

Bilaga 2. NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-3-9328

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Innehåll

NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården	4
Syfte och mål med riktlinjen	4
Metod för att ta fram rekommendationer	4
Vad säger rekommendationerna?	5
Kvalitetsgranskning av riktlinjen.....	7
Referenser.....	9
Bilaga. Översättning av NICE:s rekommendationer för delat beslutsfattande i hälso-sjukvården	10

NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården

I juni 2021 publicerade National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en riktlinje om delat beslutsfattande i hälso- sjukvården [1]. Detta kapitel innehåller dels en beskrivning av hur riktlinjen har tagits fram och vilka rekommendationer som ingår, dels en kvalitetsgranskning av riktlinjen.

Syfte och mål med riktlinjen

NICE:s riktlinje om delat beslutsfattande i hälso-sjukvården har som syfte att främja och införa delaktighet i vårdbeslut som rör individen, vilket innebär att patienter och vårdpersonal tillsammans fattar beslut om vård och behandling. Detta syftar till att säkerställa att vården är personcentrerad och att patienternas preferenser och värderingar beaktas i vårdplaneringen. Målet är att förbättra vårdkvaliteten och öka patienternas tillfredsställelse genom att göra dem mer delaktiga i sin vård.

Enligt NICE är riktlinjen huvudsakligen riktad till:

- alla vårdgivare¹
- personer som beställer, kravställer eller fördelar resurser till vårdsektorn²
- vuxna patienter, deras familjer, andra närstående, stödpersoner och allmänheten.

Riktlinjen kan också användas av personal inom socialtjänsten och personer i behov av insatser från socialtjänsten, ideella patient-, brukar- och närståendeföreningar samt professionsföreningar.

Metod för att ta fram rekommendationer

För att ta fram rekommendationer följer NICE en systematisk och transparent process [2]. Processen består i huvudsak av följande steg:

1. **Utveckla frågor:** Frågor formuleras utifrån riktlinjernas omfattning. Dessa frågor styr litteratursökningarna och fungerar som grund för att utveckla rekommendationer.

¹ Socialstyrelsens definition av vårdgivare: Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

² Översatt från engelskans *commissioners of health and public health services*.

2. **Identifiera relevanta studier och andra data:** Genom systematiska litteratursökningar identifieras relevanta studier och andra data av relevans. Exkluderade studier och skälen för deras exkludering dokumenteras.
3. **Kvalitetsgranska studier:** Studiernas design och metoder granskas kritiskt med mallar för att bedöma deras kvalitet.
4. **Extrahera data och syntetisera resultat:** Relevanta data extraheras och resultatet syntetiseras, ofta med statistiska analyser som meta-analyser.
5. **Bedöma tillförlitlighet:** Resultatens kvalitet och säkerhet bedöms för att säkerställa att rekommendationerna bygger på tillförlitlig information. Detta görs med The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [3].
6. **Tolka resultaten:** Resultaten tolkas utifrån riktlinjernas omfattning. Riktlinjernas tillsatta kommitté diskuterar och bedömer bevisens betydelse och påverkan på praktiken eller tjänsterna. De överväger även hälsojämligheter och andra relevanta faktorer.
7. **Utveckla rekommendationer:** Utifrån tolkningen av resultaten utvecklar riktlinjernas kommitté ett antal rekommendationer. De överväger relativa värden av utfall, fördelar och skador av interventioner, resursanvändning samt den övergripande kvaliteten på bevisen.

Vad säger rekommendationerna?

NICE riktlinje för delat beslutsfattande inom hälso-sjukvården ger en vägledning för att integrera patientcentrerat beslutsfattande i vården [1]. Rekommendationerna syftar till att stärka patientens roll i vårdprocessen genom ett systematiskt och strukturerat förhållningssätt till beslut som involverar både vårdpersonalen och patienten. De 58 rekommendationerna delas in i följande områden:

- införa delat beslutsfattande på organisationsnivå
- omsätta delat beslutsfattande i praktiken
- ta fram verktyg som stöder delat beslutsfattande
- kommunicera risker, fördelar och konsekvenser med delat beslutsfattande
- ge rekommendationer för forskning.

En svensk översättning av rekommendationerna finns i bilaga 1, men nedan följer en sammanfattning av innehållet.

