

A man in a light blue hospital gown is shown in profile, looking down at a blue glucometer. He is holding a small white test strip in his right hand, which is positioned over the device. The background is a bright, slightly blurred indoor setting, possibly a hospital room, with a window and some papers visible.

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Kommunikationspakke til tværsektorielt forløbsprogram
for mennesker med diabetes

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og trådt i kraft den 28. februar 2018.

Emneord

Diabetes mellitus, type 1, type 2, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering,
tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0

Februar 2018

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-59-2

Indholdsfortegnelse

	Introduktion	4
DEL 1	Anbefalinger og tjeklister	6
	Kommunikationstemaer på diagnosetidspunktet	6
	Kommunikationstemaer i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen	7
	Patientens tjekliste til kommunikation	9
DEL 2	Tilpasset kommunikation	10
	Timing af kommunikationen	10
	Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte	10
	Metoder til brugerinddragelse	12

1 | Introduktion

Baggrund

Kommunikation mellem borgere med diabetes og sundhedspersonalet er et vigtigt element i alle faser af behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

For at borgerne og deres netværk kan få det optimale udbytte ud af deres behandling, er det afgørende, at de tilbydes en individuelt tilrettelagt dialog, og at sundhedspersonalet får det nødvendige indblik i den enkelte borgers behov og livssituation.

Studier viser, at patienter med kroniske sygdomme har markante udfordringer, når de kommunikerer med sundhedspersonalet. Blandt andet oplever omkring hver femte, at det er vanskeligt at have gode samtaler med lægen og at få stillet de spørgsmål, man som patient sidder med. Det gælder især for multi-syge, hvis forløb ofte er mere komplekse end hos andre patienter^[1].

Hertil kommer, at studier har indikeret, at kompetenceudvikling har betydning for sundhedsfagliges evne til at kommunikere med patienter og pårørende^[2].

Der er behov for at systematisere kommunikationen med patienter og pårørende i forbindelse med forskellige situationer i sygdomsforløbet og hverdagslivet, fx ved diagnosticering og i efterfølgende rehabiliteringsforløb for mennesker med diabetes.

Formål med kommunikationspakken

Pointen med at systematisere kommunikationen er at sikre et ensartet højt kommunikationsniveau og at mindske antallet af enkeltsituationer, hvor patienter og pårørende af den ene eller anden grund oplever en mangelfuld kommunikation. Denne kommunikationspakke beskriver indhold og koordination af kommunikationen med borgere med diabetes og deres pårørende.

Kommunikationspakken har både fokus på

- Indhold – hvilke områder skal berøres i dialog med patienten
- Organisering og koordinering – hvem har som udgangspunkt hvilket ansvar, og hvordan koordineres kommunikationen
- Proces – hvordan sikres en individuelt tilpasset kommunikation

På side 9 er en tjekliste, der kan udleveres til borgerne med det formål, at de bedst muligt kan forberede sig på deres kontakter med sundhedsvæsenet og følge, hvilke emner de har været i dialog med sundhedspersonalt om.

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS



- 1 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet, Region Midtjylland.
- 2 Shah, S et al (2016) Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study, Journal of Family medicine and primary care, Jan-Mar;5(1):45-50.



Udviklingsprocessen bag kommunikationspakken

Kommunikationspakken er udarbejdet på baggrund af inddragelse af patienter med diabetes, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner på workshops ifm. udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med diabetes^[3].



Patienter og pårørende gav bl.a. udtryk for, at:

- De ved diagnostidspunktet ikke havde fået tilstrækkelig information, og at det havde medvirket til u hensigtsmæssige tanker og bekymringer. Usikkerhed om, hvor de kunne få svar på deres spørgsmål, forstærkede deres bekymringer.
- De savnede desuden overensstemmelse og bedre koordinering mellem sektorerne af, hvad patienten informeres om hvornår og af hvem.
- De savnede tydeligere information om de næste skridt i deres forløb, herunder hvilken rolle ambulatorier og egen læge m.fl. spiller i forløbet.

