

# **Shared decision-making og psykiske lidelser – et litteraturbaseret studie**

**Shared decision-making and mental disorders  
– a literature based study**

**Forfatter:**

Amalie Aagaard Andersen  
12.03.1993  
Stud.Cand.Psych  
Institut for Psykologi  
Syddansk Universitet, Odense

**Vejleder:**

Morten D. Hell  
Ph.d. studerende  
Klinisk Institut  
Syddansk universitet, Odense

**Afleveret d. 03.06.2019  
191.733 anslag.  
79,88 normalsider.  
123 sider.**

*”And delivering the ‘right care’ at the ‘right time’  
for ‘the right’ patient is what high value health care is all about”  
(Andrews, Kearing, & Vidal, 2016, p. 208)*

### Abstract

**Background:** Mental disorders are associated with low levels of function and reduced life quality, as well as poor treatment initiation and compliance, despite the existence of multiple forms of effective treatments. This illustrates the need to optimize the existing treatments and enhance patients' treatment adherence so they can benefit from their particular treatment. Shared decision-making is an approach to involve patients in decisions about their care and treatment. The method is assumed to foster patient engagement and lead to a better treatment match. Shared decision-making has frequently been applied in medical healthcare, but is shared decision-making suitable in mental healthcare as well? **Method:** Through a systematic review and theories about decision-making and motivation, the applicability of shared decision-making in mental healthcare is examined. The systematic review is based on randomized controlled trials, where shared decision-making is compared to treatment as usual. The empirical evidence for shared decision-making in mental healthcare is limited, therefore established theories are used to increase the knowledge about the approach and its usability. **Results:** The systematic review shows that shared decision-making leads to patient involvement, increased knowledge and different choice of treatment compared to treatment as usual. Shared decision-making is not consistently associated with increased treatment compliance and clinical outcome. According to the theories increased compliance and clinical outcome are only possible if shared decision-making leads to treatments that are personally valued by the patient. **Conclusion:** Shared decision-making demonstrates a varied effect in the treatment of mental disorders, especially in relation to increased treatment compliance and clinical outcome. Motivation theories indicate the potential of the treatment approach, while decision-making theories indicate the need to optimize the theoretical foundation of shared decision-making. One important finding is that shared decision-making does not seem to have a negative effect on any of the included outcome variables. The conclusion should be cautiously interpreted due to the limited

number and heterogeneity of the included studies. The effect of shared decision-making in mental healthcare needs further examination.

## Indholdsfortegnelse

<b>Introduktion .....</b>	<b>7</b>
Problemformulering: .....	11
<b>Læsevejledning .....</b>	<b>12</b>
Begrebsafklaring .....	13
Afgrensning .....	14
Videnskabsteoretisk ståsted .....	14
<b>Del 1. Shared decision-making.....</b>	<b>15</b>
Shared decision-making som en beslutningstagningsmodel .....	15
Shared decision-making og evidensbaseret behandling .....	17
Modeller for shared decision-making .....	18
SDM-modellen.....	18
The Three Talk Model .....	20
Den Integrative model .....	21
Beslutningsværktøjer.....	24
Opsummering af begrebsafklaringen .....	25
<b>Del 2. Systematisk review .....</b>	<b>26</b>
Metode .....	27
Fremgangsmåde .....	27
Udvælgelsesproces.....	30
Analyse.....	32
Karakteristika ved de inkluderede studier.....	32
Kvaliteten af de inkluderede studier .....	43
Kvaliteten af SDM-interventionerne.....	43
Kvaliteten af studiernes metode.....	45
Resultater .....	50
Diskussion.....	52
Involvering, tilfredshed, kompliance og klinisk remission.....	53
Fører interventionerne til en fælles beslutningsproces?.....	57
Styrker og svagheder ved et naturalistisk studiedesign .....	60
Fremadrettet forskning .....	62
Konklusion på del 2 .....	64
<b>Del 3. Teorier om beslutningstaging .....</b>	<b>65</b>
Den generiske beslutningsmodel.....	66
Expected Utility Theory .....	68
Prospektteorien.....	69
Præferencer og præferenceidentificering .....	71
<b>Del 3. Teoretisk analyse og diskussion .....</b>	<b>73</b>
Shared decision-making og den generiske beslutningsmodel .....	73
Den rationelle eller den irrationelle patient.....	76
Konklusion på del 3 .....	82
<b>Del 4. Teori om motivation.....</b>	<b>83</b>
Self-determination theory.....	84
Amotivation, ydre motivation og indre motivation.....	84
Behovet for kompetence, autonomi og tilhørsforhold.....	87
<b>Del 4. Teoretisk analyse og diskussion .....</b>	<b>90</b>
Shared decision-making og selvdeterminering .....	90
Den kompetente, autonome og relationelle patient .....	93

Konklusion på del 4 .....	100
<b>Del 5. Diskussion, konklusion og perspektivering.....</b>	<b>102</b>
Diskussion.....	102
Konklusion.....	107
Perspektivering.....	111
<b>Referencer.....</b>	<b>114</b>
<b>Bilag 1: Blanket til systematisk dataudtræk.....</b>	<b>122</b>

## Introduktion

Epidemiologiske undersøgelser estimerer den årlige prævalens af psykiske lidelser i den voksne europæiske population til 27,4 %. Det svarer til, at 82.7 millioner voksne har haft en psykisk lidelse det seneste år (Wittchen & Jacobi, 2005). Psykiske lidelser er forbundet med funktionsnedsættelse, tab af arbejdsdage og reduktion i individets livskvalitet (Wittchen & Jacobi, 2005), hvorved psykiske lidelser har betydning for både det pågældende individ og samfundet. Den høje forekomst af psykiske lidelser og den associerede funktionsnedsættelse understøtter relevansen af effektiv behandling af personer med psykiske lidelser. Prævalensen angiver de mange individer, der er påvirket af en psykisk lidelse, men den fanger ikke kompleksiteten af de problemstillinger, der er forbundet med tilstedeværelsen af en psykisk lidelse. Forskning viser, at det kun er fåtallet af personer med en psykisk lidelse, der får professionel hjælp (Kessler et al., 2008) og endnu færre, der modtager en passende hjælp i form af medicinsk eller psykoterapeutisk behandling (P. S. Wang, Berglund, & Kessler, 2000; Wittchen & Jacobi, 2005). Blandt dem, der har modtaget hjælp, er tendensen, at de ikke er blevet behandlet tilstrækkeligt (P. S. Wang et al., 2008). Denne tendens er interessant, da der efterhånden findes flere effektive og acceptable behandlingsformer til behandlingen af psykiske lidelser (P. S. Wang et al., 2008).

Standardbehandlingen for personer med psykiske lidelser består af medicin samt psykoterapi, og begge behandlingsformer er forbundet med lav behandlingskomplians (Gonzalez, Williams, P., & Lee, 2005). Forskning i behandling af depression viser, at 32 % stopper i medicinsk behandling efter en måned, og at antallet af præmatur dropout stiger til 68 % efter 6 måneder. Samme studie viser, at 71 % møder op til første terapisesession, mens kun 52 % forsætter i psykoterapeutisk behandling efter 6 måneder (Gonzalez et al., 2005). Anden forskning inden for behandlingen af psykiske lidelser viser, at mange patienter ikke får den behandling, de foretrækker, og at patienter i mindre grad vælger at starte i behandling, når de tilbydes anden behandling end

deres foretrukne (Dewight-Johnson, Unutzer, Sherbourne, Tang, & Wells, 2001). Utilstrækkelig viden er endvidere identificeret som en barriere for implementeringen af behandlingstiltag hos personer med PTSD (Sayer et al., 2009). Mens reduceret behandlingskomplians hos patienter med skizofreni skyldes, at behandlingen ikke møder patientens behov, eller at behandlingen ikke leveres i en samarbejdende kontekst (Kreyenbuhl, Nossel, & Dixon, 2009). Den lave behandlingskomplians, hos personer med psykiske lidelser, er problematisk, eftersom graden af komplians kan relateres til det kliniske resultat. Derudover er der flere psykiske lidelser, der kræver vedvarende behandling grundet lidelsens permanente natur (Kreyenbuhl et al., 2009). Det tyder således på, at der er behov for interventioner, der optimerer behandlingen af psykiske lidelser ved at øge behandlingsinitiativet og intensitet af behandlingerne.

Flere faktorer er associeret med opstart og fastholdelse af behandling herunder køn, alder, socioøkonomisk status, afstanden til behandlingsstedet samt stigmatisering (Mojtabai et al., 2011). Forskning af Gonzalez og kollegaer (2005) demonstrerer to yderligere faktorer, der er relevante for forståelse af behandlingskomplians hos personer med psykiske lidelser. Logistisk regressionsanalyser viser, at behandlingskomplians efter en måned kan forklares med individets parathed til at modtage og indgå i behandling, og at behandlingskomplians efter 6 måneder kan forklares med klinikerens beslutningstagningsstil (Gonzalez et al., 2005). Patienter, der følte sig parate til at indgå i behandlingen og patienter, der følte at klinikerer anvendte en beslutningstagningsstil, der fordrede deres deltagelse, var mere tilbøjelige til at fastholde behandlingen. Andre studier har ligeledes vist en sammenhæng mellem en patientcentreret tilgang og øget behandlingskomplians (Ong, De Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

Forskning inden for patientcentrerede tilgange antyder, at et patientcentreret fokus og involvering af patienten i behandlingsplanlægningen kan føre til øget behandlingsengagement (Kreyenbuhl et al., 2009). Konsekvenserne af manglende behandlingsengagement, hos personer



med psykiske lidelser, tilskynder anvendelsen af patientcentrerede interventioner i behandlingen af psykiske lidelser. Shared decision-making er en strategi til at opnå patientcentreret pleje i det medicinske og somatiske behandlingsregi (G. Elwyn, Edwards, & Tompson, 2016). Shared decision-making er en tilgang, hvor klinikerer inddrager patienten i beslutninger vedrørende behandlingstiltag. Ved shared decision-making anses klinikerer og patienten som samarbejdspartnere, der i fællesskab skal nå frem til behandlingstiltag, der er i overensstemmelse med patientens lidelse og prognose samt patientens værdier og livssituation (Jacobsen & Baker, 2017). Rationalet for anvendelsen af shared decision-making hviler på 1) etiske principper: patientens rettighed til at deltage i beslutninger vedrørende dem selv og 2) utilitaristiske principper: øget patienttilfredshed og behandlingskomplians samt et bedre klinisk resultat (Beitinger, Kissling, & Hamann, 2014).