För att införa delat beslutsfattande effektivt behövs ett tydligt ledarskap på högsta organisatoriska nivå. Riktlinjerna rekommenderar att en ledare, ansvarar för att driva införandet av delat beslutsfattande genom hela organisationen. Dessutom föreslås att utse en person med ansvar att bevaka

patienternas perspektiv³, gärna med vårdbakgrund, samarbetar med denna ledare för att säkerställa att patientens perspektiv, särskilt från marginaliserade grupper, beaktas. Erfaren vårdpersonal och patientföreträdare bör också ingå i införandeteamet.

En central del i införandet är att utarbeta en handlingsplan för hela organisationen som främjar delat beslutsfattande. Detta inkluderar att identifiera avdelningar där praxis redan fungerar väl samt att systematiskt införa metoden på andra avdelningar. Viktiga delar av planen omfattar att utbilda både personal och patientföreträdare i delat beslutsfattande genom evidensbaserade modeller och med praktiska övningar, exempelvis genom rollspel. Organisationen bör även etablera nätverk för stöd och utbildning samt dela kunskap mellan vårdenheter för att säkerställa en enhetlig tillämpning.

Det är viktigt att vårdpersonalen har enkel tillgång till verktyg som kan användas i samtal med patienterna, för att främja förståelsen för risker, fördelar och konsekvenser av olika vårdalternativ. Informationssystemen ska också kunna visa patienternas tidigare beslut och preferenser, för att stödja kontinuitet i vården. Efter ett vårdsamtal bör patienterna få tillgång till relevant material som sammanfattar diskussionerna och beslut som fattats, samt information om hur de kan få ytterligare stöd om det behövs.

Att skapa en öppen och begriplig kommunikation mellan vårdpersonal och patienter är centralt för delat beslutsfattande. Vårdpersonalen uppmanas att kommunicera på ett tydligt och begripligt sätt, undvika jargong och använda verktyg som hjälper patienterna att förstå sina alternativ. Det är också viktigt att lyfta fram patientens individuella preferenser och mål under diskussionen samt att involvera anhöriga eller andra stödpersoner om patienten så önskar. Beslutsfattandet ska ske i samförstånd och inkludera alla nödvändiga perspektiv, för att säkerställa att beslutet verkligen reflekterar patientens önskemål.

Metoder för att stödja delat beslutsfattande bör anpassas efter den specifika vårdmiljön, oavsett om beslutsfattandet sker personligen, via telefon eller video. Vårdenheter bör vara flexibla och erbjuda resurser som stödjer patienterna, särskilt de som kan ha svårt att delta aktivt i processen.

Verktyg som stöder delat beslutsfattande ska vara kvalitetssäkrade och baserade på bästa evidens. Dessa verktyg kan underlätta för patienten att göra informerade val genom att ge en tydlig bild av risker, fördelar och konsekvenser av olika behandlingsalternativ. När numerisk information används för att förklara risker rekommenderas att både positiva och negativa

³ På engelska *patient director*. I Sverige finns brukarspecialist som är en utbildad stödperson med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning. Funktionen kan också heta *peer support*, medarbetare med brukarerfarenhet eller brukarinflytande samordnare (bisam). Denna funktion skulle kunna vara likvärdig med Englands "patientdirektör" eller ha den funktionen som beskrivs.

aspekter presenteras på ett lättförståeligt sätt, exempelvis genom att använda naturliga frekvenser i stället för procentsatser.

Efter ett vårdsamtal är det viktigt att ge patienterna tydlig och skriftlig information om vad som diskuterats och beslutats. Patienterna bör också informeras om att de kan ompröva sina beslut när som helst. Kliniska anteckningar ska reflektera patienternas preferenser och delaktighet i besluten, och dessa anteckningar kan delas med patienterna för att främja transparens.

Sammanfattningsvis fokuserar NICE:s riktlinjer på att etablera strukturer och metoder som gör patienten till en aktiv partner i beslutsfattandet om sin vård. Genom att främja utbildning, delad information, tillgång till beslutsstödjande verktyg och ett starkt ledarskap kan delat beslutsfattande bli en naturlig del av vårdprocessen.