Kommunikationspakken er bygget op i to dele. Først gives anbefalinger til kommunikation på diagnostidspunktet og i den efterfølgende i behandlings- og rehabiliteringsindsats. Dernæst gives råd og vejledning til, hvordan sundhedsprofessionelle kan tilpasse kommunikationen til den enkelte patients behov.

³ Region Syddanmark (2017) Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL – samarbejde og kommunikation. www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom

2 | Kommunikation på diagnosetidspunktet

I forbindelse med diagnosticering, enten hos praktiserende læger eller på hospitalet, anbefales det at have dialog med patienten og eventuelt pårørende om temaerne herunder.

Temaerne fremgår i ikke prioriteret rækkefølge. De sundhedsprofessionelle kan således tage udgangspunkt i den enkelte patients situation

og sundhedsadfærd, behov for viden samt ressourcer og evne til at modtage og reflektere over information.

Der kan ligeledes være behov for, at patienterne og deres pårørende modtager informationen flere gange.

KOMMUNIKATION

■ Mad

Madens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og sygdomsudvikling, herunder kulhydraters indvirkning på blodsukkerniveau. Hertil viden om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen, således at en passende vægt opnås eller fastholdes.

■ Træning og fysisk aktivitet

Træningens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og søvn samt hvordan fysisk aktivitet og træning bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen.

■ Rygestop

Rygningens effekt på sygdommens udvikling samt mulighed for at deltage i rygestop-aktiviteter.

■ Alkohol

Alkohols påvirkning af blodglukose samt forståelse for alkohols rolle i forb. med vægttab.

■ Sygdomsforståelse

Viden om sygdommens opståen og udvikling samt følgesygdomme og andre sygdomme.

■ Medicinhåndtering

Viden om gode medicinvaner og kendskab til medicinens effekter og eventuelle bivirkninger.

■ Blodglukoseniveauer

Viden om symptomer, om hvordan blodsukkerniveau måles og hvad man skal gøre ifm. hypo- og hyperglykæmi.

■ Henvisning til hvor yderligere viden findes (internet, kommunale tilbud, apps mv.)

Information om aktiviteter, herunder fx tilbud i kommunerne, Diabetesforeningen og frivillige sociale foreninger.

■ Hjælpemidler

Viden om hvilke hjælpemidler, der er til rådighed, om hvor de kan anskaffes samt hvordan borgeren søger tilskud.

3 | Kommunikation i behandlings- og rehabiliteringsindsatsen

Sygehuse, kommuner og almen praksis har et fælles ansvar for, at den enkelte borger og dennes netværk opnår den fornødne viden om nedenstående emner.

De sundhedsprofessionelle bør ligeledes – efter aftale med borgeren – inddrage borgerens netværk i kommunikationen, således at de på bedst mulig vis kan støtte borgeren i hverdagen.

Temaerne fremgår i ikke prioriteret rækkefølge således. De sundhedsprofessionelle kan således tage udgangspunkt i den enkelte borgers situation og sundhedsadfærd, behov for viden samt ressourcer og evne til at modtage og reflektere over information.

Der kan ligeledes være behov for at borgerne og deres netværk modtager informationen flere gange.

■ **Mad**

Madens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og sygdomsudvikling, herunder kulhydraters indvirkning på blodsukkerniveau. Hertil viden om, hvordan mad og måltider bedst muligt kan tilrettelægges i hverdagen, således at en passende vægt opnås eller fastholdes.

■ **Træning og fysisk aktivitet**

Træningens gavnlige effekter for livskvalitet, fysisk formåen og søvn samt om, hvordan fysisk aktivitet og træning bedst muligt kan tilrettelægges i hverdage.

■ **Vægt**

Dialog med patienten om, hvordan under- og overvægt influerer på sygdommens udvikling samt om ønsket udvikling i vægt.

■ **Rygestop**

Rygningens effekt på sygdommens udvikling samt mulighed for at deltage i rygestop-aktiviteter.

■ **Alkohol**

Alkohols påvirkning af blodglukose samt forståelse for alkohols rolle ifm. vægttab.

■ **Sygdomsforståelse**

Viden om sygdommens opståen og udvikling.

■ **Medicinhandling**

Viden om gode medicinvaner, injektionsteknik og kendskab til medicinens effekter og evt. bivirkninger.