Shared decision-making kan formentlig være anvendelig i behandling af psykiske lidelser, eftersom der ved de fleste psykiske lidelser findes mere end en behandlingsmulighed, og de forskellige behandlinger er forbundet med forskellige bivirkninger (medicin) eller usikkerheder i forhold til det endelige resultat (psykoterapi). Derudover kræver de fleste behandlingstiltag langsigtet investering fra patientens side både ved medicinindtag, adfærdsændringer og psykoterapi, hvorved inklusion af patientens subjektive holdninger i valg af behandling kan være en måde at fremme og sikre behandlingsdeltagelsen (Hamann et al., 2006; Montori, Gafni, & Charles, 2006).

Empiri viser, at nogle behandlingstilgange er de mest effektive i behandlingen af specifikke psykiske lidelser, men samtidig viser forskning, at den terapeutiske tilgang ikke alene kan forklare resultatet af en behandling (Lambert & Barley, 2001). Der er identificeret flere faktorer, der har betydning for det terapeutiske resultat herunder den terapeutiske relation, patientens og klinikerens forventning til det kliniske resultat og patientens oplevelse af social støtte fra sit netværk (Lambert & Barley, 2001). Shared decision-making tager udgangspunkt i understøttede og veletablerede

behandlingsformer samtidig med, at tilgangen søger at tage højde for andre faktorer, der kan have betydning for effekten af behandlingen i det konkrete tilfælde. Shared decision-making anses derfor af flere som en lovende tilgang i behandlingen af psykiske lidelser, og tilgangen er begyndt at blive anvendt i den mentale og psykiatriske sundhedssektor (Center for Fælles Beslutningstagning, 2019).

Anvendelsen af shared decision-making inden for den medicinske og somatiske sundhedssektor har været genstand for videnskabelig undersøgelse gennem længere tid (G. Elwyn et al., 2016). Her finder nogen en relation mellem shared decision-making, behandlingskomplians og kliniske resultater (Redfern, Briffa, Ellis, & Freedman, 2009; van Roosmalen et al., 2004; Wilson et al., 2010), mens andre ikke finder en relation mellem shared decision-making og relevante variabler (Bieber et al., 2006; Légaré et al., 2012; Tinsel et al., 2013). Det er først for nylig, at forskningsenheder og behandlingssektorer for psykiske lidelser har taget shared decision-making til sig. Forskning i effekten af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser er begrænset, når den sammenlignes med forskningen inden for shared decision-making i behandlingen af medicinske og somatiske lidelser. Der er dog efterhånden en betydelig empiri, der viser, at patienter med psykiske lidelser ønsker at deltage i beslutninger vedrørende deres behandling (Adams, Drake, & Wolford, 2007; Hill & Laugharne, 2006; Patel & Bakken, 2010).

Shared decision-making har potentiale til at understøtte behandlingen af psykiske lidelser, og tilgangens inddragelse af patienten er uvilkårligt tiltalende, men de videnskabelige undersøgelser af shared decision-making og psykiske lidelser er både mangelfulde og modstridende. Derfor hviler mange argumenter for anvendelsen af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser på empiri fra medicinske og somatiske behandlingskontekster. Effekten af shared decision-making i behandlingen af medicinske og somatiske lidelser er dog debatteret, og systematiske reviews viser, at det er under halvdelen af studierne, der finder en positiv effekt ved anvendelsen af shared decision-making (Hauser et al., 2015; Shay & Lafata, 2015). Inden for den medicinske og

somatiske kontekst er empirien om shared decision-making således også tvetydig. Alligevel begynder tilgangen at finde indpas i behandlingen af psykiske lidelser, hvilket kan være problematisk, når anvendeligheden af shared decision-making er uvis.

Formålet med denne opgave er således at undersøge anvendeligheden af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser. At empirien ikke konsekvent understøtter anvendelsen af shared decision-making, kan skyldes de mange teoretiske defineringer og operationaliseringer af shared decision-making. Meget af den foreliggende empiri er baseret på brede operationaliseringer af shared decision-making herunder interventioner, hvor shared decision-making er en mindre delkomponent, eller interventioner, der alene består af inddragelsen af et beslutningsværktøj. Shared decision-making er et komplekst begreb og således også en kompleks tilgang, og beslutningsværktøjer kan ikke sidestilles med den teoretiske definition af shared decision-making. Ved interventioner, der inddrager shared decision-making som en mindre delkomponent, er det ligeledes muligt, at de andre delelementer har betydning for den demonstrerede effekt eller mangel på samme.

Denne opgave vil således undersøge anvendeligheden af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser via en systematisk litteraturgennemgang med afsæt i en mere afgrænset operationalisering af shared decision-making. Grundet den begrænsede empiri vil anvendeligheden af shared decision-making endvidere undersøges gennem mere velkendte og etablerede psykologiske teorier i et forsøg på at øge forståelsen af tilgangens anvendelighed samt producere hypoteser, der fremadrettet kan guide forskning i shared decision-making og behandlingen af psykiske lidelser.

### **Problemformulering:**

Med afsæt i ovenstående er opgavens problemformulering:

**Hvilken effekt har anvendelsen af shared decision-making på behandlingen af psykiske lidelser, og hvilke perspektiver giver teori inden for beslutningstagning og motivation på anvendeligheden af shared decision-making?**

### **Læsevejledning**

Følgende opgave er et teoretisk speciale, og problemformuleringen belyses ud fra litteratur omhandlende shared decision-making samt velkendte teorier om beslutningstagning og motivation. Opgaven tager udgangspunkt i en systematisk litteratursøgning samt flere supplerende og mindre strukturerede søgninger i databaser og bibliotekskataloger, der er tilknyttet de danske universiteter. Problemformuleringen belyses via følgende komponenter:

**Del 1** – Begrebet shared decision-making behandles bredt. Den overordnede definerings af shared decision-making suppleres med tre konkrete modeller samt en kort definition af beslutningsværktøjer. Del 1 udgør opgavens definition af begrebet shared decision-making, som er et centralt begreb i opgavens problemformulering. Del 1 er udgangspunktet for operationaliseringen af shared decision-making i del 2 samt de teoretiske analyser i del 3 og 4.

**Del 2** – Del 2 udgøres af en systematisk litteratursøgning og litteraturgennemgang. I afsnittet gennemgås metoden, der blev anvendt til at identificere relevante studier. Studiernes opbygning, metode og resultater gennemgås systematisk. Afsnittet afsluttes med en diskussion af studierne fund samt konkrete tiltag, der kan optimere fremadrettet forskning. Del 2 kortlægger den nuværende empiri om anvendelsen af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser og anvendes i besvarelsen af problemformuleringens første del. Del 2 suppleres med to teoretiske analyser og diskussioner omhandlende anvendeligheden af shared decision-making i behandlingen af psykiske lidelser.

**Del 3** – Anvendeligheden af shared decision-making bliver behandlet ud fra teorier og forskning inden for beslutningstagning. Der redegøres kort for de forskellige teorier, hvorefter analyse og diskussion følger. Del 3 belyser de teoretiske kvaliteter og implikationer ved tilgangens fokus på patientinddragelse og identificering af patientpræferencer.

**Del 4** – I del 4 belyses anvendeligheden af shared decision-making ud fra et motivationsteoretisk perspektiv. Der redegøres kort for teorien om selvdeterminering, hvorefter analyse og diskussion følger. De teoretiske kvaliteter og implikationer ved tilgangens fokus på patientinddragelse og den samarbejdende relation belyses. Del 4 samt del 3 anvendes i besvarelsen af anden del af problemformuleringen og udgør en løbende perspektivering, der opsamles i del 5.

**Del 5** – Del 5 udgøres af en samlet diskussion af opgaven og den anvendte metode. Afsnittet samler viden og refleksioner på tværs af de tidligere opgavedele. I del 5 præsenteres opgavens konklusion, og afslutningsvist følger en perspektivering om fremadrettede forskning.

### **Begrebsafklaring**

For notations bekvemmelighed vil der i opgaven henvises til den overordnede ramme for shared decision-making via forkortelsen SDM. Derudover er der foretaget følgende valg i relation til formuleringer og begreber i opgaven:

- I opgaven skelnes der ikke mellem de forskellige fagpersoner, der arbejder med behandlingen af psykiske lidelser. Betegnelsen kliniker referer til psykologer, psykiatere og andre relevante fagpersoner.
- Patienter med psykiske lidelser refererer til personer, der opfylder diagnosekriterierne for en eller flere lidelser ifølge diagnosemanualerne DSM (American Psychological Association, 2019a) eller ICD (World Health Organisation, 2019).
- Behandlingskomplians anvendes i opgaven som et begreb, der dækker over de engelske formuleringer "treatment compliance" og "treatment adherence".

## **Afgrænsning**

Anvendeligheden af SDM vil formentlig være påvirket af tilgangens implementering på et organisatorisk niveau. Alligevel vil denne opgave belyse anvendeligheden af SDM på patientniveau, da det findes meningsløst at adressere implementering af SDM, før anvendeligheden af tilgangen er fastsat.

## **Videnskabsteoretisk ståsted**

Opgaven er baseret på et postpositivistisk syn på verden samt naturen af viden og forskning. Det videnskabelige paradigme udspringer af positivismen og er ligeledes et deterministisk og reduktionistisk paradigme, der søger at reducere ideer til en testbar størrelse for at identificere årsagen til en effekt eller et udfald (Creswell, 2014). Postpositivismen afviger fra positivismen, idet paradigmet ikke anerkender antagelsen om, at viden kan have en absolut sandhed. Ifølge postpositivismen er det ikke muligt at bevise absolutte årsager og effekter, når der forskes i naturlige kontekster og menneskelig adfærd (Creswell, 2014). Paradigmet anvendes i det kvantitative eksperiment samt undersøgelser, hvor det ønskes at identificere samt vurdere årsager, der har en plausibel betydning for et givent udfald (Creswell, 2014).