Kvalitetsgranskning av riktlinjen

Beskrivning av Agree-2

Agree-II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) är ett verktyg utformat för att bedöma kvaliteten på riktlinjer för klinisk praxis och andra hälsorelaterade riktlinjer [4, 5]. Verktöget är framtaget av en internationell grupp bestående av forskare och utvecklare av riktlinjer. Gruppen bildades för att förbättra kvaliteten på kliniska riktlinjer samt för att skapa ett verktyg för att bedöma deras metodologiska noggrannhet och transparens. Ett av syftena med Agree-II är att erbjuda ett ramverk för att bedöma riktlinjers kvalitet. Målet med granskningen är att avgöra om de granskade riktlinjen är pålitlig och genomförbar i praktiken.

Agree-II-verktyget består av 23 frågor som fördelas på totalt sex domäner:

- omfattning och syfte
- intressentmedverkan
- noggrannhet vid framställningen
- presentationens tydlighet
- tillämpbarhet
- redaktionellt oberoende.

Agree-II använder en sjugradig skala för att bedöma varje fråga inom domänerna. Poängsättningen innebär att varje bedömare tilldelar en poäng för varje punkt, baserat på sin bedömning av hur väl riktlinjerna uppfyller kriterierna. För varje domän kan bedömarna räkna ut en domänpoäng i procent, som baseras på antalet bedömare, antalet frågor i domänen och den tilldelade poängen för respektive fråga. Slutligen görs en helhetsbedömning

av riktlinjen och en rekommendation om ifall bedömarna rekommenderar att den används eller inte.

Den svenska manualen ger en mer detaljerad beskrivning av domänerna och poängsättningen [5].

Bedömning av NICE riktlinje med Agree-2

Socialstyrelsen bedömer att NICE riktlinje om delat beslutsfattande håller god kvalitet och rekommenderar därför att den används. Domänernas respektive poäng låg mellan 58 och 94 procent, och den övergripande poängen bedöms som en femma eller sexa på en sjugradig skala.

Enligt manualen rekommenderas det dock att en riktlinje granskas av minst två personer för att säkerställa bedömningens tillförlitlighet. Socialstyrelsen kvalitetsgranskning är enbart utförd av en person.

Referenser

1. Shared decision making. London: National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain); 2021.
2. Developing NICE guidelines: the manual. London: National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain); 2014.
3. Akl E., Mustafa R., Santesso N., Wiercioch W., GRADE Working Group. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. I: Schünemann H., Brożek J., Guyatt G., Oxman A., red.; 2013.
4. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj*. 2010; 182(18):E839-E42.
5. The AGREE II Instrument – Bedömningsinstrument. AGREE Next Steps Consortium; 2017.
6. Accessible Information Standard [elektronisk resurs]. 2016. <https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/patient-equalities-programme/equality-frameworks-and-information-standards/accessibleinfo/> [hämtat 2024-07-04].
7. Please, write to me. Writing outpatient letters to patients. The Academy of Medical Royal Colleges; 2018.
8. Elwyn G., O'Connor A., Stacey D., Volk R., Edwards AG, Coulter A, et al. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aid: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal*. 2006; 333(7565):417-9.
9. Decision making and consent. Professional standards: More detailed guidance. General medical council; 2020.

Bilaga. Översättning av NICE:s rekommendationer för delat beslutsfattande i hälso-sjukvården

Införa delat beslutsfattande på organisationsnivå

Ledarskap

1. Utänn en högt uppsatt ledare⁴ som ansvarig för att leda och integrera delat beslutsfattande mellan och inom organisationen, oavsett dess storlek. Detta bör vara en styrelseledamot eller, om organisationen inte har någon styrelse, en ledare på högsta nivå.
2. Överväg att utse en person med ansvar att bevaka patienternas perspektiv⁵ (med bakgrund inom hälso-sjukvården) som arbetar med den ansvarige ledaren för att
 - lyfta fram patienternas perspektiv vid planering, införande och övervakande av delaktighet i beslutsfattandet, särskilt viktigt för marginaliserade grupper inom hälso-sjukvården
 - stödja förankringen av delat beslutsfattande i organisationsledningen.
3. Utse en eller flera erfarna hälso- och sjukvårdsanställda som tillsammans med den ansvarige ledaren och den som ansvarar för att bevaka patientens perspektiv bildar organisationens övergripande ansvariga för att sprida delat beslutsfattande.
4. Identifiera en eller flera organisationsövergripande patientföreträdare som arbetar nära den ansvarige ledaren, den som ansvarar för att bevaka patientens perspektiv och de utvalda anställda för införandet av delat beslutsfattande. Patientföreträdarna ska själva använda eller ta emot de vårdinsatser där delat beslutsfattande kan bli aktuellt.