→ fortsættes på næste side

→ fortsat

■ **Blodglukoseniveauer**

Viden om symptomer, om hvordan blodsukkerniveau måles og hvad man skal gøre ifm. hypo- og hyperglykæmi.

■ **Psykosocial rehabilitering (accept, angst mv.)**

Dialog med patienter og pårørende om deres bekymringer mv.

■ **Teknologi**

Viden om internetbaserede tilbud, apps og forskellige teknologiske muligheder for rehabilitering, fx InterWalk.

■ **Fodpleje**

Viden om, hvordan diabetes påvirker fødderne, hvordan fødderne skal plejes så forandringer forebygges og hvor der kan søges hjælp ved forandringer.

■ **Øjne**

Viden om, hvordan diabetes påvirker øjnene samt hvor, hvordan og hvor ofte øjnene skal undersøges.

■ **Tænder**

Viden om risikoen for at få sygdomme i mundhulen som følge af diabetes samt om, hvordan disse sygdomme forebygges.

■ **Arvelighed**

Viden om arvelighed ift. udvikling af diabetes samt råd til, hvordan borgeren taler med sine pårørende om arvelighed og risiko for diabetes.

■ **Motivation**

Dialog med borgeren om de vigtigste prioriteringer, dilemmaer, motivation og handlemuligheder ift. livet med diabetes.

■ **Seksualitet**

Viden om, hvordan diabetes kan påvirke seksualitet og viden om, hvor man kan søge mere viden og hjælp.

■ **Forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommuner og på sygehuse**

Viden om mulighed for at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommuner og på sygehuse samt hjælp til henvisning.

■ **Lokale og frivillige tilbud**

Viden om relevante lokale tilbud, fx fitnesscentre, gågrupper, motivationsgrupper i Diabetesforeningen mv.

4 | Patientens tjekliste til kommunikation

Du kan bruge tjeklisten nedenfor til at forberede dig på dine aftaler i sundhedsvæsenet, fx årskontrol med din egen læge. Du kan også bruge tjeklisten til at holde styr på, hvilken emner du har brug for at få mere viden om. Det er ikke sikkert, at alle emnerne i listen er relevante for dig.

Du kan finde en oversigt over sundhedstilbud i din kommune på www.sundhed.dk.



	Mad Du og dine pårørende ved hvad den rette mad betyder for livskvalitet, fysisk formåen, dit blodsukker og udviklingen af din sygdom. I har fået inspiration til, hvordan I bedst kan tilrettelægge jeres hverdag med den rette mad og kender tilbuddene om diæt- og kostvejledning i din kommune.
	Rygning Du og dine pårørende ved, hvad rygning gør ved din sygdom. Du kender mulighederne for at deltage i aktiviteter, der kan hjælpe dig til et rygestop.
	Alkohol Du og dine pårørende ved, hvordan alkohol påvirker blodsukkeret, og hvordan alkohol påvirker din vægt. Du ved, hvor du kan få hjælp, hvis du gerne vil drikke mindre.
	Træning og bevægelse Du og dine pårørende ved, hvor vigtig træning og bevægelse er for din livskvalitet, din fysiske formåen og din søvn. I har fået inspiration til, hvordan I får bevægelse ind i jeres hverdag. I kender kommunens tilbud om træning og bevægelse.
	Vægt Du og dine pårørende ved, hvordan under- og overvægt påvirker din sygdom, og ved noget om, hvad der skal til, for at du opnår din ønskede vægt.
	Viden om diabetes Du og dine pårørende ved meget om sygdommen diabetes og om, hvordan den udvikler sig. I ved også, hvad I skal gøre, når du har for højt eller for lavt blodsukker.
	Medicin Du og dine pårørende har viden om gode medicinvaner, fx korrekt injektionsteknik og kendskab til medicinens effekter og bivirkninger.
	Blodsukkermåling Du og dine pårørende ved, hvordan du måler dit blodsukker. I kender symptomerne på for højt eller for lavt blodsukker.
	Hjælpemidler Du og dine pårørende ved, hvilke hjælpemidler du har brug for, hvor de kan anskaffes og hvordan du søge tilskud til hjælpemidler.