Opgaven er formet af det postpositivistiske videnskabsteoretiske ståsted, idet problemformuleringen belyses ud fra en systematisk gennemgang af studier, der har anvendt et eksperimentel forskningsdesign. Derudover inddrages empirisk understøttede teorier med formålet at præsentere potentielle forklaringsmodeller for sammenhængen mellem den uafhængige variabel, SDM, og den afhængige variabel, klinisk udbytte. Forklaringsmodellerne vil ligeledes fremadrettet kunne testes med et eksperimentelt forskningsdesign.

## **Del 1. Shared decision-making**

Det følgende afsnit er en begrebsafklaring af SDM. I afsnittet redegøres der for, hvordan SDM kan anses som en beslutningstagningsmodel, og hvordan tilgangen kan relateres til evidensbaseret behandling. Derefter præsenteres tre konkrete modeller for SDM. Som en afrundende opsummering inddrages områder inden for behandlingen af psykiske lidelser, hvor SDM kan tænkes at være brugbar.

### **Shared decision-making som en beslutningstagningsmodel**

Patientcentreret pleje er sundhedspleje med respekt for den enkelte patient samt pleje og omsorg, der svarer til patientens individuelle behov, værdier og præferencer (Institute of Medicine, 2001). SDM er en strategi til at opnå patientinddragelse, hvorved det er muligt at tilrettelægge behandlingen, så den i højere grad er patientcentreret (Trevena & Barratt, 2003).

SDM er en tilgang, der guider beslutningsprocesser om forbyggende adfærd, test og behandlingsmetoder i det kliniske behandlingsregi (Frosch & Carman, 2016). I den forbindelse kan SDM klassificeres som en beslutningstagningsmodel. Som beslutningstagningsmodel placerer tilgangen sig mellem den paternalistiske model og modellen for informeret valg (eng: informed choice) (Charles, Whelan, & Gafni, 1999; J. Hamann, S. Leucht, & W. Kissling, 2003). Den paternalistiske model er den traditionelle beslutningstagningsmodel inden for sundhedsvæsenet. Denne model antager, at det er klinikerens, der kan tage den bedste beslutning vedrørende en patients behandling, hvorved beslutningsprocessen ikke deles med patienten (Charles, Whelan, et al., 1999). I modellen for informeret valg antages det, at patienten kan tage den bedste beslutning vedrørende sin egen behandling. Klinikerens skal informere patienten om potentielle behandlingsmuligheder samt fordele og risikoer forbundet med de forskellige behandlinger, men den endelige beslutning foretages af patienten alene (Charles, Whelan, et al., 1999). Modellen forudsætter, at patienten er i stand til forstå de tekniske og faglige informationer og vægte dem i

forhold til sin egen livssituation (Montori et al., 2006). SDM placerer sig imellem den paternalistiske model og modellen for informeret valg, da tilgangen er kendetegnet ved en samarbejdende relation mellem kliniker og patienten. SDM er rammen for en beslutningsproces, hvor begge parter medbringer deres ekspertise i det kliniske møde og arbejder mod en fælles beslutning vedrørende behandlingstiltag (Charles, Whelan, & Gafni, 1997; Charles, Whelan, et al., 1999). I SDM antages det, at kliniker medbringer ekspertise og viden inden for diagnostik, behandlingsmuligheder og prognoser, mens patienten bidrager med ekspertise i sygdomsoplevelsen. Patienten har ekspertise i, hvordan livskvaliteten er påvirket i det konkrete tilfælde, og patienten besidder relevant viden om dennes værdier, præferencer og mål for behandlingen (Charles et al., 1997).

De tre modeller danner alle en ramme for en beslutningsproces, der udgøres af en informationsfase, en overvejelsesfase og en beslutningsfase. SDM adskiller sig fra de to andre modeller, idet patienten ikke passivt modtager information vedrørende behandlingen, men indbydes til aktivt at deltage i informationsfasen. I den paternalistiske model er det kun kliniker, der indgår i overvejelsesfasen og beslutningsfasen, mens det i modellen for informeret valg kun er patienten, der indgår i overvejelsesfasen og beslutningsfasen (Charles, Whelan, et al., 1999). I SDM indgår både kliniker og patient i overvejelsesfasen og beslutningsfasen. Da kliniker ikke alene besidder de relevante behandlingsinformationer eller retten til at tage den endelige beslutning, fører tilgangen til en mere symmetrisk kliniker-patient relation (Trevena & Barratt, 2003).

Informationsudvekslingen og samarbejdet med kliniker har til formål at øge patientens følelse af autonomi og kontrol over sin sygdomssituation. Ved SDM deler kliniker og patient ansvaret for det endelige behandlingsvalg, hvilket er et særpræg ved denne beslutningstagningsmodel (Charles et al., 1997).



## Shared decision-making og evidensbaseret behandling

Anvendelsen af SDM er baseret på antagelsen om, at selvom nogle behandlingstiltag menes at være mere effektive end andre, så vil nogle behandlingsformer være mere acceptable for patienten i relation til dennes værdier, mål og præferencer (G. Elwyn et al., 2014). Dette er ikke ensbetydende med, at tilgangen tilbyder eller anerkender ineffektive behandlingstiltag, men at tilgangen har til formål at tydeliggøre over for patienten, at der ofte er evidens for flere behandlingsmuligheder, og at alle behandlinger er forbundet med en grad af usikkerhed. Formålet med anvendelsen af SDM er yderligere at sikre, at patienten ikke træffer et valg på baggrund af utilstrækkelig viden (Makoul & Clayman, 2006).

SDM er forbundet med evidensbaseret praksis (Jacobsen & Baker, 2017), som er kendetegnet ved, at klinikerens under behandlingsplanlægningen tager udgangspunkt i den tilgængelige empiri og sin kliniske ekspertise samt patientens karakteristika (American Psychological Association, 2019b). SDM adskiller sig fra den traditionelle forståelse af evidensbaseret praksis, da klinikerens og patientens sammen foretager en afvejning af potentielle behandlingsmuligheder ud fra evidensen om mulige virkninger og bivirkninger associeret med de forskellige behandlinger (Jacobsen & Baker, 2017).

SDM menes at være relevant ved behandling af lidelser, hvor flere behandlingsmuligheder eksisterer, hvor behandlingerne er forbundet med forskellige udfald og usikkerheder (Charles et al., 1997; Montori et al., 2006), og hvor der ikke tydeligt er rigtige eller forkerte behandlingsvalg (Trevena & Barratt, 2003). I disse tilfælde betegnes beslutningen om behandlingstiltag som præferencesensitiv, da der skal foretages en afvejning mellem de identificerede fordele og ulemper (Stacey et al., 2017).

SDM menes også at være særlig anvendelig i tilfælde, hvor patienten har flere problematikker eller problematikker med dårligt definerede behandlingsmuligheder (Montori et al.,

2006). Anvendelsen af SDM er derudover baseret på antagelsen om, at patienten ønsker at indgå i beslutningsprocessen, og at involvering af patienten fører til øget behandlingsengagement hos patienten. SDM er i den forbindelse relevant, hvis behandlingstiltagene skal implementeres af patienten selv fx ved medicinindtag eller livsstilsændringer, samt hvis beslutningsprocessen løbende ønskes genoptaget af patient eller kliniker (Montori et al., 2006).

### **Modeller for shared decision-making**

Begrebet SDM blev introduceret for første gang i 1982 i en rapport om sundhedsfremmende beslutningstagning, men det var først i 1990'erne, at SDM for alvor begyndte at være et videnskabeligt fokus (Makoul & Clayman, 2006). Der findes forskellige definitioner af SDM i forskningslitteraturen, og SDM anvendes ofte som et flydende begreb. Et systematisk review udarbejdet af Makoul og Clayman (2006) viser, at der er 31 forskellige operationaliseringer af SDM i den medicinske og somatiske forskningslitteratur. 34,7 % af de identificerede studier henviser ikke til en tidligere introduceret model for SDM, og de eneste begreber, der fremgår i mere end halvdelen af studierne definition af SDM, er: patientværdier, patientpræferencer og valgmuligheder (Makoul & Clayman, 2006).

I det følgende afsnit præsenteres Charles og kollegaers (1997) teoretiske definition af SDM, Elwyns (2000; 2016) procesorienterede definition af SDM samt Makoul og Claymans (2006) systematiske definition af SDM. For en oversigt over modellernes forskelle og ligheder se tabel 1, side 23.

### **SDM-modellen**

Charles og kollegaer (1997) definerer SDM som en beslutningsproces, der minimum involverer to parter, der arbejder sammen og udveksler informationer for at nå til en fælles beslutning i relation til behandlingstiltag. De to parter udgøres af kliniker og patienten, men der kan være flere behandlere, og patienten kan vælge at inddrage pårørende, hvorved flere personer

kan være involveret i beslutningsprocessen. Modellen anerkender, at SDM ikke alene er karakteriseret ved en kliniker-patient dyade, og at dele af beslutningsprocessen forløber uden for den kliniske konsultation i samvær med andre end klinikerens (Charles, Gafni, & Whelan, 1999). Modellen understreger samtidig, at der skal være en kliniker og en patient tilstede, før beslutningsprocessen kan defineres som fælles (Charles et al., 1997).

Ud fra Charles' model er SDM karakteriseret ved et samarbejde, hvor begge parter bidrager til beslutningsprocessen. Både patient og kliniker skal være interesseret i at deltage aktivt i arbejdet med at nå frem til en fælles beslutning (Charles et al., 1997). Klinikerens hovedansvar er, at beslutningsprocessen har karakter af SDM. Det er klinikerens opgave at etablere et terapeutisk rum, hvor patienten føler sig tryk ved at dele værdier og præferencer samt perspektiver på de forskellige behandlingsmuligheder. Derudover har klinikerens til opgave at hjælpe patienten med at identificere sine værdier og præferencer, at viderebringe informationer til patienten på en objektiv og let forståelig måde samt hjælpe patienten med at vægte fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmetoder. Ifølge modellen skal klinikerens dele sine behandlingsanbefalinger med patienten og sikre, at der ikke er opstået misforståelser under informationsudvekslingen (Charles et al., 1997). Da SDM er karakteriseret som en samarbejdende tilgang, har patienten også et ansvar for, at processen forløber optimalt. Patienten skal være villig til at dele sine værdier, stille spørgsmål, indgå i evaluering af de præsenterede behandlingsmuligheder og udtrykke sine behandlingspræferencer (Charles et al., 1997). Modellen anerkender dermed SDM som mere end ren informationsudveksling og angiver indirekte vigtigheden af problemløsningsfærdigheder og sociale kompetencer hos både kliniker og patient ved anvendelse af SDM.