Planering och införande av delat beslutsfattande

5. Utveckla en organisationsövergripande handlingsplan för att införa delat beslutsfattande, baserat på rekommendation 6–10.
6. Identifiera följande när handlingsplanen utvecklas:

⁴ Svensk översättning av *senior leader*.

⁵ På engelska *patient director*. I Sverige finns brukarspecialist som är en utbildad stödperson med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning. Funktionen kan också heta *peer support*, medarbetare med brukarerfarenhet eller brukarinflytande samordnare (bisam). Denna funktion skulle kunna vara likvärdig med Englands ”patientdirektör” eller ha den funktionen som beskrivs.

- befintlig god praxis på avdelningar eller i team där delat beslutsfattande redan praktiseras rutinmässigt, och använd deras erfarenheter
 - avdelningar eller team där delat beslutsfattande lättast kan införas härnäst; fortsatt därefter denna process genom hela organisationen
 - nyckelpersonal och patientföreträdare som kan utbilda sig till utbildare för delat beslutsfattande och lämpliga leverantörer för att ge utbildningen (se rekommendation 13).
7. Granska hur informationssystem kan stödja delat beslutsfattande, till exempel genom att
 - ge enkel tillgång till verktyg som stöder delat beslutsfattande eller information om risker, fördelar och konsekvenser under ett vårdssamtal
 - visa patientens tidigare beslut och preferenser, uppfattningar och annan information från tidigare diskussioner, till exempel från en patientjournal (se rekommendation 33).
 8. Redogör i handlingsplanen hur patientföreträdare, som kan bli aktuella för delat beslutsfattande, kommer att involveras i att stödja införandet av metoden.
 9. Planera intern eller extern tillsyn och utvärdering (inklusive möjligheter för återkoppling från både patienter och personal) och hur resultaten ska presenteras för personal på individ-, grupp- och ledningsnivå.
 10. Etablera ett stödnätverk inom organisationen för utbildare i delat beslutsfattande (inklusive för de patientföreträdare som är utbildare) och för vårdpersonal. Överväg att koppla samman stödnätverket med andra liknande nätverk inom och utanför regionens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Dela information

11. Se till att expertis och information kan delas effektivt både inom och mellan organisationer, så att vårdpersonal förser patienter med konsekvent information.

Stödja vårdpersonals förmåga och kompetens

12. Organisationer bör säkerställa att kunskap, färdigheter och förtroende för att stödja delat beslutsfattande ingår i introduktionen, utbildningen och den fortsatta professionella utvecklingen av all vårdpersonal. Detta bör innefatta tillgång till klinisk handledning.
13. Se till att utbildning och utveckling i delat beslutsfattande innebär att vårdpersonalen tränas i att
 - uppmuntra patienter att prata om vad som är viktigt för dem

- förstå principerna som stöder delat beslutsfattande baserat på en evidensbaserad modell (till exempel *three talk*-modellen [1])
 - kommunicera med patienter på ett sätt de kan förstå, genom att använda klarspråk, undvika jargong och förklara tekniska termer
 - dela och diskutera den information som patienter behöver för att fatta välgrundade beslut, och se till att de förstår de val som är tillgängliga för dem (inklusive valet att inte göra någonting eller inte ändra den nuvarande planen)
 - kommunicera med och involvera familjemedlemmar, vänner, vårdare, företrädare eller andra personer som patienten väljer att inkludera
 - använda verktyg som stöder delat beslutsfattande.
14. Ge tillgång till workshoppar i att ”utbilda utbildaren” (där hälso- och sjukvårdspersonal och potentiella patientföreträdare lär sig att utbilda annan vårdpersonal). Detta ska erbjudas till erfarna, involverade hälso- sjukvårdsanställda för delat beslutsfattande (se rekommendation 3, reds. anm.) på de avdelningar där delat beslutsfattande är på väg att införas.
15. Se till att utbildningen är praktisk (till exempel genom att använda rollspel) snarare än enbart teoretisk, så att vårdpersonal kan omsätta de färdigheter som behövs för delat beslutsfattande i praktiken.

