opptrådte på videoene mer enn en gang. Dette kan gi skjevhet i tolkningen av resultatene siden kun 23 forskjellige leger var med på de 32 selekterte videoene og dermed blir en stor del av samme leger analysert mer enn en gang. Disse legene kan ha vært bedre eller dårligere i samvalg og kan derfor overestimere eller underestimere resultatet.

Legenes kjønnsfordeling kan også ha påvirket resultatene slik at nivået ble noe lavere enn realiteten. Video-opptakene som ble brukt i denne analysen inneholdt mye lavere antall kvinnelige leger sammenlignet med mannlige leger. I en amerikansk artikkel (31), der man sammenlignet mannlige og kvinnelige leger, ble det konkludert at mannlige leger bruker mindre tid på pasientene, er mindre pratsomme og bruker mindre empatiske tegn (f.eks. nikker med hodet, lager ulike støttelyder som

”ja”) enn kvinner. I samme artikkel ble det også konkludert at kvinnelige leger er mer positive, mer empatiske og mer fokuserte på følelser.

Andre begrensninger var at konsultasjonene ble filmet på kun et sykehus. Dette kan ha betydning for tolkningen av resultatet på nasjonalt nivå og gir risiko for seleksjonsbias. Videoene ble filmet i 2007-2008, og dermed er materialet relativt gammelt og muligens også noe utdatert. Siden det imidlertid ikke finnes en systematisk opplæring av helsepersonell i bruk av samvalg, er det ikke sannsynlig at dagens forekomst av samvalg er mye bedre.

OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrumentet er designet til å måle i hvilken grad legene involverer pasientene i medisinske beslutninger (33). Det måler ikke pasientens foretrukne rolle i konsultasjonen eller pasientens bidrag til interaksjon i samtalen. Med andre ord, i situasjoner der pasienten spør aktivt og deltar i samvalgsprosessen, kan OPTION<sup>5</sup>-skårene bli lave selv om høy grad av samvalg blir oppnådd. Dette skyldes at OPTION<sup>5</sup> kun måler legens bidrag i samvalgsprosessen, og ikke pasientens. Dette kan gi systematisk skjevhet av kvaliteten av legers bruk av samvalg.

#### **4.4 Implikasjoner**

For å kunne imøtekomme de økte forventningene om pasientinvolvering, må nødvendig kommunikasjonsopplæring implementeres i helsevesenet og i utarbeiding av kliniske retningslinjer. I en norsk artikkel fra 2009 har man konkludert at norske utviklere av retningslinjer stort sett ikke har forsøkt å inkludere pasienters synspunkter eller behov i retningslinjene (34). I samme studie konkluderte forfatterne at det ikke har vært noen økning i omfanget av pasientmedvirkning i retningslinjearbeidet i de siste årene.

Per i dag finnes det ikke systematisk opplæring for helsepersonell i bruk av samvalg i Norge. For å kunne implementere samvalg i klinisk praksis, må systematisk opplæring skje på medisinstudiet, men også seinere i arbeidslivet. Også de som allerede er ferdige leger trenger opplæring i å implementere samvalg i klinisk praksis for å kunne øke pasientinvolvering i lege-pasientsamtaler.

I konsultasjoner der legene viser lave prestasjonsnivåer i henhold til samvalg, kan OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrumentet brukes til å gi mer detaljert informasjon om hva som skal til for å kunne øke pasientinvolvering. Ved å bruke OPTION<sup>5</sup>-observatørinstrumentet i klinisk praksis, kan helsepersonell selv måle kvaliteten av samvalg i konsultasjoner og bruke det for å forbedre sine kommunikasjonsstrategier.

## 5 Konklusjon

Forekomsten av samvalg ligger på et lavt nivå i et utvalg av sykehuskonsultasjoner i Norge. Det ble ikke påvist signifikante forskjeller for at legens kjønn, alder eller lengden på konsultasjonene er assosiert med bedre kvalitet på legers bruk av samvalg.

Lav forekomst av samvalg betyr at pasientene i liten grad fikk mulighet til å delta i beslutninger om sin egen helse, siden beslutningene i hovedsak ikke ble nevnt eller tilbudt. Beslutninger ble nevnt i færre enn 10% av alle samtaler, og selv i disse samtalene var kvaliteten på samvalg moderat. Det kan konstateres at i de fleste tilfeller blir pasienten ikke involvert i sine medisinske beslutninger.

Det er behov for videre forskning på dette temaet. Siden fokuset på og forventninger om pasientinvolvering har økt, kan man forske på et nyere utvalg for å se om det har vært en utvikling siden 2008, da datamaterialet i denne studien ble samlet inn.

Resultatene viser at det er behov for opplæring av leger for å forbedre kvaliteten på kommunikasjonen i lege-pasientkonsultasjoner. Det finnes et stort forbedringspotensial for å øke forekomsten av samvalg i daglig klinisk praksis.

## 6 Referanseliste

1. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*. 2006;60(3):301-12.
2. Goodyear-Smith F, Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship. *An International Journal of Health Care Philosophy and Policy*. 2001;9(4):449-62.
3. Gulbrandsen P, Ofstad EH, Holmøy T, Vandvik PO. Pasientmedvirkning ved beslutninger om behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2014;134(17):1670-2.
4. Vågan A, Aasland O. Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael*. 2011;8:317-28.
5. Vandvik PO, Eiring Ø. Kunnskapsbasert praksis for norske leger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2011;131(18):1755.
6. Goode CJ, Piedalue F. Evidence-based clinical practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 1999;29(6):15-21.
7. Kasper J, Heesen C, Köpke S, Fulcher G, Geiger F. Patients' and observers' perceptions of involvement differ. Validation study on inter-relating measures for shared decision making. *PLoS ONE*. 2011;6(10):e26255. doi:10.1371/journal.pone.0026255
8. Friensen-Storms JHHM, Bours GJJW, van Der Weijden T, Beurskenes AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):393-402.
9. Nylenna M. Om samvalg og andre sam-ord. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2015;135(2):149.
10. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *Journal of Family Practice*. 1993;37(4):377-88.
11. 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). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-92.
12. Munro S, Stacey D, Lewis KB, Bansback N. Choosing treatment and screening options congruent with values: Do decision aids help? Sub-analysis of systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(4):491-500.
13. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;1:CD001431.

14. Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D, Bühner M, Berthele A, Kissling W, et al. Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? *Health Expectations*. 2012;15(1):23-31.
15. Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Légaré F, Harter M, et al. Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2011;105(4):313-24.
16. Churning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):9-18.
17. Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M, Gionfriddo MR, Montori V, Elwyn G. The psychometric properties of Observer OPTION<sup>5</sup>, an observer measure of shared decision making. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(8):970-6.
18. Clayman ML, Bylund CL, Churning B, Makoul G. The impact of patient participation in health decisions within medical encounters: a systematic review. *Medical Decision Making*. 2016;36(4):427-52.
19. Goss C, Fontanesi S, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M. The assessment of patient involvement across consultation. The Italian version of the OPTION scale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2007;16(4):339-49.
20. Loh A, Simon D, Henning K, Henning B, Härter M, Elwyn G. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Education and Counseling*. 2006;63(3):314-8.
21. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2011;84(2):163-9.
22. Ofstad EH, Frich JC, Schei E, Frankel RM, Gulbrandsen P. What is a medical decision? A taxonomy based on physician statements in hospital encounters: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(2):e010098. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010098
23. Stubenrouch FE, Pieterse AH, Falkenberg R, Santema TKB, Stiggelbout AM, van Der Weijden T, et al. OPTION<sup>5</sup> versus OPTION<sup>12</sup> instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(6):1062-8.
24. Cohen J. Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*. 1968;70(4):213-20.

25. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
26. Couet N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using OPTION instrument. *Health Expectations*. 2015;18(4):542-61.
27. Nicolai J, Moshagen M, Eich W, Bieber C. The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): the methodological issues. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2012;106(4):264-71.
28. Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, et al. Achieving involvement: Process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*. 2004;21(4):337-46.
29. Wyatt KD, Branda ME, Inselman JW, Ting HH, Hess EP, Montori VM, et al. Genders of patients and clinicians and their effect on shared decision making: a participant-level meta-analysis. *BMC medical informatics and decision making*. 2014;14:81.
30. McCabe R, Khanom H, Bailey P, Priebe S. Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Education and Counseling*. 2013;91(3):326-8.
31. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*. 1994;13(5):384-92.
32. Statistisk sentralbyrå. Pasienter på somatiske sykehus. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014 [hentet 2017-04-03]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09#content>
33. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*. 2003;12(2):93-9.
34. Røsvik AH, Movik E, Nylenna M. Deltar pasientene i utviklingen av kliniske retningslinjer i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2010;130(22):2236-8.

## **Vedlegg 1: Sammendrag av nøkkelartikler**



Referanse: Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of at short course in clinical skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial. Patient Education and Counseling. 2011;84(2):163-9.		GRADE	
		Dokumentasjonsnivå	1b
		Anbefaling	Høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Kan 20-timers kurs i kommunikasjon forbedre lege-pasientkommunikasjon i spesialisthelsetjenesten ?	<p><b>Studiedesign:</b> RCT-studie</p> <p><b>Rekruttering/deltakere:</b> Av 249 leger, ble 103 leger tilfeldig spurt til å delta i studien. 72 leger deltok. 51 leger ble til slutt med i studien grunnet manglende deltakelse på kurs og permisjon. Legene ble fordelt til to grupper: Første gruppen fikk kurset sommer 2007, andre gruppen vinter 2008.</p> <p><b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Leger &lt; 60 år fra anestesi-, pediatri-, kirurgi-, indremedisin-, gynekologi/obstetikk-, nevrologi-, ortopedi- og ØNH-avdelinger.</p>	<p><b>Hovedfunn:</b> Signifikant forbedring i kommunikasjonsskaper etter 2 dagers kurs (p=0.01, 95% CI 1.6;13.3). Pasientene ble ikke mer fornøyde med legen etter at legen hadde deltatt på kurset (p=0.38, 95%CI -0.3;0.8)</p> <p><b>Bifunn:</b> Ingen signifikante forskjeller i kommunikasjonsskaper mellom kvinnelige og mannlige leger. Unge leger skåret bedre enn eldre. Legene med lave forventninger til kurset hadde ingen forbedring i kommunikasjonsskaper.</p> <p>Ingen signifikante forskjeller i endring på konsultasjonslengde (p=0.69, 95% CI -6;13;4:07).</p>	<p><b>Styrke:</b> Klart definert utvalg og klart formål med studien. Randomisering av deltakerne. Standardisert datainnsamling, presise resultater. RCT-studie var velegnet til design for å besvare på forskningsspørsmålet. Tilfredsstillende randomiseringsprosedyre. Resultatene kan overføres til praksis. Alle utfallsmål ble vurdert i denne studien. Gruppene var like ved starten av studien.</p> <p>Legene som ikke kunne delta var ikke signifikant forskjellig fra dem som kunne delta. Deltakerne var et representativt utvalg av leger i sykehus. Gruppene ble behandlet likt. Utfallsmålene var blindet mht gruppetilhørighet.</p> <p><b>Svakhet:</b> Ca 50% av legene som ble spurt deltok i studien (N=51). Det ble beskrevet at alle 51 leger hadde 8 videoer som ble analysert, dvs sammenlagt 408 videoer. I artikkelen ble det analysert 405 videoer → 3 videoer forsvant, uten at det ble beskrevet.</p> <p><b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Pasienten var ikke mer fornøyde med legen selv om legen hadde tatt kurset. Dette kan skyldes at flere faktorer påvirker pasientenes tilfredshet.</p> <p><b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja. f.eks.: Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101:692-6.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p><b>Datagrunnlaget:</b> Videofilmede lege-pasientkonsultasjoner (N=405) som ble skåret med 4HCS-skåringsskjema med 23 indikatorer. Fire erfarne psykologistudenter skåret videoene. Etter konsultasjonen svarte pasientene på et spørreskjema om hvor fornøyde dem var med legen sin.</p> <p><b>Utfall validering:</b> - Forbedring i kommunikasjonsskaper - Pasientenes tilfredshet med legen</p> <p><b>Eksponeringsvariabler:</b> Leger som gjennomgikk et kommunikasjonskurs</p>		
<b>20-timers kurs indikerte forbedring av kommunikasjonsferdigheter hos leger i spesialisthelsetjenesten.</b>			
<b>Land</b>	<b>Viktige konfunderende faktorer:</b>		
<b>Norge</b>	Legene som deltok i studien var kanskje mer motivert enn de som ikke deltok.		
<b>År data innsamling</b>	Videofilming → kan gjøre at legene og pasientene oppfører seg annerledes når kamera er tilstede. De som deltok var kanskje mer motiverte og hadde mer selvtillit enn de som ikke deltok.		
<b>2007-2008</b>	<b>Statistiske metoder:</b> Pearson's r (inter-rater reliabilitet)		

Referanse: Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D, Bühner M, Berthele A, Kissling W, et al. Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? Health Expectations. 2012;15(1):23-31.		GRADE	
		Dokumentasjonsnivå	2b
		Anbefaling	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Bytter pasienter behandlingsalternativ som de først valgte etter å ha hørt legens anbefalinger?	<p><b>Studiedesign:</b> Tversnittsstudie</p> <p><b>Rekruttering/deltakere:</b> Innlagte pasienter med MS eller schizofreni fra to nevrologiske sykehus og to psykiatriske sykehus. De rekruttertes kort tid før de ble utskrevne. N=102 med schizofreni, N=101 med MS.</p> <p><b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Pasientens alder mellom 18 og 65 år. Enten diagnose schizofreni eller MS. Måtte snakke flytende tysk og vurdert av lege om de var egnet til å være med i studien.</p> <p><b>Datagrunnlaget:</b> Pasientene svarte på en spørreskjema med hypotetisk scenario om en beslutningssituasjon mellom to forskjellige legemidler. Etter at pasienten hadde tatt en beslutning, ble pasientene fortalt at legen hadde anbefalt det motsatte alternativet. Deretter måtte pasienten ta sitt siste valg.</p> <p><b>Utfall validering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bytter pasienten til det valget som de ikke hadde først valgt selv</li> <li>- Tilfredshet med valget</li> <li>- Trygghet på sitt initialt foretrukket valg</li> </ul> <p><b>Eksponeeringsvariabler:</b> Legens anbefalinger</p> <p><b>Viktige konfunderende faktorer:</b> Diagnosene kan gjøre at pasienten tar legens råd mer til hensyn (alvorlige diagnoser).</p>	<p><b>Hovedfunn:</b></p> <p>45% av pasienter med schizofreni og 26% av pasienter med MS fulgte legens anbefalinger og valgte det behandlingsalternativet som var imot deres opprinnelige preferanse.</p> <p>Pasientene som fulgte legens anbefalinger var mer misfornøyde (schizofreni: <math>t=2,61</math>, <math>P=0.01</math>; MS: <math>t=2.61</math>, <math>P=0.0009</math>).</p> <p>Pasienter med schizofreni var signifikant mindre trygge på sin opprinnelig foretrukket behandlingsalternativ sammenlignet med MS pasienter (<math>t = 2.05</math>, <math>P=0.04</math>).</p> <p><b>Bifunn:</b></p> <p>Pasientens diagnose (<math>P=0.002</math>), tillit til legen (<math>&lt;0.001</math>) og tro på den initialt foretrukne behandlingsalternativet (<math>P=0.003</math>) predikert dem som tok imot råd. Pasienter med schizofreni, stor tillit og lite tiltro på det initiale behandlingsalternativet var mest sannsynlige for å følge legens råd.</p>	<p><b>Styrke:</b> Klart definert utvalg og klart formulert problemstilling. Alle som var med i studien responderte på spørreskjemaet. Høy svarprosent. Adekvate statistiske metoder er brukt i dataanalysen. Presise data, standardisert datainnsamling. Objektive kriterier ble benyttet for vurdering av utfallsmålene.</p> <p><b>Svakhet:</b> Pasientene svarte på en hypotetisk scenario → kunne ha oppført seg annerledes i en reell situasjon.</p> <p>Seleksjonsbias mrp diagnosegrupper: utvalget er ikke representativt for hele befolkningen. Pasienter med schizofreni lengre innlagt → fått sterkere relasjon til behandlende lege.</p> <p><b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Legenes anbefalinger kan ofte overstyre pasientens preferanser i preferanse-sensitive valg. Minst tiltro til sine egne initiale beslutninger hadde schizofreni-pasientene.</p> <p><b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja, f.eks.: Sniezek JA, Van Swol LM. Trust, confidence, and expertise in a judge-advisor system. Organizational Behavior and Human Decision Process, 2001;84:288-307.</p>
Konklusjon			
Legenes anbefalinger påvirker sterkt pasientenes avgjørelsestaking.			
Land			
Tyskland			
År data innsamling			
Ikke angitt			