Informationsudveksling er dog en forudsætning for SDM ifølge modellen. Hvis klinikerens ikke udveksler behandlingsinformation med patienten, har patienten ikke nogen mulighed for at evaluere behandlingsformerne eller give udtryk for behandlingspræferencer. Hvis patienten ikke

deler sine værdier samt sygdomshistorik med klinikerens, har klinikerens ikke mulighed for at hjælpe patienten med at vægte fordele og ulemper ved de forskellige behandlinger ud fra patientens livssituation. Informationsudveksling er en essentiel del af SDM og er vigtig for, at en fælles beslutningsproces kan forløbe, men SDM er også karakteriseret ved målet om at nå til en fælles beslutning (Charles, Gafni, et al., 1999). Formålet med SDM er, at kliniker og patient når til enighed om en behandlingsplan. Ifølge Charles og kollegaer (1997) er det ikke ensbetydende med, at kliniker og patient er enige om, hvilken behandling, der er den bedste i det konkrete tilfælde, men at der er enighed omkring hvilken behandling, der skal igangsættes (Charles et al., 1997).

### **The Three Talk Model**

The Three Talk model er en videreudvikling af Elwyn og kollegaers (2000) procesorienterede definition af SDM. Modellen er en sekventiel tretrinnsmodel og skal anses som en praksisguide til anvendelsen af SDM (G. Elwyn, 2016).

Ifølge modellen består SDM i praksis af tre trin med tre forskellige samtaleelementer omhandlende samarbejde, valgmuligheder og beslutningstagning. I modellens første trin informeres patienten om, at der skal træffes en beslutning om behandlingstiltag, og at klinikerens vil hjælpe patienten med at vælge mellem forskellige behandlingsmuligheder. På dette trin skal klinikerens sikre, at der er en fælles forståelse af patientens problematik. Modellen antager, at der skal være en fælles forståelse af problemet og dets omfang før, det er meningsfuldt at diskutere og overveje, hvordan problemet skal adresseres. Efterfølgende skal patienten præsenteres for eksisterende valgmuligheder. Klinikerens skal tydeliggøre, hvorfor det er relevant at overveje alternative behandlingsmuligheder ved at henvise til personlige præferencer samt usikkerheden ved alle behandlinger (G. Elwyn, 2016).

I modellens andet trin informeres patienten yderligere om de forskellige valgmuligheder, idet fordele og ulemper ved de forskellige behandlinger præsenteres for patienten. Klinikerens skal

informere patienten om graden af reversibilitet ved de forskellige behandlingsmuligheder, og fordelene samt ulemperne skal rammesættes ud fra, hvordan de kan tænkes at påvirke patientens hverdag. Derudover skal patienten præsenteres for muligheden at afvente behandling. I dette trin opfordrer Elwyn (2016) til anvendelsen af beslutningsværktøjer for at understøtte patientens forståelse af potentielle valgmuligheder.

I det sidste trin af modellen skal der foretages en beslutning vedrørende fremadrettede behandlingstiltag. Klinikerens skal hjælpe patienten med at udtrykke sit syn på de forskellige behandlingsmuligheder og udforme personlige behandlingspræferencer. Ifølge modellen skal klinikerens sikre, at patientens præference er dannet på baggrund af tilstrækkelig information. Såfremt patienten ikke har formet præferencer for specifikke behandlingstiltag, skal klinikerens tilbyde patienten yderligere tid til at overveje behandlingsmulighederne. Hvis processen leder frem til en beslutning, skal patienten tilbydes en konsultation, hvor der følges op på effekten og resultatet af beslutningen (G. Elwyn, 2016).

### **Den Integrative model**

Makoul og Clayman (2006) har udformet en Integrativ model for SDM. Den Integrative model er udformet ud fra en systematisk gennemgang af tidligere definitioner af SDM herunder SDM-modellen (Charles et al., 1997) og The Three Talk model (G. Elwyn, 2016; G. Elwyn, Edwards, Kinnersley, & Grol, 2000). I den Integrative model skelnes der mellem essentielle og ideelle elementer for SDM. De essentielle elementer er:

- definerings af problematikken
- præsentation af behandlingsmuligheder
- diskussion af risiko samt fordele ved de forskellige muligheder
- gennemgang af patientens værdier og præferencer
- gennemgang af klinikerens anbefalinger

- beslutningstagning eller bevidst udsættelse af beslutningen
- opfølgningssamtale.

Derudover er det ifølge den Integrative model essentielt, at kliniker og patient gennemgår patientens grad af self-efficacy, og at kliniker sikrer, at der ikke er opstået misforståelse under informationsudvekslingen (Makoul & Clayman, 2006). Mange af de essentielle elementer i den Integrative model er også tilstede i Charles et al. (1997) og Elwyn's (2000; 2016) definitioner af SDM. Modellen af Makoul og Clayman (2006) adskiller sig, idet den ligger et særskilt fokus på identificering af patients self-efficacy. Self-efficacy er et begreb, der er relateret til socialpsykologisk indlæringssteori, der antager, at kognitioner, adfærd og miljø påvirker hinanden gensidigt. Adfærd er påvirket af de forventninger, individet har til resultatet af den pågældende adfærd, og self-efficacy er et udtryk for, hvorvidt individet mener at kunne udføre den pågældende adfærd med succes (Bandura, 1977). Ifølge modellen er det vigtigt, at patientens self-efficacy og dermed patientens forventede evne til at gennemføre behandlingen inddrages i beslutningsprocessen (Makoul & Clayman, 2006). Modellen sammenstiller self-efficacy med patientens værdier og præferencer, idet disse komponenter alle har betydning for, om et bestemt behandlingsvalg er acceptabelt (Makoul & Clayman, 2006).

Ud fra den Integrative model skal de essentielle elementer være tilstede for, at SDM kan forløbe optimalt. De ideelle elementer i modellen kan fremme beslutningsprocessen samt anvendelsen af SDM, men de er ikke relevante eller mulige i alle kliniske situationer. De ideelle elementer er definering af roller, objektiv informering og præsentation af evidens samt gensidig enighed om den endelige beslutning (Makoul & Clayman, 2006).

**Tabel 1: Oversigt over de tre modeller for shared decision-making**

	<b>Charles et al. (1997)</b> <b>SDM-modellen</b> <b>- teoretisk definition</b>	<b>Elwyn (2000; 2016)</b> <b>Three Talk Model</b> <b>- procesorienteret definition</b>	<b>Makoul &amp; Clayman (2006)</b> <b>Den Integrative model</b> <b>- systematisk definition</b>
<b>Informationsfasen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definerer af roller</li> <li>- Informationsudvekslingen løber fra kliniker til patient samt fra patient til kliniker</li> <li>-</li> <li>- Præsentation af behandlingsmuligheder samt fordele og ulemper (kliniker)</li> <li>-</li> <li>- Præsentation af patientens værdier og præferencer (patient)</li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser (kliniker)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering af samarbejde</li> <li>- Informationsudvekslingen løber fra kliniker til patient samt fra patient til kliniker</li> <li>- <b>Definering af problematikken</b></li> <li>- Præsentation af behandlingsmuligheder samt fordele og ulemper (kliniker)</li> <li>- <b>Begrund årsagen til at der er flere valgmuligheder (kliniker)</b></li> <li>- Præsentation af patientens værdier og præferencer (patient)</li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser <b>samt opfølgning på patientens reaktion på de forskellige informationer (kliniker)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definerer af roller</li> <li>- Informationsudvekslingen løber fra kliniker til patient samt fra patient til kliniker</li> <li>- <b>Definering af problematikken</b></li> <li>- Præsentation af behandlingsmuligheder samt fordele og ulemper (kliniker)</li> <li>-</li> <li>- Præsentation af patientens værdier og præferencer (patient)</li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser <b>(kliniker og patient)</b></li> </ul>
<b>Overvejelsesfasen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Identificere værdier og præferencer, hvis disse er ukendte for patienten</b></li> <li>- Diskutere fordele og ulemper i relation til patientens livssituation</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>- Klinikerens anbefalinger</li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser (kliniker)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Diskutere fordele og ulemper i relation til patientens livssituation</li> <li>-</li> <li>- <b>Præsentation af potentielt beslutningsværktøj</b></li> <li>- <b>Patienten kan bede om klinikerens anbefalinger</b></li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser (kliniker)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Diskutere fordele og ulemper i relation til patientens livssituation</li> <li>- <b>Diskutere patientens self-efficacy</b></li> <li>-</li> <li>- Klinikerens anbefalinger</li> <li>- Opfølgning og korrektion af potentielle misforståelser <b>(kliniker og patient)</b></li> </ul>

<b>Beslutningsfasen</b>	-	<b>- Identificere værdier og præferencer, hvis disse er ukendte for patienten</b>	-
	- Nå til enighed om den endelige beslutning	- Nå til enighed om den endelige beslutning	- Nå til enighed om den endelige beslutning
	- Bevidst udsættelse af endelig beslutning	- Bevidst udsættelse af endelig beslutning	- Bevidst udsættelse af endelig beslutning
	-	<b>-Arrangere opfølgningssamtale</b>	<b>-Arrangere opfølgningssamtale</b>

*Table 1.* Oversigt over de tre modeller for shared decision-making.

De tre modeller illustrer en teoretisk definition, en procesorienteret definition samt en systematisk definition på shared decision-making. Modellerne har flere ligheder, og forskellene mellem modellerne er fremhævet med bold tekst. Modellernes forskellige komponenter er inddelt i en informationsfase, en overvejselsesfase og en beslutningsfase. Hvis en delkomponent er helt fraværende i modellen, er det illustreret med et indholdsløst punkt.