Främja delat beslutsfattande för patienterna

16. Hälso-sjukvården bör aktivt främja delat beslutsfattande för individer, till exempel genom att erbjuda patienter träning, och använda affischer eller andra medier (som kallelser eller webbplatser) för att få patienter att till exempel fråga:
- Vilka är mina alternativ?
 - Vilka är de möjliga fördelarna och riskerna med dessa alternativ?
 - Hur kan vi tillsammans fatta ett beslut som är rätt för mig?

Omsätta delat beslutsfattande i praktiken

17. Ge stöd för delat beslutsfattande genom att erbjuda insatser i olika skeden, inklusive före, under och efter diskussioner, så att patienten är fullt delaktig under hela sin vård.
18. Skräddarsy metoderna som används för att stödja delat beslutsfattande till den vårdmiljö och det sammanhang där beslutet fattas, inklusive om vårdsamtalet sker personligen eller på distans via video eller telefon.
19. Fråga patienten om hen vill involvera familjemedlemmar, vänner, vårdare eller företrädare (var medveten om patientens rätt att välja om närstående ska involveras eller inte med tanke på säkerhet och

autonomi). Om så är fallet, inkludera dem som ett sätt att hjälpa patienten att

- engagera sig aktivt i diskussionen
- förklara vad som är viktigt för patienten
- fatta beslut om patientens vård
- komma ihåg information som patienten har fått under vårdsamtalet.

20. När du erbjuder information och resurser:

- använd endast pålitliga källor av hög kvalitet som NICE-ackrediterad information, länkar till NHS:s webbplats, information från lämpliga patientorganisationer eller relevanta NICE-riktlinjer och kvalitetssäkrade verktyg som stöder delat beslutsfattande
- ta hänsyn till tillgänglighet och kravet på att uppfylla NHS *Accessible Information Standard* [6].

Innan ett vårdsamtal

21. Innan ett vårdsamtal, ge patienten tillgång till material i det format som hen föredrar (till exempel en broschyr, ett informationsblad eller en app), för att hjälpa hen att förbereda sig för att diskutera alternativ och fatta delade beslut. Det bör uppmuntra patienten att tänka på

- vad som är viktigt för patienten
- vad patienten hoppas ska hända som ett resultat av samtalet
- vilka frågor patienten skulle vilja ställa (se rekommendation 16).

22. Erbjud dig att ordna ytterligare stöd för den patient som kan ha svårt att ta del av beslutsfattandet, särskilt om hen inte har, eller inte vill ha, stöd från en familjemedlem, vän eller vårdare. Stöd kan komma från en sjuksköterska, socialarbetare, tolk eller volontär (till exempel en patientföreträdare) som kan

- hjälpa patienten att förstå de resurser som erbjuds
- uppmuntra patienten att ta aktiv del i beslutsfattandet
- försäkra patienten om att delat beslutsfattande kommer att stödjas av den vårdpersonal som hen träffar.

Under ett vårdsamtal

23. Kom överens om en agenda i början av varje vårdsamtal, för att tillsammans prioritera vad ni ska diskutera. Berätta hur länge samtalet kommer att pågå.

24. Se till att patienten förstår att de kan delta så fullt hen vill i att göra val om sin behandling eller vård.

25. När ni diskuterar beslut om tester, behandlingar och interventioner, gör det på ett sätt som uppmuntrar patienten att tänka på vad som är viktigt för hen och att uttrycka sina behov och preferenser.