Referanse: Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M, Gionfriddo MR, Montori V, Elwyn G. The psychometric properties of Observer OPTION <sup>5</sup> , an observer measure of shared decision making. Patient Education and Counseling. 2015;98(8):970-6.			<b>GRADE</b>	
			Dokumentasjonsnivå	2b
			Anbefaling	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Måling av samvalg i videofilmede lege-pasientkonsultasjoner og vurdering av psykometriske egenskaper av observatørinstrument OPTION <sup>5</sup> sammenlignet med OPTION <sup>12</sup> .	<p><b>Studiedesign:</b> Tversnittsstudie</p> <p><b>Rekruttering/deltakere:</b> Deltakere fra to tidligere studier der effekten av å bruke samvalgsverktøy ble undersøkt. Ingen randomisering.</p> <p><b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Data fra to tidligere studier (1. Damer over 50 år, postmenopausale. 2. Voksne med brystsmerte som ble vurdert for kardiogent stress)</p> <p><b>Datagrunnlaget:</b> Videofilmede lege-pasientkonsultasjoner som ble skåret med OPTION<sup>5</sup> av to kodere. Tidligere hadde disse videoer blitt skåret med OPTION<sup>12</sup>.</p> <p><b>Utfall validering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Måle graden av samvalg ved å bruke OPTION<sup>5</sup> i videofilmede konsultasjoner, der effekten av samvalgsverktøy har blitt undersøkt</li> <li>- måle psykometriske egenskaper til OPTION<sup>5</sup></li> </ul> <p><b>Eksponeringsvariabler:</b> Samvalgsverktøy</p> <p><b>Viktige konfunderende faktorer:</b> Koderne var tilknyttet til forskningsprosjektet og kan dermed har tolket resultater i positiv retning.</p>	<p><b>Hovedfunn:</b> Den gjennomsnittlige skåringen med OPTION<sup>5</sup> for pasienter som brukte samvalgsverktøy var høyere sammenlignet med dem som ikke brukte det (<math>p &lt; 0.001</math>). Samvalg lå på lavt nivå.</p> <p>OPTION<sup>5</sup> hadde en positiv korrelasjon med OPTION<sup>12</sup> (<math>r=0.61</math>, 95% Credibility Intervall 0.54, 0.68). Inter-rater reliabilitet hadde også en sterk korrelasjon (<math>r=0.93</math>, Credibility Intervall 0.83, 0.97).</p> <p>Inter-rater reliabiliteten varierte mellom hver item fra moderat (0.49, <math>p &lt; 0.0001</math>, CI 0.44 – 0.50) til rimelig bra (0.64, <math>p &lt; 0.001</math>, CI 0.44 – 0.50).</p>	<p><b>Styrke:</b> Presis data. Utvalg klart definert. Det har blitt brukt objektive kriterier for vurdering av utfallsmålene. Det har blitt brukt adekvate metoder i dataanalysen.</p> <p><b>Svakhet:</b> Det var forskjellige kodere som brukte OPTION<sup>5</sup> og OPTION<sup>12</sup>. Dette kan gi undervurdering i relasjonene mellom disse to verktøy. Utvalget var ikke representativt for hele befolkningen. Skåringen varte over 8 måneder, noe som kan gjøre at måten å skåre på ha forandret seg under den tidsperioden. Ikke standardisert datainnsamling. Ikke blitt gjort rede for om de som ble inkludert i studien skilte seg fra dem som ikke ble inkludert. Uklar svarprosent.</p> <p><b>Hva diskuterte forfatterne:</b> OPTION fikk valide og pålitelige estimater for samvalg (gode psykometriske egenskaper). OPTION<sup>5</sup> hadde en positiv korrelasjon til OPTION<sup>12</sup>. OPTION<sup>5</sup> gir høyere skår enn OPTION<sup>12</sup> av samme datamateriale. OPTION<sup>12</sup> hadde høyere inter-rater reliabilitet enn OPTION<sup>5</sup> (over 0.9 vs. 0.66 – 0.70)</p> <p><b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja. eks: Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. Quality and Safety in Health Care. 2003;12(2):93-9.</p>	
Konklusjon				
Samvalg lå på lavt nivå. Ved bruk av OPTION <sup>5</sup> fikk man valide og pålitelige estimater av samvalg.				
Land				
USA				
År data innsamling				
Ikke angitt	<p><b>Statistiske metoder:</b></p> <p>T-test, Pearsons produkt-moment korrelasjonskoeffisient, inter-rater reliabilitet (Cohen's Kappa)</p>			