### Beslutningsværktøjer

Beslutningsværktøjer (eng: decision aids) er redskaber udviklet til at understøtte anvendelsen af SDM og gøre beslutningsprocessen eksplicit for patienten (R. Thompson & Trevena, 2016). Beslutningsværktøjerne er udformet til at levere specifik information om den pågældende lidelse samt fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder. Værktøjerne er en måde at standardisere information, så patienten ikke bliver påvirket af den måde, hvorpå klinikerer præsenterer relevante behandlingsinformationer (Stacey et al., 2017). Beslutningsværktøjet kan også været udformet med formålet at støtte patienten i sin refleksion samt proces med at identificere værdier, præferencer og behandlingsmål. Værktøjerne kan anvendes inden, under eller efter det kliniske møde. Beslutningsværktøjer, der anvendes inden det kliniske møde, har til hensigt at forberede patienten på beslutningsprocessen mens beslutningsværktøjer, der anvendes under det kliniske møde, har til hensigt at fremme og strukturere beslutningsprocessen (R. Thompson & Trevena, 2016).

Ifølge forskningslitteraturen er anvendelse af beslutningsværktøjer forbundet med et øget vidensniveau samt en følelse af at være velinformeret hos patienten (Stacey et al., 2017).

Anvendelsen af beslutningsværktøjer fører også til en forbedret kommunikation mellem kliniker og



patient, hvilket indikerer, at beslutningsværktøjer har potentiale til at understøtte anvendelsen af SDM. Det tyder på, at beslutningsværktøjer distribueret inden det kliniske møde ikke fører til SDM (Shay & Lafata, 2015), mens inddragelsen af beslutningsværktøjer under det kliniske møde fører til SDM (R. Thompson & Trevena, 2016). Anvendelsen af beslutningsværktøjer fører ikke til bedre behandlingsresultater ifølge nuværende empiri (Stacey et al., 2017).

Beslutningsværktøjer kan være relevante i anvendelsen af SDM især under informationsudvekslingen. SDM udgøres dog ligeledes af en overvejelsesfase og beslutningsfase, hvorved andre relevante komponenter i SDM ikke repræsenteres i beslutningsværktøjerne (Zisman-Illani, Barnett, Harik, Pavlo, & O'Connell, 2017).

### **Opsummering af begrebsafklaringen**

Der findes mange forskellige definitioner af SDM. I ovenstående afsnit blev der præsenteret tre anerkendte definitioner af SDM. Modellerne viser, at der med tiden er kommet nye elementer til, fx en fælles forståelse af patientens problematik (G. Elwyn, 2016) samt inddragelsen af patientens self-efficacy (Makoul & Clayman, 2006). I opgaven skal SDM forstås som en proces, hvor patienten og klinikerens samarbejder i overvejelser og beslutninger omkring den endelige behandling. Beslutningsværktøjer kan understøtte denne proces afhængig af værktøjets indhold og anvendelse, men værktøjerne skal anses som et supplement til SDM, da de ikke alene kan sidestilles med SDM.

SDM er særlig relevant ved behandling af lidelser, hvor der findes flere behandlingsformer, hvor behandlingsformerne har forskellige fordele eller ulemper, og hvor der ikke er rigtige eller forkerte behandlingsvalg (Charles et al., 1997). I forbindelse med behandlingen af psykiske lidelser, er behandlingstiltag og sociale forhold de emner, patienterne oftest bringer op i den primære behandlingssektor (Freidl et al., 2016), mens beslutninger vedrørende medicinering, udskrivningstidspunkt, psykoterapi og ændringer i behandlingskonteksten er hyppige i den

sekundære behandlingssektor (Hamann et al., 2008). SDM kan således være anvendelig på flere områder i et behandlingsforløb for patienter med psykiske lidelser. Der er samtidig tilfælde, hvor SDM ikke er en optimal tilgang til behandlingen af psykiske lidelser, fx ved akut indlæggelse og ved patienter med begrænset kognitiv kapacitet og nedsat funktionsniveau. Denne begrænsning er ikke ensbetydende med, at SDM ikke er relevant i behandlingen af psykiske lidelser, eftersom SDM heller ikke anvendes ved akut behandling i medicinske og somatiske behandlingskontekster (Charles et al., 1997).

## **Del 2. Systematisk review**

Det følgende afsnit udgøres af en systematisk litteratursøgning og litteraturgennemgang. Formålet med litteraturgennemgangen er at undersøge effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser med afsæt i en mere afgrænset operationalisering af SDM, end der ses anvendt i tidligere systematiske reviews (Cheng et al., 2017; J. Hamann, S. Leucht, & W. Kissling, 2003; Zisman-Ilani et al., 2017). SDM operationaliseres som en metode, der involverer kommunikation mellem kliniker og patient omkring sygdoms- og behandlingsinformationer samt inddragelse af patienten i beslutninger vedrørende dennes behandling med forsæt om at nå til enighed om behandlingstiltag (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Litteraturgennemgangens fokus er således på SDM-interventioner, der anvendes i interaktionen mellem kliniker og patient. Opbygningen af det systematiske review er baseret på Cochranes metodologiske retningslinjer for systematiske reviews (Furlan, Pennick, Bombardier, & van Tulder, 2009) samt The PRISMA Statement (Liberati et al., 2009).

## Metode

### Fremgangsmåde

Den systematisk søgning blev udformet til at identificere studier, der har undersøgt effekten af SDM i behandlingen af patienter inden for den mentale sundhedssektor på tværs af diagnose og behandlingskontekst. Søgestrategien blev designet til at identificere artikler om psykiske lidelser med et tydeligt fokus på SDM. De anvendte søgeord blev identificeret gennem tidligere litteratur om SDM. Da SDM primært optræder i den medicinske og somatiske litteratur, blev mange af søgeordene identificeret via bogen "Shared decision making in health care" (G. Elwyn et al., 2016). Derudover blev systematiske reviews om SDM og patientcenteret pleje i psykiatriske og psykologiske behandlingsregi gennemgået for at identificere mere fagspecifikke søgeord, der kunne supplere de generelle termer inden for SDM.

Der blev foretaget flere søgninger i januar 2019 før, der blev identificeret en søgematrice, der dækkede området tilstrækkeligt samtidig med, at mængden af artikler var realistisk at gennemgå inden for opgavens tidsramme. Overvejelser omkring de specifikke søgeord, databaser samt antal af søgeblokke blev drøftet med en forskningsbibliotekar fra SDU. På baggrund af samtalerne og de forskellige søgninger blev der udformet en søgematrice, der bestod af tre søgeblokke. Den endelige søgematrice bestod af søgeblokkene: a) psykiske lidelser, b) shared decision-making/SDM og c) effektmål. De tre søgeblokke er inspireret af tilgangen PICO (population, intervention, comparison and outcome), der normalt anvendes til udformningen af forskningsspørgsmål (Liberati et al., 2009; Rosenberg, Kristoffer, & Burchart, 2016).

De endelige artikler blev identificeret via en elektronisk søgning i databasen PsycINFO og databasen PubMed. PsycINFO er en socialvidenskabelige database, mens PubMed er en sundhedsvidenskabelige database (Boland, Cherry, & Dickson, 2017), hvorved de to databaser supplerer hinanden i afdækningen af studier inden for psykologiske og psykiatriske emner. De

valgte søgeord blev gennemgået en sidste gang via funktionen "Map Term to subject Heading" i PsycINFO samt funktionen "Medical Subject Headings" (MeSH) i PubMed. Disse funktioner indikerer, hvis et søgeord kan relateres til andre termer eller begreber, der er mere generelle eller specifikke end det indtastede søgeord. Dermed er det muligt at identificere relevante artikler, hvor forfatterne har anvendt forskellige begreber for samme koncept. "Mental disorders" var det eneste søgeord, hvor databaserne fandt yderligere relevante begreber og søgeord. Databaserne relaterede "mental disorders" til de specifikke psykiske lidelser.

Søgeordene i hver søgeblok blev kombineret via databasernes funktion "OR", og de tre søgeblokke blev kombineret via databasernes funktion "AND", se tabel 2. I PsycINFO blev søgningen foretaget via funktionen "mp. search as keyword", der dækker over titel, abstract, overskrift, indholdsfortegnelse, nøgleord, test og mål. Derudover blev funktionen "exp." anvendt til søgeordet "mental disorders", således søgningen også omfattede de forskellige psykiske lidelser, databasen relaterer til "mental disorders". I PubMed blev søgningen foretaget via funktionen "All Fields", og funktionen "MeSH" blev anvendt til søgeordet "mental disorders", således søgningen omfattede de forskellige psykiske lidelser, databasen relaterer til "mental disorders".

Søgningerne blev begrænset til kun at identificere artikler udgivet på engelsk. Søgningen i PsycINFO blev begrænset til "Peer-reviewed journals" for at reducere mængden af hits, der ikke var videnskabelige artikler. Denne funktion var ikke tilstede i PubMed databasen. Søgningen i PsycINFO førte til 211 søgeresultater, og søgningen i PubMed førte til 486 søgeresultater. Den endelige søgematrix samt opbygningen af de to søgninger fremgår af tabel 2 og tabel 3.

**Tabel 2: Søgeblokke**

Database	Søgeblok a) Psykiske lidelser og relaterede begreber		Søgeblok b) Shared decision-making		Søgeblok c) Effektmål
PsycINFO	mental health care OR mental health OR psychiatry OR mental disorder OR mental disorders OR mental illness	AND	shared decision making OR shared decision-making OR SDM	AND	client satisfaction OR patient satisfaction OR quality of life OR clinical outcome OR clinical outcomes OR treatment outcome OR treatment outcomes OR therapeutic

	OR psychotherapy OR psychiatric disorder OR psychiatric disorders  OR  mental disorders (exp.)				outcome OR therapeutic outcomes OR therapeutic alliance OR working alliance OR therapeutic relationship OR motivation OR self efficacy OR self- efficacy OR empowerment OR autonomy OR decisional conflict OR decision quality OR treatment goals OR participation OR adherence OR treatment compliance
<b>PubMed</b>	"mental health care" OR "mental health" OR "psychiatry" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "psychotherapy" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders"  OR  mental disorders (MeSH)	AND	"shared decision making" OR "shared decision-making" OR "SDM"	AND	"client satisfaction" OR "patient satisfaction" OR "quality of life" OR "clinical outcome" OR "clinical outcomes" OR "treatment outcome" OR "treatment outcomes" OR "therapeutic outcome" OR "therapeutic outcomes" OR "therapeutic alliance" OR "working alliance" OR "therapeutic relationship" OR "motivation" OR "self efficacy" OR "self-efficacy" OR "empowerment" OR autonomy OR "decisional conflict" OR "decision quality" OR "treatment goals" OR "participation" OR "adherence" OR "treatment compliance"

Tabel 2. Oversigt over søgematricens tre søgeblokke.