26. När ni diskuterar tester, behandlingar eller andra insatser:
 - förklara sjukvårdens mål för varje alternativ och diskutera hur de stämmer överens med patientens mål, prioriteringar och övergripande mål
 - diskutera öppet riskerna, fördelarna och konsekvenserna av varje alternativ, se till att patienten vet att detta inkluderar att inte välja någon behandling eller inte förändra vad hen gör för närvarande
 - klargöra vad patienten hoppas få ut av en behandling eller intervention och diskutera eventuella missuppfattningar
 - avsätt tillräckligt med tid för att svara på frågor, och fråga patienten om hen vill ha ytterligare tillfällen att diskutera alternativ.
27. Stöd patienten när hen överväger alternativ genom att
 - leverera information i hanterbara mängder (enligt tekniken *chunk and check* [1])
 - kontrollera att patienten förstår informationen (till exempel genom att använda *teach back*-tekniken [1])
 - diskutera vad som är viktigt för patienten i ljuset av den information som lämnas och kontrollera att hens val stämmer överens med detta.
28. Ge patienter (och deras familjemedlemmar, vänner eller vårdare, efter behov) den tid de behöver för att fatta beslut om tester, behandlingar och interventioner.
29. Acceptera och bekräfta att individer kan variera i sina åsikter om balansen mellan risker, fördelar och konsekvenser av behandlingar, och att patientens åsikter kan skilja sig från vårdpersonalens.
30. Ta ett gemensamt beslut eller gör en plan för behandling eller vård, och kom överens om när den ska ses över.
31. I slutet av en diskussion: Ange tydligt vilka beslut som har fattats, för att säkerställa att det finns en delad förståelse mellan patienten och vårdpersonalen om vad de har kommit överens om, vad som händer härnäst, vilka tidsramar som är och när planen kommer att ses över.
32. Förklara för patienten att hen kan ompröva sitt beslut tidigare än det överenskomna datumet om hen vill, och kan ändra uppfattning om ett beslut hen har fattat när som helst.
33. När du gör en anteckning om vårdsamtalet (till exempel i en patients journal eller vårdplan), notera alla beslut som fattats tillsammans med detaljer om vad patienten sa var viktigt för hen för att fatta dessa beslut. Erbjud dig att dela detta med patienten, till exempel i ett brev.

Efter eller mellan vårdsamtal

34. Erbjud patienten resurser i det format som hen föredrar för att hjälpa hen att förstå vad som diskuterades och vilka överenskommelser som

gjordes. Detta kan vara en utskrift som sammanfattar patientens diagnos, de alternativ och beslut eller planer som fattats samt länkar till resurser online av bra kvalitet. Ge helst materialet i samband med samtalet, eller erbjuda det kort efter vårdbesöket.

35. Se till att information som lämnas efter vårdsamtalet inkluderar detaljer om vem patienten kan kontakta ifall hen har ytterligare frågor.
36. När du skriver kliniska brev efter ett vårdtillfälle, rikta dem till patienten snarare än till den vårdpersonal som också får brevet. Detta är i linje med Academy of Medical Royal Colleges vägledning om att skriva brev till patienter [7]. Skicka en kopia av brevet till patienten (om de inte säger att de inte vill ha en kopia) och till berörd vårdpersonal.
37. Erbjud ytterligare stöd till patienter som sannolikt kommer att behöva extra hjälp för att delta i delat beslutsfattande. Detta kan inkludera att uppmuntra dem att spela in diskussionen, skriftligt förklara de beslut som har fattats, eller att ordna uppföljning av med vårdpersonal eller lämpligt alternativ.

Beslutsstöd⁶ – verktyg som stöder delat beslutsfattande

Hälso- och sjukvårdspersonal

38. Använd beslutsstöd utformade för att hjälpa patienter att ta del av beslutsfattande om vårdalternativ. Syftet är att stödja delat beslutsfattande tillsammans med de andra färdigheter och interventioner som beskrivs i avsnitten *Omsätta delat beslutsfattande i praktiken* och *Kommunicera risker, fördelar och konsekvenser* i de här riktlinjerna. Om ett relevant verktyg inte är tillgängligt, fortsätt att använda de principer som beskrivs i den här riktlinjen.
39. Använd endast verktyg som är utformade för att hjälpa patienter i beslutsfattandet om vårdalternativ om verktygen är:
 - kvalitetssäkrade och återspeglar evidensbaserad bästa praxis
 - relevanta för det vårdsamtalet och de beslut som behöver fattas
 - relevanta för den kliniska miljön.
40. Innan du använder ett visst verktyg utformat för att hjälpa patienter att ta del av beslutsfattande, bör vårdpersonal se till att patienterna är bekanta med verktyget, inklusive hur det kommer att hjälpa dem att förstå vilket alternativ som är bäst för dem.