Referanse: Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in Medical Encounters: An analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting. Health Psychology. 1994;13(5):384-92.		GRADE	
		Dokumentasjonsnivå	2b
		Anbefaling	Veldig lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Er det kjønnsforskjeller i legenes atferd (verbal og nonverbal) i lege-pasientkonsultasjoner?	<p><b>Studiedesign:</b> Tversnittsstudie</p> <p><b>Rekruttering/deltakere:</b> Alle leger (N=122) på Massachusetts sykehus ble sendt et brev om studien. Rekrutteringen varte så lenge at 25 kvinnlige og 25 mannlige leger ble rekruttert. 100 pasienter ble rekruttert fra Internal Medicine Associates (organisasjon for indremedisin).</p>	<p><b>Hovedfunn:</b> Kvinnelige pasienter snakket mer til kvinnelige leger, <math>F(1, 42)=5.17, p&lt;0.05</math>. Kvinnelige leger var mer positive enn mannlige, <math>F(1, 48)=12.30, p&lt;0.002</math>. Kvinnelige leger hadde mer partnerskapsorientert språk, <math>F(1, 48)=21.77, p&lt;0.001</math>. Mannlige leger hadde mer vennlig språk, <math>F(1, 48)=4.41, p&lt;0.05</math>. Kvinnelige leger smilte mer enn mannlige, <math>F(1, 44)=6.32, p=0.01</math>. Kvinnelige leger nikket mer enn mannlige, <math>F(1, 45)=5.15, p&lt;0.03</math>.</p> <p><b>Bifunn:</b> Ingen kjønnsforskjeller i teknisk språk, emosjonell støtte eller mengde informasjon som ble gitt til pasientene.</p>	<p><b>Styrke:</b> Samme mengde kvinnelige og mannlige leger. Det ble brukt objektive kriterier for vurdering av utfallet (RIAS og 9-punkts skåringsskjema). Standardisert datainnsamling, presise data. Det er brukt adekvate metoder i dataanalysen.</p> <p><b>Svakhet:</b> Liten mengde deltakere, både leger og pasienter. Uklar svarprosent. Utvalget er ikke klart definert og ikke representativt for hele befolkningen (gjelder både leger og pasienter). Ikke blitt redegjort hvor mange pasienter og leger takket nei til studien → kan gi en skjevhet i tolkningen av resultatene pga de som deltok kunne være forskjellig fra dem som ikke ville delta. Pasientene hadde også en gjennomsnittlig høy alder (62 år) og høy utdanning → risiko for seleksjonsbias.</p> <p><b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Kvinnelige leger og mannlige leger har mange forskjeller i både verbal og nonverbal adferd (Se Resultater). Forfatterne diskuterte også om annen litteratur som styrker funnene.</p> <p><b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja, f.eks.: Hall JA. Smiling and gazing. The psychology of gender. Advances through meta-analysis. 1986;136-158.</p>
Konklusjon	<p><b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Gynekologiske pasienter ble ekskludert. Alle andre typer pasienter ble i utgangspunktet inkludert.</p> <p><b>Datagrunnlaget:</b> Videofilmede lege-pasientkonsultasjoner ble skåret. Hver lege ble filmet med en kvinnelig og en mannlig pasient. Verbal atferd ble skåret med RIAS-instrument av lydsporene til videoene, nonverbal atferd ble skåret med 9-punkts skåringsskjema.</p> <p><b>Utfall validering:</b> kjønnsforskjeller i nonverbal og verbal adferd.</p>		
Det er store forskjeller mellom mannlige og kvinnelige leger i nonverbal og verbal adferd i lege-pasientkonsultasjoner.	<p><b>Eksponeringsvariabler:</b> Legenes atferd, videofilming</p> <p><b>Viktige konfunderende faktorer:</b> Videofilming → kan gi endrete prestasjoner når kamera er til stede. De, som ville delta, kunne ha mer selvtillit og være mer motivert.</p> <p><b>Statistiske metoder:</b> ANOVA, Pearson korrelasjon, Cronbach's alfa</p>		
Land			
USA			
År data innsamling			
Ikke angitt			

Referanse: Stubenrouch FE, Pieterse AH, Falkenberg R, Santerna TKB, Stiggelbout AM, van Der Weijden T, et al. OPTION <sup>5</sup> versus OPTION <sup>12</sup> instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. Patient Education and Counseling. 2016;99(6):1062-8.		GRADE	
		Dokumentasjonsnivå	2b
		Anbefaling	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<b>Sammenligne to forskjellige observatørinstrument (OPTION<sup>5</sup> og OPTION<sup>12</sup>) med å måle graden av samvalg i lege-pasientkonsultasjoner.</b>	<b>Studiedesign:</b> Tversnittsstudie <b>Rekruttering/deltakere:</b> Polikliniske pasienter (N=60) fra tre ulike nederlandske universitetssykehus. Deltakerne ble valgt ut fra tidligere studier / datamateriale med pasienter med ulike diagnoser. Det rekruttertes lik mengde kvinnelige og mannlige pasienter med samme diagnose. <b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Polikliniske pasienter	<b>Hovedfunn:</b> Graden av samvalg lå på lavt nivå. Gjennomsnittlig total skår for OPTION <sup>12</sup> var 23.7 (SD 7.8) og for OPTION <sup>5</sup> var 39.3 (SD 12.7). 0=Ingen involvering, 100 = eksemplarisk involvering.	<b>Styrke:</b> Klart definert utvalg som er representativt for hele befolkningen. Standardisert datainnsamling. Objektive kriterier var benyttet for vurdering av utfallsmålene. Adekvate metoder er brukt i dataanalysen. <b>Svakhet:</b> Ikke gjort rede for hvordan inkluderte pasienter skiller seg fra dem som ikke ble inkludert. Moderat mengde deltakere (60 pasienter) . Uklar svarprosent.
<b>Konklusjon</b>	<b>Datagrunnlaget:</b> Videofilmede lege-pasientkonsultasjoner fra tidligere studier. Videofilmene ble skåret av to kodere med to forskjellige OPTION-instrumenter. <b>Utfall validering:</b> - Graden av samvalg - Konsultasjonslengde - Psykometriske egenskaper av to forskjellige observatørinstrument	Begge instrument fikk akseptable nivåer av inter-rater reliabilitet (Cohen's Kappa), over 0.65 i begge instrumenter.  Positiv korrelasjon mellom instrumentene (Pearson r=0.71;P=0.01)	<b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Det er god korrelasjon mellom observatørinstrumentene. God inter-rater reliabilitet indikerer god opplæring i bruk av observatørinstrumentene.  OPTION <sup>5</sup> fikk høyere total skår enn OPTION <sup>12</sup> : Det kan indikere at OPTION <sup>5</sup> overestimerer og/eller OPTION <sup>12</sup> underestimerer pasientinvolvering. OPTION <sup>5</sup> er mer brukervennlig enn OPTION <sup>12</sup> .
<b>Pasienter blir i liten grad involvert i sine medisinske beslutninger. Observatørinstrumentene har god korrelasjon.</b>	<b>Eksponeeringsvariabler:</b> Både legene og pasientene ble eksponert for videofilming. <b>Viktige konfunderende faktorer:</b> Videofilming → legene og pasientene kan bli påvirket av kameraet. De som ville delta var kanskje mer motiverte og hadde mer selvtillit til sine kunnskaper enn dem som ikke ville.	Konsultasjonslengde varierte fra 11 til 58 minutter.	<b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja, f.eks.: Couet N, Desroches H, Robitaille H, Vaillancourt A, Leblanc S, Turcotte S et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expectations. 2015;18(4):542-61.
<b>Land</b>			
<b>Nederland</b>			
<b>År data innsamling</b>			
<b>Ikke angitt</b>	<b>Statistiske metoder:</b> Cohen's Kappa, Pearson produkt moment korrelasjons koeffisient		