Søgeordene i hver søgeblok blev kombineret via funktionen "OR", og de tre søgeblokke blev kombineret via funktion "AND". Søgningerne blev i begge databaser udvidet til at inddrage de specifikke psykiske lidelser via funktionen "exp." i PsycINFO og "MeSH" i PubMed.

Tabel 3: Søgeresultater og søgningens opbygning

Database	Dato	Søgning:	Antal søgeresultater:
PsycINFO	10-02-2019	Søgeblok a, b, og c	202
		Mental disorders (exp.)	261
		Begrænsning: peer-review	235
		Begrænsning: engelsk	211
		<b>Endelige søgeresultat:</b>	<b>211</b>
PubMed	10-02-2019	Søgeblok a, b, og c	419
		Mental disorders (MeSH)	507
		Begrænsning: peer-review	(Ikke muligt)
		Begrænsning: engelsk	486
		<b>Endelige søgeresultat:</b>	<b>486</b>

*Tabel 3. Opbygningen af søgningen i PsycINFO og PubMed.*

Antallet af søgeresultater steg som følge af funktionen ”exp.” i PsycINFO og funktionen ”MeSH” i PubMed, mens antallet af søgeresultater blev reduceret som følge af begrænsningerne *peer-review journal* og engelsksproget artikler.

## Udvælgelsesproces

Udvælgelsen af relevante artikler bestod af tre faser, se figur 4 for flowdiagram. I første fase blev søgeresultaterne fra PsycINFO og PubMed gennemgået for artikelduplikationer via referenceprogrammet Endnote. I denne fase blev der ekskluderet 151 artikler, hvorved der var 546 søgeresultater tilbage. Herefter blev programmet Covidence anvendt til systematisk at identificere og udvælge relevante artikler. I anden fase af udvælgelsesprocessen blev søgeresultaterne gennemgået, og artiklerne blev inkluderet eller ekskluderet på baggrund af titel og abstract. I denne fase blev der ekskluderet 504 artikler, hvorved der var 42 artikler tilbage. De tilbageværende 42 artikler blev gennemlæst under udvælgelsesprocessens tredje fase. Artiklerne blev vurderet ud fra følgende inklusionskriterier:

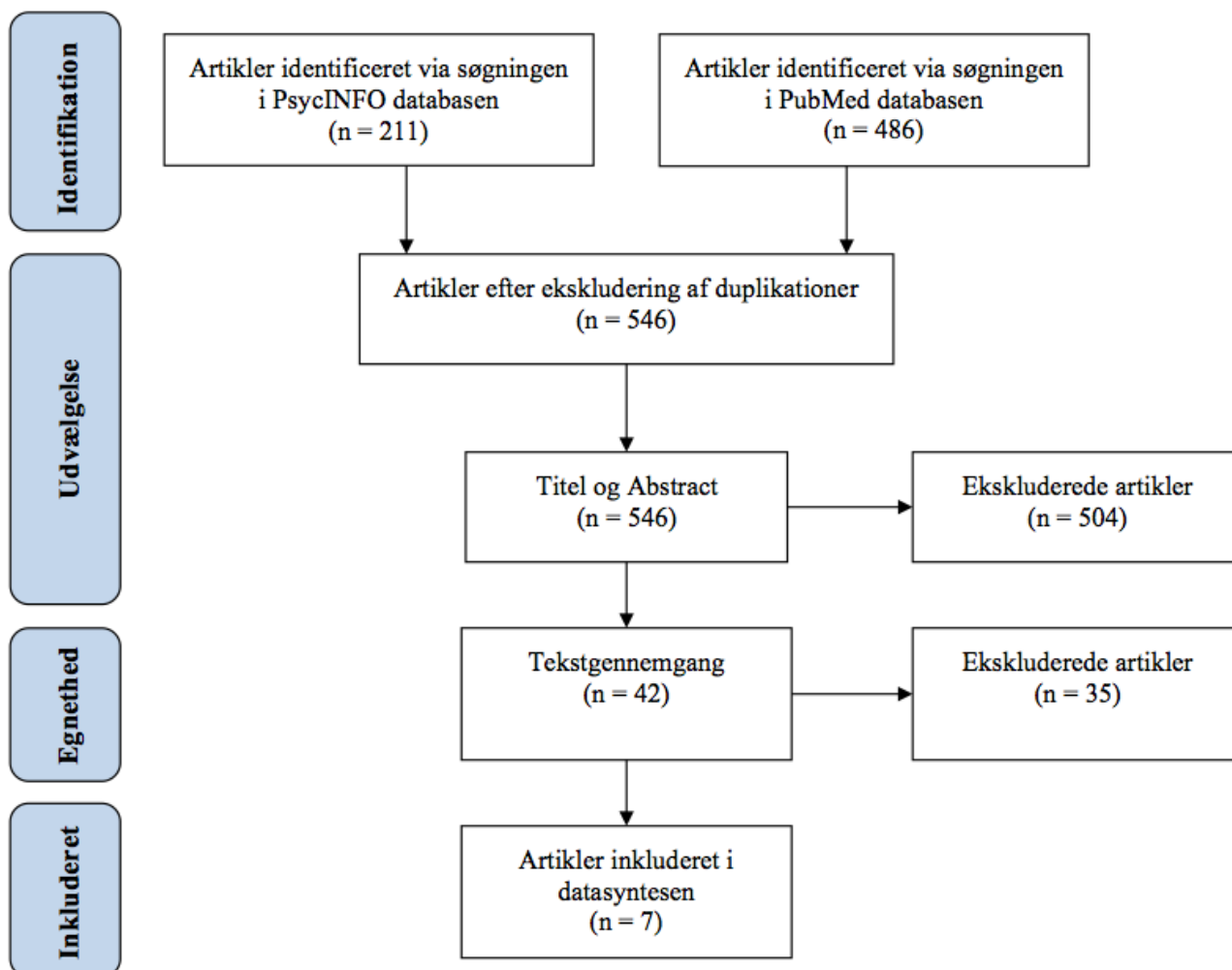
- Artiklen beskriver en SDM-tilgang, der anvendes i interaktionen mellem kliniker og patient.
- Artiklen er baseret på et randomiseret kontrolleret studiedesign (eng: RCT) eller quasi-randomiseret kontrolleret studiedesign (eng: q-RCT). Cochrane anbefaler inddragelse af q-RCT, såfremt der identificeres færre end fem RCT-studier inden for det pågældende område.
- Artiklen tager udgangspunkt i forsøgsdeltagere med en psykisk lidelse ifølge diagnosekriterierne fra ICD (World Health Organisation, 2019) eller DSM (American Psychological Association, 2019a) diagnosemanualerne eller andet valideret screeningsredskab.

- Artiklen tager udgangspunkt i forsøgsdeltagere over 16 år, som var i stand til at deltage i den kliniske beslutningsproces.

Hvis artiklerne ikke opfyldte inklusionskriterierne, blev de ekskluderet. Derudover blev en artikel ekskluderet, hvis den omhandlede livsafsluttende behandling, hvis den var en studieprotokol uden resultater, hvis den ikke var publiceret i et peer-reviewed tidsskrift eller hvis interventionen alene var anvendelsen af et beslutningsværktøj. Eftersom det ikke var muligt at begrænse søgningen i PubMed databasen til artikler udgivet i peer-reviewed tidsskrifter, blev det i tredje fase af udvælgelsesprocessen manuelt undersøgt, om artiklerne var publiceret i tidsskrifter med peer-review.

Som følge af udvælgelsesprocessen inkluderes syv artikler i litteraturgennemgangen. Der blev foretaget kædesøgninger baseret på referencelisterne fra de inkluderede artikler samt andet litteratur identificeret ud fra søgningen. Kædesøgningerne førte ikke til identificering af yderligere relevante artikler. Nedenstående litteraturgennemgang er baseret på dataudtræk fra de syv artikler. Dataudtrækkene fulgte en prædesignet blanket, se bilag 1.

Figur 4 : Flowdiagram



Figur 4. Flowdiagram over udvælgelsesprocessen.

Duplikationer af identificerede artikler blev fjernet før, artiklerne blev screenet og udvalgt på baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne. I første omgang tog udvælgelsesprocessen udgangspunkt i artiklernes titel og abstract, hvorefter relevante artikler blev gennemlæst.

## Analyse

### Karakteristika ved de inkluderede studier

Herunder vil karakteristika ved de inkluderede studier blive uddybet, for et hurtigt overblik se tabel 5. De syv inkluderede artikler beskriver fem forskellige studier, hvor en SDM-intervention blev anvendt under en klinisk konsultation vedrørende beslutninger om behandlingsvalg eller mål



for behandlingen. Studierne blev udført i henholdsvis Holland, Tyskland, USA og Japan i perioden 2006-2017. Tre af studierne blev udført i en sekundær behandlingskontekst, mens to af studierne blev udført i en primær behandlingskontekst.

*Design og population.* Alle studierne tog udgangspunkt i et RCT studiedesign, hvoraf to studier optræder som pilotstudier. Et af studierne undersøgte effekten af SDM i behandlingen af depression med en sample på 405 patienter (Loh, Simon, et al., 2007). Depression var diagnosticeret ud fra Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ-D; Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999), der faciliterer en diagnosticering ud fra DSM-IV kriterierne. Et studie undersøgte effekten af SDM i behandlingen af misbrugslidelser med en sample på 220 patienter. Misbrugslidelserne var diagnosticeret ud fra DSM-IV-TR kriterierne (Joosten, de Jong, de Weert-van Oene, Sensky, & van der Staak, 2009). Et af studierne undersøgte effekten af SDM i behandlingen af PTSD med en sample på 27 patienter (Mott, Stanley, Street, Grady, & Teng, 2014). PTSD var diagnosticeret ud fra PTSD Checklist (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993). To af studierne undersøgte effekten af SDM i behandling af skizofreni. Det ene studie havde en sample på 113 patienter (Hamann et al., 2006), mens det andet studie havde en sample på 24 patienter (Ishii et al., 2017). I begge studier var skizofreni diagnosticeret ud fra ICD-10 kriterierne.