⁶ Översatt från engelskans *patient decision aids (PDAs)*.

Organisationer

41. Fundera över sätt att ge personal i organisationen tillgång till kvalitetssäkrade verktyg som stöder delat beslutsfattande (bedöms mot NICE:s *Standards framework for shared-decision-making support tools, including patient decision aids* [1] eller *International Patient Decision Aid Standards* [8]). Detta kan göras genom att upprätta en databas med beslutshjälp som regelbundet granskas och uppdateras, eller guida personal till beslutshjälp som produceras av nationella organ som NICE.
42. Organisationer bör se till att deras hjälpmedel och system stödjer personalen i att erbjuda verktyg som stödjer delat beslutsfattande på flera sätt för att passa människors behov, till exempel tryckta eller digitala material och tillgängliga på olika språk och olika format.

Kommunicera risker, fördelar och konsekvenser

43. Diskutera risker, fördelar och konsekvenser i patientens liv och vad som är viktigt för hen. Var medveten om att riskkommunikation ofta kan stödjas med hjälp av högkvalitativa verktyg som stödjer delat beslutsfattande eller grafiska presentationer som piktogram (se rekommendationerna 38–40).
44. Personifiera information om risker, fördelar och konsekvenser så mycket som möjligt. Gör det tydligt för patienten hur informationen du lämnar gäller dem personligen och hur mycket osäkerhet som är förknippad med det. För mer information om att hantera osäkerhet rekommenderas General Medical Councils vägledning om beslutsfattande och samtycke [9].
45. Organisationer bör se till att personal som presenterar information om risker, fördelar och konsekvenser för patienter har en god förståelse för den informationen och hur man tillämpar och förklarar den tydligt (se rekommendationerna 12 och 13).
46. Om information om risker, fördelar och konsekvenser specifika för patienten inte är tillgänglig, fortsätt att använda principerna för delat beslutsfattande som beskrivs i denna riktlinje.

Samtala om numerisk information

47. Tänk på att använda en blandning av siffror och bilder till taltillsammans med piktogram eller ikoner, så att patienter ser både positiva och negativa aspekter (se också rekommendation 53).

48. Använd tal för att beskriva risker om sådana finns. Var medveten om att personer tolkar termer som ”risk”, ”sällsynt”, ”ovanlig” och ”vanlig” på olika sätt.
49. Använd absolut risk snarare än relativ risk. Till exempel ökar risken för en händelse från 1 på 1 000 till 2 på 1 000, snarare än att risken för händelsen fördubblas.
50. Använd naturliga frekvenser (till exempel 10 av 100) i stället för procentsatser (10 procent).
51. Var konsekvent när du använder data. Använd till exempel samma nämnare när du jämför risk: 7 av 100 för en risk och 20 av 100 för en annan, snarare än 1 av 14 och 1 av 5.
52. Presentera en risk över en definierad tidsperiod (månader eller år) om det är relevant. Till exempel, om 100 personer har behandling under 1 år, kommer 10 att uppleva en viss biverkning.
53. Använd både positiv och negativ inramning. Till exempel kommer behandlingen att vara framgångsrik för 97 av 100 personer och den kommer att misslyckas för 3 av 100 personer.

Rekommendationer för forskning

54. **Olika interventionseffekter i olika grupper.** Hur skiljer sig samma intervention för delat beslutsfattande i effektivitet mellan olika grupper och olika vårdmiljöer?
55. **Mäta delat beslutsfattande.** Vilka är de bästa sätten att mäta effektiviteten av delat beslutsfattande i olika sammanhang (i olika miljöer och med olika individer)?
56. **Upprätthålla delat beslutsfattande.** Vilka interventioner är mest effektiva för att överföra erfarenhet av delade beslutsfattande mellan individer och avdelningar, samt för att upprätthålla genomförandet av delat beslutsfattande i en organisation och i ett arbetsteam?
57. **Acceptans av delat beslutsfattande.** Vad påverkar acceptansen av delat beslutsfattande i befolkningar som övervägande tror på vårdpersonalens auktoritet?
58. **Delat beslutsfattande i distansdiskussioner.** Hur behöver kompetens och teknik om delat beslutsfattande utvecklas för digitala vårdsamtal?