Referanse: Loh A, Simon D, Henning K, Henning B, Härter M, Elwyn G, The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. Patient Education and Counseling. 2006;63(3):314-8.		<b>GRADE</b>	
		Dokumentasjonsnivå	2b
		Anbefaling	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Hvilken grad blir pasienter med depresjon involvert i sine medisinske beslutninger?	<p><b>Studiedesign:</b> Tversnittsstudie</p> <p><b>Rekruttering/deltakere:</b> Leger i allmennpraksis som hadde tilknytning til universitetssykehuset i Freiburg. Det ble sendt en mail om studien til dem (N=60). 34 leger responderte, 9 ga samtykke til å bli med i studien. 20 pasienter med depresjon ble valgt tilfeldig fra allmennpraksis.</p> <p><b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Pasienten måtte ha en depresjon-diagnose og behov for behandling.</p> <p><b>Datagrunnlaget:</b> Videofilmede lege-pasientkonsultasjoner som ble skåret med OPTION<sup>12</sup>-observatørinstrument. To uavhengige kodere skåret videoene.</p> <p><b>Utfall validering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Graden av samvalg ved å bruke OPTION<sup>12</sup> observatørinstrument</li> <li>- Konsultasjonslengde</li> </ul> <p><b>Eksponeringsvariabler:</b> Legene og pasientene ble eksponert for videofilming.</p> <p><b>Viktige konfunderende faktorer:</b> Videofilming → kan påvirke legens og pasientens prestasjoner. De legene og pasientene som deltok hadde kanskje bedre selvtillit og motivasjon enn de som ikke deltok.</p> <p><b>Statistiske metoder:</b> Cohen's kapp</p>	<p><b>Hovedfunn:</b> Pasienter blir i veldig lav grad involvert i sine beslutninger.</p> <p>Gjennomsnittlig OPTION-skår var 14,6. Skala fra 0 (ingen involvering) til 100 (eksemplarisk involvering).</p> <p>Cohens kapp var 0.5.</p> <p>Konsultasjonslengde var i gjennomsnitt 16min 6 sekunder.</p> <p><b>Bifunn:</b> Mesteparten av konsultasjonstiden ble brukt for å definere problemet.</p> <p>13/20 pasienter fikk antidepressiva som behandling.</p>	<p><b>Styrke:</b> Klart definert utvalg, standardisert datainnsamling. Objektive kriterier var benyttet for vurdering av konsultasjonene. Adekvate metoder i dataanalysen har blitt brukt.</p> <p><b>Svakhet:</b> Litet utvalg, lav deltakelse → risiko for seleksjonsbias. Utvalget var ikke representert for hele befolkningen. Det har ikke blitt gjort rede for om legenes som deltok i studien skilte seg fra dem som ikke deltok. Lav prosent av deltakere.</p> <p><b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Det er veldig liten grad av pasientinvolvering i lege-pasientkonsultasjoner. Det indikerer at valgmuligheter ikke blir tilbudt eller at legene vurderer at valget om behandling er for vanskelig for pasientene.</p> <p>Lang konsultasjonslengde kan skyldes reell behov for å definere problemet.</p> <p><b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja, f.eks. Goss C, Fontanesi S, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M. The assessment of patient involvement across consultations. The Italian version of the OPTION scale. Epidemiol Psichiatr Soc. 2007;16(4):339-49.</p>
Konklusjon			
Pasienter med depresjon blir i svært liten grad involvert i beslutninger om sin egen helse.			
Land			
Tyskland			
År data innsamling			
Ikke angitt			

Referanse: Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. Patient Education and Counseling: 2012;86(1):9-18.		<b>GRADE</b>	
		Dokumentasjonsnivå	
		Anbefaling	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Hvilken rolle foretrekker pasienten i beslutninger i lege-pasientkonsultasjoner?	<b>Studiedesign:</b> Systematisk oversiktsartikkel  <b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> Inkluderte studiene måtte inneholde måling av pasientens foretrukne rolle i situasjoner der beslutninger blir tatt, de måtte inneholde beskrevne målemetoder, funnene måtte være presentert som prosent eller som gjennomsnittlig skår. Studiene måtte være publisert på engelsk, uansett land. Inkluderte artikler var publisert i perioden januar 1980 – desember 2007.  <b>Datagrunnlaget:</b> Fem databaser ble brukt i søket (Ovid MEDLINE, Cochrane Database for Systematic Reviews, PsychInfo, Web of Science og PubMed).  <b>Utfall validering:</b> Pasient populasjon, publikasjonsdato, målemetode	<b>Hovedfunn:</b> 115 artikler ble inkludert i studien. Mesteparten av pasientene (63%) foretrukket å ta valg sammen med legene.  Pasientens foretrukne rolle har endret seg med tiden: 71% av studier etter år 2000 viser at pasientene foretrukket å ta valg sammen med legen, før år 2000 var andelen 50%.  Mesteparten av kreftpasienter ønsket å delta i beslutninger om sin egen helse. Samme resultat fikk man for pasienter med spørsmål om invasive prosedyrer. CPS-måleinstrument ga høyeste resultater av pasientens foretrukne rolle i beslutninger.	<b>Styrke:</b> Formålet med oversiktsartikkelen er klart formulert. Klare kriterier for inklusjon av enkeltstudier. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Kvaliteten på inkluderte studiene var vurdert. Presise resultater. Litteratursøket er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Viktige utfallsmål er vurdert.  <b>Svakhet:</b> Ikke gjennomført meta-analyse, valget var ikke begrunnet hvorfor dette ikke hadde blitt gjort. Uklart om det er risiko for bias i de vurderte studiene (ikke blitt diskutert).  <b>Hva diskuterte forfatterne:</b> Mest brukte måleinstrumenter for å måle pasientens foretrukne rolle i lege-pasientkonsultasjoner var CPS, API, PSDM og HOS.  I 77% av studiene med kreftpasienter ønsket mesteparten av kreftpasientene å bli involvert i beslutninger om sin behandling. 78,5% av pasienter med spørsmål om invasive prosedyrer ønsket å delta i beslutninger om sin egen behandling.  <b>Annen litteratur som styrker funnene:</b> Ja. Funnene basere seg på artiklene som ble identifisert i systematiske litteratursøket.
Konklusjon			
Mesteparten av pasientene foretrukket å ta beslutninger sammen med legen. Allikevel funnene varierte mtp målemetode, publikasjonsdato og pasientpopulasjon.			
Land			
USA			
År data innsamling			
Ikke angitt			

Referanse: Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Education and Counseling. 2006;60(3):301-12.		<b>GRADE</b>	
		Dokumentasjonsnivå	
		Anbefaling	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Hvordan har samvalg blitt definert i forskjellige artikler?	<b>Studiedesign:</b> Systematisk oversiktsartikkel	<b>Hovedfunn:</b> Av 418 artikler, inneholdt 161 artikler en begrepsmessig definisjon på samvalg. 31 forskjellige begrepsmessige definisjoner ble identifisert.	<b>Styrke:</b> Formålet med oversiktsartikkelen var klart formulert. Klare kriterier for inklusjon av enkeltstudier. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Kvaliteten på inkluderte studiene er vurdert. Presise resultater. Litteratursøket var gjennomført på en tilfredsstillende måte.
Konklusjon			
Det finnes ingen felles begrepsmessig definisjon på samvalg.	<b>Datagrunnlaget:</b> Artikler som ble identifisert i søk i PubMed i "Title/Abstract".	<b>Bifunn:</b> Under halvparten av disse definisjoner var pasientens preferanser ("patients preferences") og valgmuligheter ("options") med i definisjonen.	<b>Svakhet:</b> Ikke gjennomført en meta-analyse, valget var ikke begrunnet hvorfor det ikke hadde blitt gjort. Uklart om det er vurdert risiko for bias i de inkluderte studiene.
Land	<b>Utfall validering:</b> Definisjoner på samvalg		<b>Hva diskuterte forfatterne:</b>
USA			Under halvparten av definisjonene av samvalg var pasientens verdier ("patients preferences") og valgmuligheter ("options") med i definisjonen.
År data innsamling			Artikkelen "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? Or it takes at least two to tango" av Charles et al. Har blitt mest brukt for å sitere og definere ordet "samvalg".
April 2005			<b>Annen litteratur som styrker funnene:</b>
			Ja. Funnene basere seg på artiklene som ble identifisert i systematiske litteratursøket.