Alle studierne anvendte en kontrolgruppe, der bestod af patienter med samme lidelse som forsøgsgruppen. Kontrolgrupperne blev behandlet med behandlingsstedets vanlige behandling for den pågældende lidelse.

De primære og sekundære effektmål varierede på tværs af studierne men kan inddeles i kategorierne; patientdeltagelse, patienttilfredshed, behandlingskomplians, kliniske resultater og andre relevante mål herunder konsultationstid, patientens vidensniveau og arbejdsalliance.

*Patientdeltagelse.* Som mål for patientdeltagelse anvendte et af studierne (Loh, Simon, et al., 2007) Patients' Perceived Involvement in Care Scale (PISC; Lerman et al., 1990) og Man-Son-

Hing-scale (MSH-scale; Man-Son-Hing et al., 1999). Et andet studie (Hamann et al., 2006) anvendte The Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness (COMRADE; Edwards et al., 2003) samt en Patient Performance 5-point likert-skala udviklet af studiets forskere til at måle patientens interesse i SDM-sessionen. Tre studier undersøgte ikke graden af patientdeltagelse (Ishii et al., 2017; Joosten et al., 2009; Mott et al., 2014).

*Patienttilfredshed.* Tre studier anvendte mål for patienttilfredshed (Hamann et al., 2006; Ishii et al., 2017; Loh, Simon, et al., 2007). Alle tre studierne anvendte kulturtilpassede versioner af The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). Et studie undersøgte klinikerens tilfredshed via en 5-point likert-skala udviklet til formålet (Hamann et al., 2006).

*Behandlingskomplians.* Som mål for behandlingskomplians anvendte Loh og kollegaer (2007) en skala, de havde udviklet til formålet, baseret på en 5-point likert-skala, der adresserer tilslutning til behandlingsplanen ud fra patientens og klinikerens perspektiv. Hamann og kollegaer (2006) anvendte Drugs Attitude Inventory (DAI; Awad, 1993) som et udtryk for patientens komplians til den medicinske behandling ved udskrivningstidspunktet. Derudover anvendte Hamann og kollegaer (2007) en algoritme til at vurdere behandlingskomplians ved opfølgningstidspunktet. Algoritmen beregnede behandlingskomplians ud fra klinikerrapportering (4-point likert-skala), patientrapportering via Medication Adherence Rating Scale (MARS; K. Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000) og plasmaniveau af antipsykotiske medikamenter. Som mål for behandlingskomplians anvendte Ishii og kollegaer (2017) ligeledes DAI samt informationer fra patientens kliniske journal. Mott og kollegaer (2014) indhentede information vedrørende behandlingskomplians via patientens kliniske journal.

*Kliniske resultater.* Det kliniske udbytte blev i nogle studier målt via måleinstrumenter og -skalaer, der adresserer sværhedsgraden af den pågældende lidelse, mens andre studier målte et mere overordnet klinisk udtryk i form af livskvalitet eller generelt funktionsniveau. I studiet af Loh og kollegaer (2007) blev depressionssværhedsgrad målt via Brief PHQ-D (Spitzer et al., 1999). Joosten og kollegaer (2009) målte sværhedsgraden af misbrugslidelsen via European Addiction Severity Index (EuropASI; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980) og Composite International Diagnostic Interview, Substance Abuse Module (CIDI-SAM; Compton, Cottler, d'Orsey, Spitznagel, & Mager, 1996). Derudover inddrog studiet EuroQol-5D (EQ-5D; Lamers, Stalmeier, McDonnell, Krabbe, & van Brunschbach, 2005) som mål for patientens livskvalitet (Joosten et al., 2009). I studiet af Hamann og kollegaer (2006) blev sværhedsgraden af skizofrenidiagnosen målt via Positive And Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Ved opfølgningstidspunktet blev genindlæggelsesraten samt måleinstrumenterne Global Assessment of Functioning (GAF; Hall, 1995) og Clinical Global Impression scale (CGI; Haro et al., 2003) anvendt til at vurdere det kliniske udbytte (Hamann, Cohen, Leucht, Busch, & Kissling, 2007). Ishii og kollegaer (2017) anvendte ligeledes GAF til at måle sværhedsgraden af skizofreni hos forsøgsparticipanterne.

*Andre relevante mål.* Af andre effektmål blev Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) anvendt i et studie til at måle kvaliteten af den terapeutiske relation (Hamann et al., 2006), to studier målte tidsforbrug per konsultation (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007) og to studier registrerede, hvilke behandlingstiltag den kliniske konsultation førte til (Hamann et al., 2006; Mott et al., 2014). Et studie undersøgte patientens vidensniveau i relation til deres lidelse og behandlingsmuligheder (Hamann et al., 2006) og et studie undersøgte (Joosten, De Jong, de Weert-van Oene, Sensky, & van der Staak, 2011) klinikernes og patienternes

interpersonelle relationsstil via måleinstrumentet Interpersonal Checklist – Revised (ICL-R; La Forge & Suczek, 1955).

## Tabel 5: Inkluderede studier

Tabel 5. Oversigt over studier inkluderet i litteraturgennemgangen.

Note.  $p = 0.05$ ; **T1** = Måletidspunkt 1; **T2** = Måletidspunkt 2; **T3** = Måletidspunkt 3; **T4** = Måletidspunkt 4; **T5** = Måletidspunkt 5; **N** = interventionsgruppen; **N<sub>kon</sub>**=kontrolgruppen

**API** = Autonomy Preference Index; **Brief PHQ-D** = Brief Patient Health Questionnaire - Depression; **CGI** = Clinical Global Impression scale; **CIDI-SAM** = Composite International Diagnostic Interview, Substance Abuse Module; **COMRADE** = The Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making Effectiveness; **CSQ-8** = Client Satisfaction Questionnaire; **DAI** = Drugs Attitude Inventory; **EuropASI** = European Addiction Severity Index; **EQ-5D** = EuroQol-5D; **GAF** = Global Assessment of Functioning; **ICL-R** = Interpersonal Checklist - Revised; **MARS** = Medication Adherence Rating Scale; **MSH-scale** = Man-Son-Hing-scale; **NO** = hypernormal-responsible; **PANSS** = Positive And Negative Syndrome Scale for Schizophrenia; **PCL** = PTSD Checklist; **PICS** = Patients' Perceived Involvement in Care Scale; **PICS-DF** = Patients' Perceived Involvement in Care Scale - Doctor facilitation; **PICS-IS** = Patients' Perceived Involvement in Care Scale - Information seeking; **WAI** = Working Alliance Inventory.

Studie	Design	Sample karakteristika	N=	Måleredskaber	Opfølgning	Relevante resultater
<b>Hamann et al., 2006</b>	Cluster-RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skizofreni (ICD-10)</li> <li>- Alder: 18-65 år.</li> <li>- 47 % kvinder</li> <li>- Tyskland</li> <li>- Sekundær behandlingssektor</li> <li>- Beslutning vedrørende terapeutisk og/eller medicinsk behandling.</li> <li>- Kontrolintervention: vanlig behandling</li> </ul>	N= 49 N <sub>kon</sub> =58	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PANSS</li> <li>- WAI</li> <li>- API</li> <li>- DAI</li> <li>- COMRADE</li> <li>- CSQ-8</li> <li>- Klinikerens tilfredshed målt via en 5-point likert-skala (udviklet til formålet)</li> <li>- Konsultationstid</li> <li>- Behandlingstiltag</li> <li>- Patientens vidensniveau målt via en 5-point likert-skala (udviklet til formålet)</li> </ul>	T1: Præmålinger inden den kliniske konsultation.  T2: Postmålinger lige efter den kliniske konsultation.  T3: Postmålinger ved udskrivningstidspunktet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienterne fra SDM-interventionen følte sig signifikant mere involveret i beslutningerne end patienterne fra kontrolgruppen ved T2 (COMRADE) (main effect group <math>p=0.03</math>), dette mål var dog ikke signifikant ved T3 (main effect group <math>p=0.18</math>).</li> <li>- Patienterne fra SDM-interventionen havde signifikant mere viden om deres lidelse og behandlingsmuligheder end patienterne fra kontrolgruppen ved T3 (main effect group <math>p=0.01</math>)</li> <li>- Patienterne fra SDM-interventionen udviste en tendens til mere positive attituder overfor medicinering end patienterne fra kontrolgruppen, denne tendens var dog ikke signifikant (<math>p=0.06</math>)</li> <li>- SDM-interventionen førte ikke til signifikante forskelle i patienttilfredshed ved T3 (CSQ-8) (main effect group <math>p=0.42</math>),</li> </ul>

