

# Hvordan får vi eldre pasienter til å være med og velge behandling?

Ved samvalg tar pasienten informerte valg om utredning, behandling og oppfølging i samråd med helsepersonell. Samvalg fører trolig til at betydelig flere pasienter får behandling i tråd med sine preferanser sammenliknet med vanlig praksis.

Therese Kristine Dalsbø

Seniorrådgiver  
Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

Kristin T. Dahm

Forsker  
Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

Simone Kienlin

Spesialrådgiver og ph.d.-student  
Samvalg Helse Sør-Øst og Samvalgssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge

---

Samvalgsverktøy

Samvalg

2020 15

Likevel er mer forskning nødvendig. Det viser en Cochrane-oversikt.

## Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske Cochrane-oversikten var spørsmålet som følger: Hva er effekten av tiltak for å involvere eldre pasienter med samsykelighet [komorbiditet] i samvalg sammenliknet med vanlig praksis i primærhelsetjenesten?

Resultatene viser at tiltak for å involvere eldre pasienter med samsykelighet i samvalg trolig fører til at

- betydelig flere pasienter får behandling i tråd med sine preferanser
- pasientene får litt flere konsultasjoner
- pasientene har liten eller ingen forskjell på etterlevelse
- pasientene har liten eller ingen forskjell på helserelatert livskvalitet

Vi vet ikke effekten av tiltak for å involvere pasienter i beslutninger målt på selvrapportert helse og pasientaktivering fordi vi har svært liten tillit til resultatene.

Vi har ikke forskning på om tiltak for å involvere pasienter med samsykelighet i samvalg påvirker helsepersonellens kunnskaper og ferdigheter.

**Resultattabell 1 for eldre pasienter med samsykelighet**

Hva skjer?	Vanlig praksis	MED tiltak for å involvere pasienter i samvalg	Tillit til resultatet <sup>1</sup>
Får pasienten behandling relatert til sine problemer? Tiltak for å involvere pasienter i beslutninger fører trolig til at betydelig flere pasienter får behandling i tråd med sine preferanser, sammenliknet med vanlig praksis	263 per 1000 eldre pasienter	398 per 1000 eldre pasienter (340 til 460)*	⊕⊕⊕○ Middels
Ressursbruk – konsultasjoner hos sykepleier Tiltak for å involvere pasienter i beslutninger gir trolig litt flere konsultasjoner sammenliknet med vanlig praksis	5 per 1000 eldre pasienter	7 per 1000 eldre pasienter (6 til 8)*	⊕⊕⊕○ Middels
Selvrapportert helse Vi vet ikke effekten av tiltak for å involvere pasienten i beslutninger på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet.	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til		⊕○○○ Svært liten
Pasientaktivering Vi vet ikke effekten av tiltak for å involvere pasienten i beslutninger på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet.	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til		⊕○○○ Svært liten
*Tallene i parentes viser feilmarginen (95% konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. <sup>1</sup> Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.			

**Resultattabell 2 for eldre pasienter med samsykelighet og deres helsepersonell**

Hva skjer?	Vanlig praksis	MED tiltak for å involvere pasienter i samvalg	Tillit til resultatet <sup>1</sup>
Tas medisinen som avtalt? Tiltak for å involvere pasienter i beslutninger har trolig liten eller ingen forskjell på etterlevelse sammenliknet med dem som får vanlig praksis	6,6 poeng på en skala fra 0 til 8	0,06 høyere skåring på en skala fra 0 til 8 (0,05 lavere til 0,17 høyere)*	⊕⊕⊕○ Middels
Helserelatert livskvalitet Tiltak for å involvere pasienter i beslutninger har trolig liten eller ingen forskjell på helserelatert livskvalitet sammenliknet med dem som får vanlig praksis	0,504 poeng på en skala fra 0 til 1	0,0 forskjell skåring på en skala fra 0 til 1 (0,02 lavere til 0,02 høyere)*	⊕⊕⊕○ Middels
Helsepersonellens kunnskaper og ferdigheter i samvalg Vi vet ikke effekten av hvordan tiltak for å involvere pasienten i beslutninger påvirker helsepersonellens kunnskaper og ferdigheter i samvalgsprosessen, fordi vi ikke har forskning om dette.	Ingen studier hadde målt dette utfallet		
<small>*Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter.  <sup>1</sup>Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Målt med Morisky-skala for etterlevelse av medikamentell behandling der høy skåring indikerer høy etterlevelse. Helserelatert livskvalitet var målt med EQ-5D-5L, der høyere skåring indikerer lavere livskvalitet.</small>			

## Bakgrunn

Samvalg handler om å la pasienten ta informerte valg om utredning, behandling og oppfølging i samråd med helsepersonell. Ofte finnes det flere ulike undersøkelser og behandlinger å velge mellom. Og samvalg innebærer at pasientens verdier og preferanser om hva som er viktigst å oppnå eller unngå, inngår i beslutningsprosessen.

Mange beslutninger i helsetjenesten gjøres ut fra en faglig og medisinsk vurdering. Utgangspunktet for samvalg er å veie fordeler og ulemper ved ulike helsetiltak opp mot hverandre. Det betyr å fokusere både på potensielle nytteeffekter, men også risikoen for bivirkninger.