Referanse:			GRADE	
			Dokumentasjonsnivå	
			Anbefaling	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
	<b>Studiedesign:</b> <b>Rekruttering/deltakere:</b> <b>Inklusjons/eksklusjonskriterier:</b> <b>Datagrunnlaget:</b> <b>Utfall validering:</b> <b>Eksponeringsvariabler:</b>	<b>Hovedfunn:</b> <b>Bifunn:</b>	<b>Styrke:</b> <b>Svakhet:</b> <b>Hva diskuterte forfatterne</b> <b>Annen litteratur som styrker funnene:</b>	
<b>Konklusjon</b>	<b>Viktige konfunderende faktorer:</b> <b>Statistiske metoder:</b>			
<b>Land</b>				
<b>År data innsamling</b>				

## Vedlegg 2: Samtykkeskjema for pasienter

### Pasientinformasjon for forskningsprosjekt "Bedre samtaler med pasienter og pårørende"

Vi spør deg med dette om du som pasient/pårørende ved Akershus universitetssykehus vil være med på et forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å studere legers samtaler med pasienter og/el. pårørende. Det er frivillig å delta.

Legene får et kurs i hvordan de bør føre samtaler. Vi videofilmer samtaler med pasienter/pårørende før og etter kurset. Kameraet vil være stilt slik at vi ser legens ansikt tydelig, og ditt ansikt hvis det er mulig. Om du må kle av deg, vil det ikke bli filmet, men mikrofonen vil oppfatte samtalen likevel.

Du får et lite spørreskjema før samtalen, og to små spørreskjemaer etter.

Enten du vil være med eller ikke, får du samme medisinske behandling. Hvis du velger å være med, men ombestemmer deg senere, vil videoen og alle andre opplysninger om deg bli slettet så fort du gir oss beskjed. Det får ingen konsekvenser for din behandling, ditt forhold til legen eller sykehuset.

Datafiler som er opprettet med utgangspunkt i materialet, men der ingen opplysninger kan føres tilbake til deg, vil ikke bli fjernet. I disse filene finnes verken videobilder eller andre data som indirekte kan knytte informasjonen til deg. Du har ellers rett til å kreve innsyn i all informasjon som handler om deg.

Videoen vil kun bli sett av forskere med taushetsplikt. Taushetsplikten tillater ikke bruk av informasjonen til noe annet formål, selv ikke om det kunne vært til din fordel (for eksempel i forbindelse med en retts sak). Videoen blir lagret forskriftsmessig ved Universitetet i Oslo slik at uvedkommende ikke kan få tak i den. Det aktuelle prosjektet varer til 2011, men det kan være aktuelt å bruke videoene til flere studier av legers samtaler med pasienter/pårørende. Vi vil derfor be om ditt samtykke til lagring til og med 31. desember 2020, men du kan også velge å gi samtykke til lagring bare til og med 31. desember 2011.

Vi trenger ditt navn, adresse og telefonnummer av tre grunner. Vi ønsker å kontakte deg per telefon (eller personlig hvis du fortsatt befinner deg i sykehuset) ett døgn etter videoopptaket for å forsikre oss om at du fortsatt er villig til å delta. Dersom du ber oss slette videoene og/eller andre opplysninger, må vi være sikre på at vi fjerner riktig materiale. Dersom lovverket endres, slik at det stilles krav til lengre lagring av forskningsmateriale enn det som gjelder i dag (det er foreslått 10 år), må vi kunne kontakte deg for å opplyse deg om dette.

Følgende person er databehandlingsansvarlig for prosjektet og fungerer som kontaktperson: Avdelingssjef/1. amanuensis og lege **Pål Gulbrandsen**  
HØKH, Postboks 95, Akershus universitetssykehus/Universitetet i Oslo, 1478 Lørenskog.  
Telefoner: 67929461 (arbeid), 95827288 (mobil), 67971277 (privat).

Navn og kontaktopplysninger på to andre kontaktpersoner:  
Professor/psykolog **Arnstein Finset**, Avdeling for atferdsfag, Universitetet i Oslo. Telefon 22851435.  
Stipendiat/lege **Bård Fossli Jensen**, Akershus universitetssykehus. Telefon 91100522.

## Erklæring om samtykke

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

- Jeg gir samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak, lagres ved Universitetet i Oslo til bruk for forskning på samtaler mellom leger og pasienter/pårørende til og med 31.12.2020.
- Jeg gir kun samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak, lagres ved Universitetet i Oslo til bruk for det aktuelle prosjektet, dvs. til og med 31.12.2011.

Lørenskog, \_\_\_\_\_

(dato)

Navn pasient/pårørende: \_\_\_\_\_

Ev. den pårørendes familieforhold til pasient: \_\_\_\_\_

Navn pasient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift pasient/pårørende

Jeg har gitt muntlig informasjon om undersøkelsen til pasienten/pårørende.

\_\_\_\_\_  
Underskrift lege/prosjektmedarbeider

# Vedlegg 3: Samtykkeskjema for leger

## Erklæring om samtykke – leger

### Undersøkelse av kvaliteten på legers samtale med pasienter

Jeg har lest skriftlig informasjon og fått muntlig informasjon om undersøkelsen som handler om hvordan kvaliteten på legers samtale med pasienter kan forbedres. Jeg godtar at mine konsultasjoner videofilmes som ledd i dette forskningsprosjektet, så fremt pasienten har avgitt informert samtykke.

Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke tilbake mitt samtykke til oppbevaring av videoopptakene. Jeg er videre kjent med at videoopptakene kun vil bli brukt til forskning på kommunikasjon mellom leger og pasienter, og at jeg og involvert(e) pasient(er) vil bli kontaktet for ev. å avgi samtykke til bruk av et videoopptak i forbindelse med undervisning av leger eller medisinstudenter dersom det blir aktuelt.

- Jeg gir samtykke til at videoopptakene lagres ved Universitetet i Oslo til bruk for forskning på kommunikasjon mellom leger og pasienter til og med år 2020. Ev. nye prosjekter vil bli vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.
- Jeg gir kun samtykke til at videoopptakene lagres ved Universitetet i Oslo til bruk for det aktuelle prosjektet, der effekten av et kurs i klinisk kommunikasjon skal vurderes, dvs. lagring til og med år 2011.

Lørenskog, \_\_\_\_\_

(dato)

Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsdato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Underskrift lege

## Vedlegg 4: Avtaler om bruk av datamateriale – Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet HF

#### 13 Hjemmelsgrunnlag

- helseregisterloven, Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger LOV 2001-05-18 nr 24
- personopplysningsforskriften: Forskrift om behandling av personopplysninger FOR-2000-12-15-1265
- personopplysningsloven: Lov om behandling av personopplysninger LOV 2000-04-14 nr 31
- norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren (Normen) [www.normen.no](http://www.normen.no), er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket og er en bransjenorm

#### Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 2- to- eksemplarer, hvorav hver part beholder 1- ett- eksemplar.

Nordbyhagen, den 5.10.2015

Akershus universitetssykehus HF

Sykehuset Innlandet HF

  
Ahus (signatur)

  
Sykehuset Innlandet HF (signatur)

Hilde Lurås

Navn:

Rogn Halvorsen

Stilling: forskningsdirektør

Stilling:

IKT SJEF

Ahus

Sykehuset Innlandet HF



## **Vedlegg 5: Observer OPTION<sup>5</sup> Manual**

# **Observer OPTION<sup>5</sup> Manual**

**Glyn Elwyn, Stuart W Grande, Paul Barr**

**Version Date 27 August 2015**

## **Introduction**

This measure is based on a previous 12-item measure of shared decision making, which is still available at the following website: <http://www.optioninstrument.org/>. We realised the need for a measure that was more specific to the construct of shared decision making, and hence the development of this 5-item measure. For more details on this measure, see bibliography at the end of this document.