→ fortsættes på næste side

→ fortsat



	<p>Teknologi</p> <p>Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde inspiration og støtte, fx viden på internettet, apps og forskellige teknologiske muligheder for behandling og rehabilitering.</p>
	<p>Fodpleje</p> <p>Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke dine fødder, hvordan fødderne skal plejes og hvor I kan søge hjælp ved forandringer.</p>
	<p>Øjne</p> <p>Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke dine øjne og hvor og hvor ofte øjnene skal undersøges.</p>
	<p>Tænder</p> <p>Du og dine pårørende kender til risikoen for at få sygdomme i mundhulen på grund af diabetes, og I ved, hvordan du kan forebygge disse sygdomme.</p>
	<p>Arvelighed</p> <p>Du og dine pårørende har kendskab til, hvad arvelighed betyder for udvikling af diabetes, og du har fået inspiration til, hvordan du kan tale med dine pårørende om arvelighed og risiko for diabetes.</p>
	<p>Seksualitet</p> <p>Du og dine pårørende ved, hvordan diabetes kan påvirke din seksualitet, og I har viden om, hvor I kan søge mere viden og hjælp.</p>
	<p>Lokale og frivillige tilbud</p> <p>Du og dine pårørende ved, hvor I kan finde mere information og se aktiviteter, fx tilbud i kommunerne, Diabetesforeningen og frivillige sociale foreninger.</p>

5 | Timing af kommunikationen

Undersøgelser^[4] viser, at det er af afgørende betydning for patienter med kronisk sygdom, at kommunikationen times, således at de sundhedsprofessionelle giver de rette informationer på det tidspunkt, hvor patienten har brug for det. Dette indebærer blandt andet, at tilstrækkelig information om sygdom og sygdomshåndtering gives tidligt i forløbet under hensyntagen til behov og ressourcer hos den enkelte person med diabetes og dennes netværk.

Det er en traditionel opfattelse, at nydiagnosticerede patienter gennemgår en emotionel krise, som sundhedsprofessionelle er nødt til at tage hensyn til ved at vente med at give detaljeret information, indtil det pågældende menneske kan rumme det.

Undersøgelser samt udsagn fra både patienter og pårørende på de afviklede workshops konkluderer imidlertid, at de fleste nydiagnosticerede patienters behov snarere er information på et tidligt tidspunkt, både som hjælp til at gøre situationen forståelig, og som en nødvendig forudsætning, for at patienten aktivt kan involveres i sit eget forløb, både i beslutninger og tilrettelæggelse.

Det påpeges i øvrigt, at individets "rute til diagnosen" er en vigtig faktor. Mennesker, der har fået diagnosen pludseligt og uventet i forbindelse med rutineundersøgelser, har stærkt forskelligartede emotionelle reaktioner, som der må tages hensyn til i timingen af information – men også disse mennesker udtrykte i undersøgelsen et ønske om mere og tidligere information^[5].

En række studier^[6] peger på, at sygdomsforståelse udvikles i faser over en længere periode, hvilket underbygger ideen om, at kommunikation må times, så patienter modtager den relevante information på det tidspunkt, hvor de er mest modtagelige.

4 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

5 Gillani SM (2015) Provision of structured diabetes information encourages activation amongst people with diabetes as measured by diabetes care process attainment: the WICKED Project, *Diabetic Medicine*, 32(7), s. 865-71.

6 Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

6 | Kommunikation med udgangspunkt i den enkelte

I behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med kroniske sygdomme er det væsentligt at være opmærksom på den enkelte patients evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling.

Undersøgelser har indikeret, at en betydelig del af patienter med kroniske sygdomme har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet^[7].

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at begrænsede sundhedskompetencer, ofte er forbundet med skam. Patienter i denne situation vil ofte søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet^[8]. Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patientens situation og tilrette budskaberne herefter.

Samtidig kan patienter med lave sundhedskompetencer have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet sundhedspersonalet de relevante spørgsmål^[9].

For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af informationsmateriale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan bidrage til, at flere patienter læser og forstår sundhedsinformation og har lettere ved at kommunikere med sundhedspersonale.

⁷ Friis, K (2015) Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, CFK.