**«Utgangspunktet for samvalg er å veie fordeler og ulemper ved ulike helsetiltak opp mot hverandre.»**

Hva pasienter vektlegger, kan være ulikt. For at pasienter og helsepersonell skal bli klare for samvalg, brukes ulike tiltak rettet mot pasienter eller helsepersonell, eller det brukes organisatoriske tiltak. Tiltak rettet mot pasienter og helsepersonell kan være ulike i format, som for eksempel kurs, undervisning og veiledning.

Samvalgsverktøy kan benyttes før, under, og etter konsultasjon. De skal understøtte samvalgsprosessen ved at pasientene får relevant og pålitelig informasjon om aktuelle behandlings- eller oppfølgingsalternativer om deres helse for å kunne ta et informert valg. Det finnes nasjonale samvalgsverktøy på norsk hos helsenorge.no.

Pasienter både vil og kan involveres i beslutninger om sin egen helse. Eldre ønsker også samvalg, men det hevdes at de sjeldnere blir involvert sammenliknet med yngre pasienter.

## Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde et søk i aktuelle forskningsdatabaser i august 2018. De fant tre randomiserte kontrollerte studier med til sammen 1879 eldre pasienter med samsykelighet. De vurderte tilliten til middels for fire av utfallene fordi det var bare én studie.

De øvrige utfallene ble vurdert til svært liten fordi studiene ikke var store nok. Studiene var utført i Storbritannia, USA og Australia. De var publisert i løpet av de siste ti årene. Det er også funnet en pågående studie. Ny forskning vil kunne endre konklusjonene.

### Spørsmålstabell

PICO	Hva lette de etter?	Hva fant de?
Populasjon	De så etter studier der pasientene var over 65 år og ble behandlet for flere helseproblemer (samsykelighet) i primærhelsetjenesten	Gjennomsnittsalderen var over 70 år, og de fleste var pensjonister. De hadde minst tre kroniske sykdommer. Det var ulikt rapportert om de bodde hjemme, men i all hovedsak var de hjemmeboende. Helsehjelpen var stort sett gitt av fastleger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten.
Tiltak og sammenlikning	Alle tiltak for å involvere pasienten i samvalg var relevante så lenge de ble sammenliknet med ingen tiltak eller vanlig praksis.	Det var ulike tiltak som ble gitt i de tre studiene. En handlet om atferdsendring gitt i arbeidsgrupper til pasienter og individuell pasientveiledning. En annen så bare på individuell pasientveiledning gitt med kognitiv atferdsendring og motiverende intervjuetodikk. En tredje studie så på holistisk pasientgjennomgang med tverrfaglig helsepersonellopplæring og organisatorisk endring. Den ene studien sammenliknet både tiltak med vanlig praksis og med å gi oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet. Der var alle resultatene vurdert til svært liten tillit.
Utfall	Pasientinvolvering i samvalg var primærutfallet. Andre sekundærutfall var helse, pasientaktivering, pasienters erfaringer, helsepersonellens ferdigheter og kunnskap om samvalg, helsetjenestens ressursbruk og kostnader samt uønskede hendelser.	De fant ingen studier som målte primærutfallet. Uønskede hendelser var oftest ikke rapportert eller rapportert som ingen forskjell mellom gruppene. Ingen av studienes resultater kunne slås sammen i metaanalyser, og funn er rapportert enkeltvis. Et amerikansk skjema kalt <i>Patient Activation Measure</i> (på norsk <i>pasientaktivering</i> ) ble brukt for å måle kunnskap, ferdigheter og evne til å mestre egen helse og helsetjenestebruk. For å måle om en pasient tar et legemiddel som forskrevet, kalt <i>adherence</i> (på norsk <i>etterlevelse</i> ), brukte de en skala med åtte delspørsmål som ble skåret fra null til åtte, der lavere skåring betyr at pasienten i mindre grad tok legemiddelet. Helserelatert livskvalitet var målt med EQ-5D-5L, som har fem delspørsmål om mobilitet, egenbehandling, smerte, ubehag, angst og depresjon. Svarene gis på en skala fra 0 til 5 poeng, der null indikerer ingen problem og høyere skåring indikerer lavere livskvalitet. Svarene regnes sammen til en skala som går fra 0 til 1.

## Systematisk oversikt

I systematiske oversikter søker man etter og oppsummerer studier som svarer på et konkret forskningsspørsmål. Studiene blir funnet, vurdert og oppsummert ved å bruke en systematisk og forhåndbeskrevet fremgangsmåte. (Les mer: [Cochrane Consumer Network](#).)

## Tillit til resultatet (GRADE)

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. GRADE er et system vi bruker for å kunne bedømme tilliten til resultatet. I GRADE vurderer vi blant annet:

- hvor godt studiene er gjennomført
- om studiene er store nok
- om studiene er like nok
- hvor relevante studiene er
- om alle relevante studier er fanget opp

## Referanse

Butterworth JE, Hays R, McDonagh STJ, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;(10). Art.nr.: CD013124. DOI: [10.1002/14651858.CD013124.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013124.pub2)

Les hele Cochrane-oversikten her: [Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations](#)