The following items in the table below form Observer OPTION<sup>5</sup>. Items should be scored independent of each other. Scoring should be summed, so the potential total score is between 0 and 20. For ease of interpretation, we advocate rescaling this score to be between 0-100.

We suggest scoring a decision process. We know that most often more than one decision exists in clinical encounters. There is a requirement therefore for researchers to choose whether to assess all decisions (nested in encounters) or whether to choose a specific decision, and to describe their rationale. Where it is likely that a decision process spans more than one encounter with the same clinician, we suggest scoring across the required number of encounters to fully capture a shared decision making process, taking the best score per item at the encounter level.

If the decision process spans a number of different encounters with different members of the care team, and the goal is to measure shared decision making at the 'team' level then we suggest assessing the score at each encounter level and taking a mean score, showing the score range and standard deviation as a measure of the variation.

### **Assessing shared decision making in single or multiple encounters**

Items in Observer OPTION<sup>5</sup> are framed to provide raters the opportunity to give credit where there is evidence for deliberation that extends across multiple encounters. There are two ways for this to be done:

- 1) Where a patient has been asked to review a decision support intervention prior to attending the encounter, or where a clinician at a prior encounter has made an effort to inform the patient, and provide information, it is acceptable to take that work into account, provided the clinician re-affirms their support of a deliberative process (see steps described in the collaborative deliberation model).
- 2) Where a deliberative process is known to have occurred across a series of encounters, it would be good practice to try to obtain those recordings and assess the deliberative process across those multiple encounters. The overall total score would be the sum of the highest achieved items scores for each item across all encounters.

Observer OPTION <sup>5</sup> Measure	Score
<p><b>Item 1:</b> For the health issue being discussed, the clinician draws attention to or confirms that alternate treatment or management options exist or that the need for a decision exists. If the patient rather than the clinician draws attention to the availability of options, the clinician responds by agreeing that the options need deliberation.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>	
<p><b>Item 2:</b> The clinician reassures the patient, or re-affirms, that the clinician will support the patient to become informed or deliberate about the options. If the patient states that they have sought or obtained information prior to the encounter, the clinician supports such a deliberation process.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>	
<p><b>Item 3:</b> The clinician gives information, or checks understanding, about the options that are considered reasonable (this can include taking "no action"), to support the patient in comparing alternatives. If the patient requests clarification, the clinician supports the process.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>	
<p><b>Item 4:</b> The clinician makes an effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described. If the patient declares their preference(s), the clinician is supportive.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>	
<p><b>Item 5:</b> The clinician makes an effort to integrate the patient's elicited preferences as decisions are made. If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes an effort to do so.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>	
<p>Total Score 0-20 Rescale 0-100</p>	

### Scoring Guide

Score	Description
0 = No effort	Zero effort observed.
1 = Minimal effort	Effort to communicate could be implied or interpreted.
2 = Moderate effort	Basic phrases or sentences used.
3 = Skilled effort	Substantive phrases or sentences used.
4 = Exemplary effort	Clear, accurate communication methods used.

#### 1. Alternative options:

**Item 1:** For the health issue being discussed, the clinician draws attention to or confirms that alternate



treatment or management options exist or that the need for a decision exists. If the patient rather than the clinician draws attention to the availability of options, the clinician responds by agreeing that the options need deliberation.

**0 = No effort**

The clinician **makes no effort to convey or confirm** that there are alternate treatment or management options, or state that there is a need for a decision.

Or:

The patient initiates the possibility that options need to be considered but the clinician **makes no effort to convey or confirm** that there are alternate treatment or management options, or state that there is a need for a decision.

**1 = Minimal effort:**

The clinician **makes a minimal effort to convey or confirm** the existence of alternate treatments or management options, or states that there is a need for a decision.

Or:

If the patient initiates the possibility that options need to be considered, the clinician **makes a minimal effort to convey or confirm** the existence of alternate treatments or management options or states that there is a need for a decision.

*Few examples of typical minimal effort:*

*There are a couple of ways... ; a range of options...; many different choices exist ...*

**2 = Moderate effort:**

The clinician **makes a moderate effort to convey or confirm** the existence of alternate treatment or management options or explains the need for a decision.

Or:

If the patient initiates the possibility that options need to be considered, the clinician **makes a moderate effort to convey or confirm** the existence of alternate treatment or management options or explains the need for a decision.

*Few examples of typical moderate effort:*

*Alternative options exist; we need to consider what to do for the best and choose between a range of options.*

**3 = Skilled effort:**

The clinician **makes a skilled effort to convey or confirm** the existence of alternate options or explains the need for a decision. Skilled effort could include checking that the patient understands this issue, or could provide justification for the need to take time to make a decision, e.g. patient preferences will vary and need to be considered.

Or:

If the patient initiates the possibility that options need to be considered, the clinician **makes a skilled effort to convey or confirm** the existence of alternate options or explains the need for a decision.

*Few examples of typical skilled effort:*

*These different options are offered because it is reasonable to consider them - they have different pros and cons ...*

*Different people will react differently to them - so this is why it is important to compare them so that you help decide what fits your circumstances*

**4 = Exemplary effort:**

The clinician makes an exemplary effort to convey or confirm the existence of alternate options or explains the need for a decision. Exemplary effort could include checking that the patient understands this issue, or could provide justification for the need to take time to make a decision, e.g. patient preferences will vary and need to be considered.

Or:

If the patient initiates the possibility that options need to be considered, the clinician makes an exemplary effort to convey or confirm the existence of alternate options or explains the need for a decision. Exemplary effort could include checking that the patient understands this issue, or could provide justification for the need to take time to make a decision, e.g. patient preferences will vary and need to be considered.

*Few examples of typical exemplary effort:*

*Now that we have agreed on the problem (or diagnosis), let's consider how to take the next steps (manage/treat/investigate). As in many situations, there are alternative possibilities - and each of these possibilities will differ. Shall I explain these alternatives to you? My goal is for you to understand more about these options, and then hear from you as to what matters most to you. People have different priorities - so I want to understand yours.*

## 2. Support deliberation: forming a partnership

**Item 2:** The clinician reassures the patient, or re-affirms, that the clinician will support the patient to become informed or deliberate about the options. If the patient states that they have sought or obtained information prior to the encounter, the clinician supports such a deliberation process.

### 0 = No effort:

The clinician makes no effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or being asked to deliberate about options.

Or:

If the task of providing information has taken place before the encounter, or has been accomplished by the patient, the clinician makes no effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

### 1 = Minimal effort:

The clinician makes a minimal effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

Or:

If the task of providing information has taken place before this encounter, the clinician makes a minimal effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

#### *Few examples of typical minimal effort:*

*Let's work together to ... ; I will help you to think about ... ; my role is to work with you ...*

### 2 = Moderate effort:

The clinician makes a moderate effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

Or:

If the task of providing information has taken place before this encounter, the clinician makes a moderate effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

#### *Few examples of typical moderate effort:*

*This might be new work for you; therefore, we will etc ; considering options is hard, therefore we will etc.*

### 3 = Skilled effort:

The clinician makes a skilled effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

Or:

If the task of providing information has taken place before the encounter, the clinician makes a skilled effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

***Few examples of typical skilled effort:***

*I'm going to make sure that you have more information about the relevant options, and then we'll work together to consider those options. This might feel like a lot of work, but don't worry, I'm here to help you consider these options and work out what might be best for you.*

**4 = Exemplary effort:**

Scoring at this level requires that clinicians explain to patients that by working together as a team, including with family members where appropriate, they will be supported to consider the choice that needs to be made, ensuring that the patient is not at risk of feeling abandoned to face a difficult decision alone.