⁸ Barker DW et al (1996) The health care experience of patients with low health literacy. Arch Fam Med 5(6): 329-34.

⁹ Williams MV et al (2002) The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. Family Medicine 34(5): 383-9.

Skriftlig kommunikation

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten skrives, så den svarer til læsefærdigheder på 5.-6.-klasesniveau – uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger^[10].

Der er dog en hårfin grænse for, hvor simpel en tekst må være, idet man også risikerer at fratage borgeren muligheden for at få adgang til komplet og præcis information. En løsning på dette kan være at tilbyde information på flere detaljeringsniveauer.

Mundtlig kommunikation

Litteraturen peger på en række tiltag, der kan sikre en mere udbytterig mundtlig kommunikation mellem patienter/pårørende og sundhedspersonalet. Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, at begrænse informationsmængden og at bruge billeder til at illustrere budskabet^[11, 12].

Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået^[13]. Endeligt kan der benyttes tolke for at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Kompetenceudvikling af patienter og pårørende

Patientuddannelse er for mange patienter med kronisk sygdom en oplagt arena til at forbedre sundhedskompetencerne. I mange kommuner findes der tilbud om sygdomsmestring målrettet mennesker med diabetes. Det anbefales derfor, at der i tilbuddene systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne patienternes færdigheder i at læse og forstå sundhedsinformation samt i at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan patienter med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

¹⁰ Madsen MH et al (2009) Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Sundhedsstyrelsen.

¹¹ DeWalt DA et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med, 19 (12): 1228-39.

¹² Ammentorp, J et al (2016) Den gode patientsamtale, Munksgaards Forlag, 1. udgave.

¹³ Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. Urologic Nursing 33 (6): 267-271.

7 | Metoder til brugerinddragelse

På mange specialeområder findes der på nuværende tidspunkt forskellige behandlinger, som kan anvendes undervejs i et behandlingsforløb. Nogle af disse behandlinger har begrænset effekt eller kun effekt på nogle patienter. Andre lægemidler har god effekt, men kan medføre alvorlige bivirkninger eller gribe meget forstyrrende ind i patienternes liv. Når patienter skal være med til at træffe et valg om, hvorvidt de vil modtage sådanne behandlinger, er det særligt presserende at sikre, at valget træffes på et informeret grundlag, og er i overensstemmelse med det patienten ønsker at opnå med behandlingen. Desuden kan priser på fx medicin eller apparatur indgå i patientens beslutning.

Fælles beslutningstagning (på engelsk: 'shared decision making') er en kommunikationsform der tager udgangspunkt i en opfattelse af sundhedsprofessionelle og patienter som ligeværdige parter. Metoden foreskriver en struktur for samtalen mellem behandler og patient, hvor begge parter deltager aktivt i beslutningsprocessen, deler deres viden om sygdom og behandling, forklarer hinanden hvilken behandling, de foretrækker, og når til enighed om, hvilken behandling patienten skal have^[14].

Blandt forskere på området er der konsensus om, at fælles beslutningstagning er særligt anvendelig til at sikre, at patienters præferencer for behandling kommer frem i konsultationen, og at patienter informeres om behandlingers effekt, bivirkninger, fordele og ulemper, så de

kan være med til at træffe beslutninger om deres behandling på et informeret grundlag^[15]. For at hjælpe patienten til at afklare sine præferencer og forstå de givne behandlingsmuligheder har man inden for mange specialeområder udviklet redskaber, der understøtter denne struktur, kaldet beslutningsstøtteværktøjer (på engelsk: 'decision aids').

Beslutningsstøtteværktøjer kan ligne traditionelle informationsmaterialer til patienter, men adskiller sig ved at være udviklet på baggrund patienters udtrykte behov for information.

Videnskabelige undersøgelser, der sammenligner brug af beslutningsstøtteværktøjer med almindelige konsultationer, viser, at patienter som anvender beslutningsstøtteværktøjer:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder.
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger.
- Er mere aktive i beslutningsprocessen.
- Er mere tilfredse med beslutningerne.
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker.
- I højere grad vælger en konservativ behandling (fx livsstilsændringer) eller mindre omfattende operative indgreb.
- Ikke oplever mere angst og bekymring omkring deres behandlingsforløb, end patienter som informeres på traditionel vis^[16].