The clinician makes an exemplary effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

Or:

If the task of providing information has taken place before the encounter, the clinician makes an exemplary effort to reassure the patient that they will be supported during the process of being given information or asked to deliberate about options.

***Few examples of typical exemplary effort:***

*I'm going to make sure that you have more information about the relevant options. Some patients sometimes feel overwhelmed by this kind of information - but I'll do my best to make it clear and easy to follow. I will describe how the options are different, where they lead to benefits and where they lead to harm - and how often these happen. My job is to make sure I support you in getting to understand these options - so that we can compare them and work out what is best for you? Do you have any questions?*

### 3. Information about options:

**Item 3:** The clinician gives information, or checks understanding, about the options that are considered reasonable (this can include taking 'no action'), to support the patient in comparing alternatives. If the patient requests clarification, the clinician supports the process.

#### 0 = No effort:

The clinician makes no effort to provide information about options.

Or:

If the task of providing or obtaining information about options has taken place before the encounter, the clinician makes no effort to check the accuracy and appropriateness of the information about options.

#### 1 = Minimal effort:

The clinician makes a minimal effort to provide information about options.

Or:

If the task of providing or obtaining information about options has taken place before the encounter, the clinician makes a minimal effort to check the accuracy and appropriateness of the information about options.

#### *Few examples of typical minimal effort:*

*There are the following options available, i.e. A and B, let me describe them to you.*

#### 2 = Moderate effort:

The clinician makes a moderate effort to provide information about options.

Or:

If the task of providing or obtaining information about options has taken place before the encounter, the clinician makes a moderate effort to check the accuracy and appropriateness of the information about options.

#### *Few examples of typical moderate effort:*

*There are the following options available, i.e. A and B, let me describe them to you so that you can understand both the benefits of each option and the harms, and how likely these are to take place.*

#### 3 = Skilled effort:

The clinician makes a skilled effort to provide information about options.

Or:

If the task of providing or obtaining information about options has taken place before the encounter, the clinician makes a skilled effort to check the accuracy and appropriateness of the information about options.

#### *Few examples of typical skilled effort:*

*There are the following options available, i.e. A and B, let me describe them to you so that you can understand both the benefits of each option and the harms, and how likely these are to take place. Did you understand? Do you have questions? Can I explain something again?*

**4 = Exemplary effort:**

The clinician makes an exemplary effort to provide information about options.

Or:

If the task of providing or obtaining information about options has taken place before the encounter, the clinician makes an exemplary effort to check the accuracy and appropriateness of the information about options.

*Few examples of typical exemplary effort:*

*There are the following options available, i.e. A and B, let me describe them to you so that you can understand both the benefits of each option and the harms, and how likely these are to take place. Use of icon arrays to illustrate probabilities. "Did you understand? Do you have questions? Can I explain something again?" Talk-back might be an example of an exemplary effort, and an example of a typical phrase might be: "In your own words, tell me what you have heard or understood."*

#### 4. Eliciting preferences

**Item 4:** The clinician makes an effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described. If the patient declares their preference(s), the clinician is supportive.

##### 0 = No effort:

The clinician makes no effort to elicit the patient's preferences.

Or:

If the patient declares their preferences, the clinician makes no effort to be supportive.

##### 1 = Minimal effort:

The clinician makes a minimal effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described.

Or:

If the patient declares their preferences, the clinician makes a minimal effort to be supportive.

##### *Few examples of typical minimal effort:*

*What did you think?*

##### 2 = Moderate effort:

The clinician makes a moderate effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described.

Or:

If the patient declares their preferences, the clinician makes a moderate effort to be supportive.

##### *Few examples of typical moderate effort:*

*Now that I have described the options, did you think that one of them seemed to fit in with your wishes or views?*

##### 3 = Skilled effort:

The clinician makes a skilled effort to elicit or confirm the patient's preferences in response to the options that have been described.

Or:

If the patient declares their preferences, the clinician makes a skilled effort to be supportive.

##### *Few examples of typical skilled effort:*

*What did you think of the options? Were you able to form an opinion about them - did some aspect of them worry you or appeal to you? I'm curious to know your reactions or priorities now that you know a bit more.*

##### 4 = Exemplary effort:

The clinician makes an exemplary effort to elicit or confirm the patient's preferences in response to the options that have been described.

Or:

If the patient declares their preferences, the clinician makes an exemplary effort to be supportive.

*Few examples of typical exemplary effort:*

*Did you have any questions or concerns about the options I described. Maybe you heard some things that you liked? Or were worried about? That is normal and my work is to try to understand your views about the options. What did you think of the options? Were you able to form an opinion about them? Did some aspect of them worry you or appeal to you? I'm curious to know your reactions or priorities now that you know a bit more.*



## 5. Integrating preferences

**Item 5:** The clinician makes an effort to integrate the patient's elicited preferences as decisions are made. If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes an effort to do so.

### 0 = No effort:

The clinician makes no effort to integrate the patient's informed preferences as decisions are made or deferred.

Or:

If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes no effort to do so.

### 1 = Minimal effort:

The clinician makes a minimal effort to integrate the patient's informed preferences as decisions are made or deferred.

Or:

If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes a minimal effort to do so.

#### *Few examples of typical minimal effort:*

*I think you are happy with option A - let's do that.*

### 2 = Moderate effort:

The clinician makes a moderate effort to integrate the patient's informed preferences as decisions are made or deferred.

Or:

If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes a moderate effort to do so.

#### *Few examples of typical moderate effort:*

*I think you are happy with option A. Did I get that right?*

### 3 = Skilled effort:

The clinician makes a skilled effort to integrate the patient's informed preferences as decisions are made or deferred.

Or:

If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes a skilled effort to do so.

#### *Few examples of typical phrases for skilled effort:*

*So if I can summarize, you think that both options are possibilities. But you think option A is better for you because you think X. Is that right?*

### 4 = Exemplary effort:

The clinician makes an exemplary effort to integrate the patient's informed preferences as decisions are made or deferred.

Or:

If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes an exemplary effort to do so.

*Few examples of typical exemplary effort:*

*So, if I can summarise, you think that both options are possibilities. But you think option A is better for you because you think X. Is that right? I want to be sure that I've understood your preferences or priorities, so please let me know if you want to say more about this. My job is to make sure that the choice is based on the things that matter most to you, and that have the best chance of working for you in your situation.*

## References

- Barr, P. J., O'Malley, A. J., Tsulukidze, M., Gionfriddo, M. R., Montori, V., & Elwyn, G. (2015). The psychometric properties of Observer OPTION5, an observer measure of shared decision making. *Patient Educ Couns*, 98(8): 970 – 976.
- Elwyn, G., Tsulukidze, M., Edwards, A., Légaré, F., & Newcombe, R. (2013). Using a “talk” model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION (5 Item). *Patient Educ Couns*, 93(2), 265–71.
- Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, Frosch D, Rapley T, Barr P, Walsh T, Grande S, Montori V, Epstein R. Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Education and Counseling* 2014; 97(2): 158-64.