¹⁴ Charles C et al (1997) *Shared Decision Making in the Clinical Encounter: what does it mean?* (or it takes two to tango). *Social Science & Medicine*; 44(5): 681-692

¹⁵ Edwards A, Elwyn G (eds): *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford University Press, 2009, 2nd edition.

¹⁶ Stacey D et al (2014) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

Værktøjerne giver evidensbaseret information om de tilgængelige behandlingsmuligheder og deres effekter, bivirkninger og andre fordele eller ulemper. Desuden vejleder beslutningsstøtteværktøjerne patienter til at overveje, hvordan de vægter fordele, ulemper og evt. usikkerhed om behandlingsresultatet^[17].

Enkelte undersøgelser viser desuden, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer kan medvirke til, at patienterne i højere grad følger klinikernes anvisninger for behandling, altså bedre compliance og mestring^[18, 19]. Der er desuden fundet positiv effekt på enkelte kliniske behandlingsudfald, eksempelvis bedre livskvalitet^[20, 21] og bedre blodsukkerkontrol hos diabetespatienter^[22]. Brug af beslutningsstøtteværktøjer kan dog øge tidsforbruget i konsultationer. Et systematisk review viste at tidsforbruget varierede fra 8 minutter kortere til 23 minutter længere end almindelige konsultationer, med en median tidsforøgelse på 2,55 minutter^[23].

Der findes – så vidt vides – endnu ikke danske beslutningsstøtteværktøjer specifikt til diabetespatienter, men der findes udenlandske beslutningsstøtteværktøjer, som måske kan tilpasses en dansk kontekst^[24]. Sundhedsstyrelsen har bevilliget penge til udvikling af andre beslutningsstøtteværktøjer, som måske – med tilpas-

ning til diabetespatienters specifikke behov og eksisterende kommunale/regionale behandlings- og rehabiliteringsindsatser på diabetesområdet – kan være relevante at drage inspiration fra. Projekterne forventes afsluttet med udgangen af 2017, hvorefter resultaterne samt evt. selve beslutningsstøtteværktøjerne vil være tilgængelige til generel udbredelse^[25].

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvesenet (ViBIS) har udviklet et inspirationskatalog til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer^[26]. Heri findes en dansk version af IPDAS' kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer, som beskriver, hvordan sådanne værktøjer bør udvikles, og hvilke elementer de bør indeholde, hvis de skal kunne leve op til principperne i Fælles beslutningstagning, og have de effekter, der er fundet i videnskabelige undersøgelser. Desuden indeholder kataloget en dansk oversættelse af et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til behandlingsvalg, hvor der endnu ikke findes specifikke beslutningsstøtteværktøjer. Patient og sundhedspersonale kan så sammen udfylde værktøjet ved at skrive de aktuelle behandlingsmuligheder samt deres fordele og ulemper ind i et skema, og sammen overveje hvor meget disse vægter for den enkelte patient.

17 Volk RJ, et al (2013) Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G: *Ten years of the International Patient Decision Aid Standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids*. BMC: Medical Informatics and Decision Making.

18 Perestelo-Pérez L et al (2015) *Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial*. Patient Educ Couns, 0738-3991(15)30068-9.

19 Bellows J et al (2014) *Use of IndiGO individualized clinical guidelines in primary care*. J Am Med Inform Assoc 21, s. 432-437.

20 Kennedy et al (2004) *A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease*. Gut, 53(11) s. 1639-45.

21 Richardson G et al (2004) *Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease*. J Health Serv Res Policy, 11(4), s. 225-30.

22 Buhse S et al (2015) *Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial*. BMJ Open, 13(11), s. 009116.

23 Stacey D et al (2004) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. The Cochrane Collaboration. Udgivet af John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

24 <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-7-12>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797156>

25 Fuld liste over projekter der har modtaget midler fra Sundhedsstyrelsen findes her:
https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2016/udvikling-af-beslutningsstoette_vaerktoejer

26 Inspirationskataloget kan downloades her:
<http://danskepatienter.dk/vibis/faelles-beslutningstagning/inspirationskatalog>