						<p>men SDM-interventionen førte til en signifikant forskel i klinikerens tilfredshed med behandlingsforløbet (5-point scale, means 3.8/3.5, <math>p=0.02</math>).</p> <p>- SDM-interventionen førte ikke til et bedre klinisk resultat (PANNS) (Means 58.0/59.3, <math>p &gt; 0.05</math>), bedre arbejdsalliance WAI (means 60.6/60.9 <math>p &gt; 0.05</math>) eller øget konsultationstid (means in min/week 64/60, <math>p &gt; 0.05</math>)</p> <p>- Psykoterapi (<math>p=0.004</math>) og psykoedukation (<math>p=0.003</math>) blev anvendt signifikant oftere som følge af SDM-interventionen, men der blev ikke fundet nogle forskelle i anvendelsen af medicin eller antal medicinskift mellem de to grupper.</p> <p><i>-Ifølge klinikerne udviste 80 % af patienterne fra SDM-gruppen interesse for de præsenterede informationer, og 72 % patienterne fra SDM-gruppen udviste interesse for at deltage i beslutningsprocessen.</i></p>
<b>Hamann et al., 2007</b>	<i>Se Hamann et al., 2006</i>	<i>Se Hamann et al., 2006</i>	<p><i>Patienternes deltagelse i konsultationen blev vurderet ud fra en 5-point likert-skala udviklet til formålet, men det var kun for patienterne i SDM-gruppen.</i></p> <p>- GAF - CGI - Behandlingskomplians blev målt via rapportering fra patient (MARS) og kliniker (4-point likert-skala) samt et mål af medicinindhold i blodet. - Genindlæggelse blev fastsat via patientens kliniske journal.</p>	<p>T4: Postmålinger 6 måneder efter udskrivningstidspunktet.</p> <p>T5: Postmålinger 18 måneder efter udskrivningstidspunktet.</p>	<p>- Ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.</p> <p>- 49 % af hele forsøgsgruppen (<math>n=42</math>) udviste en god behandlingskomplians ved T4 og 59 % procent af hele forsøgsgruppen (<math>n=40</math>) udviste fortsat en god behandlingskomplians ved T5.</p> <p>- 49 % af hele forsøgsgruppen (<math>n= 39</math>) blev genindlagt inden for 18 måneder efter udskrivningstidspunktet. SDM-intervention viste en positiv tendens (<math>OR=0.19</math>, <math>p=.08</math>) i forhold til færre genindlæggelser, denne</p>	

						tendens var dog ikke signifikant.
<b>Loh et al., 2007</b>	Cluster - RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depression (Brief PHQ-D/DSM-IV)</li> <li>- Alder: M= 45,7 år</li> <li>- 73,4 % kvinder</li> <li>- Tyskland</li> <li>- Primær behandlingssektor</li> <li>- Beslutning vedrørende behandling (ikke specificeret)</li> <li>- Kontrolintervention: vanlig behandling</li> </ul>	N= 263 N <sub>kon</sub> =142	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brief PHQ-D</li> <li>- CSQ-8</li> <li>- MSH-scale</li> <li>- PICS</li> <li>- Konsultationstid</li> <li>- Behandlingskomplians målt via en 5-point likert-skala rapportering af patient og kliniker (udviklet til formålet).</li> </ul>	T1: Præmålinger lige efter den kliniske konsultation.  T2: Postmålinger 6-8 uger efter den kliniske konsultation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienterne i SDM-gruppen rapporterede deres involvering som signifikant højere end patienterne fra kontrolgruppen målt via PISC-DF (group x time interaction p=0.028). Patientdeltagelse målt via PICS-IS og MSH-scale viste ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.</li> <li>- Der var ingen mål, der indikerede, at SDM-interventionen førte til øget behandlingskomplians (Patients assessment: group x time interaction p=0.784; Physicians assessment group x time interaction p=0.476).</li> <li>- Ved behandlingens afslutning rapporterede patienterne fra SDM-interventionen en signifikant højere tilfredshed med behandlingen end patienterne fra kontrolinterventionen (main effect group p=0.014).</li> <li>- Konsultationstiden ændrede sig ikke signifikant som følge af SDM-interventionen (group x time interaction, p=0.758).</li> <li>- Det kliniske resultat ændrede sig ikke signifikant som følge af SDM-interventionen (group x time interaction, p=0.758).</li> </ul>
<b>Joosten et al., 2009</b>	Cluster-RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misbrugslidelser (DSM-IV-TR)</li> <li>- Alder: M = 34,5 år</li> <li>- 27,8 % kvinder</li> </ul>	N=111 N <sub>kon</sub> =109	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EuropASI</li> <li>- CIDI-SAM</li> <li>- EQ-5D</li> </ul>	T1: Præmålinger inden den kliniske konsultation.  T2: Postmålinger 8 uger inde i	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der var ingen signifikant forskel mellem de to grupper i forhold til afholdenhed (<math>\chi^2 = 0.06</math>, p=0.89) eller tilstedeværelsen af en misbrugsdiagnose ved T3 (<math>\chi^2 = 0.30</math>, p=0.68).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Holland</li> <li>- Sekundær behandlingssektor</li> <li>- Beslutning vedrørende mål for behandling (<i>behandlingen tog udgangspunkt i CBT-teknikker</i>)</li> <li>- Kontrolintervention: vanlig behandling</li> </ul>		<p>behandlingsforløbet.</p> <p>T3: Postmålinger 3 måneder efter afsluttet behandlingsforløb.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begge interventioner førte til en signifikant reduktion af antal misbrugsdage (<math>F_{1,124} = 248.38, p &gt; 0.01</math>), men der var ingen forskel mellem de to forsøgsgrupper (<math>F_{1,124} = 0.11, p = 0.75</math>).</li> <li>- Begge interventioner førte til signifikante forbedringer i relation til misbrugssværhedsgrad (CIDI-SAM) (<math>F_8 = 27.76, p &lt; 0.01</math>), men der var ingen forskel mellem de to forsøgsgrupper (<math>F_{1,124} = 1.44, p = 0.18</math>).</li> <li>- Patienterne i SDM-interventionen udviste signifikant forbedring i relation til kontrolinterventionen på delmål for EuropASI: "misbrug" (<math>F_{1,164} = 7.40, p &lt; 0.01</math>) og "psykologisk-emotionelle problemer" (<math>F_{1,164} = 5.91, p = 0.02</math>).</li> <li>- Begge interventioner førte til signifikante forbedringer i relation til livskvalitet på EQ-5D (<math>F_{2,146} = 5.66, p &lt; 0.01</math>) og VAS (<math>F_{2,126} = 9.313, p &lt; 0.01</math>), men der var ikke nogen signifikante forskelle mellem de to grupper (<math>F_{2,146} = 0.02, p = 0.98</math>).</li> </ul>
<p><b>Joosten et al., 2011</b></p>	<p><i>Se Joosten et al., 2009</i></p>	<p><i>Se Joosten et al., 2009</i></p>	<p>- ICL-R</p>	<p><i>Se Joosten et al., 2009</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle interpersonelle relationsstile (undtagen NO) ændrede sig signifikant mellem baseline og opfølgningstidspunktet for patienterne i begge forsøgsgrupper.</li> <li>- Interpersonel relationsstil hos patienterne fra SDM-gruppen ændrede sig til at være signifikant mere autonom sammenlignet med patienterne fra kontrolgruppen (ændringer i kontrol-dimensionen mellem de to grupper <math>F(2, 148) = 5.44, p &lt; .01</math>).</li> </ul>



						<p>- Patienterne fra SDM-gruppen oplevede også en stigning i udadvendt interpersonel adfærd (ændringer i social-udadvendt adfærdsstil mellem de to grupper, <math>F(2, 148) = 5.01, p &lt; .01</math>), mens patienterne fra kontrolgruppen oplevede en stigning i reserverede interpersonel adfærd (ændringer i stiltiende og reserverede adfærdsstil mellem de to grupper <math>F(2, 148) = 4.31, p &lt; .05</math>).</p> <p>- Forskellen mellem klinikerens og patientens adfærdsstil ved baseline forklarer 14 % af variansen i patienternes ændrede adfærdsstil i relation til autonomi og kontrol (<math>\beta = -0.36, p &lt; .001</math>), mens forsøgsgruppen kun forklarer 2 %.</p> <p>- Forskellen mellem klinikerens og patientens adfærdsstil ved baseline forklarer 24 % af variansen i patienternes ændrede adfærdsstil i relation til tilknytning (<math>\beta = -0.48, p &lt; .001</math>), mens forsøgsgruppen kun kan forklare 2 %.</p> <p>- Der var ikke nogen signifikante ændringer i klinikernes interpersonelle relationsstil på tværs af forsøgsgrupperne. Som gruppe udviste klinikerne en stigning i aggressiv adfærdsstil (<math>F(1, 29) = 4.75, p &lt; .05</math>) og i autonom adfærdsstil (<math>F(1, 29) = 4.09, p &lt; .05</math>) samt en reduktion i ansvarsfuld adfærdsstil (<math>F(1, 29) = 7.09, p &lt; .01</math>).</p>
<b>Mott et al., 2014</b>	Pilot-RCT	- PTSD (PCL) - Alder: M=29.3 år	N=13 N <sub>kon</sub> =14	- Information blev trukket fra patienternes kliniske journaler: Behandlings-præference	T1: (studiet foretog ikke præmålinger ved interventionens start)	- 67 % af SDM-gruppen valgte en evidensbaseret behandling i kontrast til 0 % af kontrolgruppen.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 % kvinder</li> <li>- USA</li> <li>- Primær behandlingssektor</li> <li>- Beslutning vedrørende terapeutisk behandling</li> <li>- Kontrolintervention: vanlig behandling</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstart af terapi</li> <li>Terapiform</li> <li>Udeblivelser</li> <li>Behandlingskomplians</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>T2: Postmålinger 4 måneder efter den kliniske konsultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der var 44% fra SDM-gruppen og 45 % fra kontrolgruppen, der valgte at starte i behandling.</li> <li>- Alle patienterne fra SDM-gruppen (n=4), der startede i behandling, deltog i alle behandlingssessionerne, mens 20 % af patienterne fra kontrolgruppen (n=5), der startede i behandling, deltog i alle behandlingssessionerne.</li> <li>- Af patienter med mindst én aftalt terapisesion var gennemsnittet for udeblivelser hos SDM-gruppen (n=7) 1.9 (SD=1.9) og hos kontrolgruppen (n=7) 1.3 (SD=0.9).</li> <li><i>(OBS. Meget lille sample og dermed ingen statistiske mål.)</i></li> </ul>
<b>Ishii et al., 2017</b>	Pilot-RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skizofreni (ICD-10)</li> <li>- Alder: 16-65 år.</li> <li>- 32,5 % kvinder</li> <li>- Japan</li> <li>- Sekundær behandlingssektor</li> <li>- Beslutning vedrørende ugentlig behandlingsplan (ikke specificeret)</li> <li>- Kontrolintervention: vanlig behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N= 9</li> <li>N<sub>kon</sub>= 13</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSQ-8</li> <li>- DAI</li> <li>- GAF</li> <li>- Behandlingskomplians blev fastsat via patientens kliniske journal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>T1: Præmålinger inden den kliniske konsultation.</li> <li>T2: Postmålinger ved udskrivningstidspunktet.</li> <li>T3: Postmålinger 6-måneder efter udskrivningstidspunktet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.</li> <li><i>(OBS. Meget lille sample, hvilket kan have ført til reduceret statistisk power)</i></li> </ul>

### **Kvaliteten af de inkluderede studier**

Studierne undersøgte effekten af en SDM-intervention i mødet mellem patient og kliniker, men de anvendte forskellige SDM-interventioner. Derudover varierer studierne i opbygning og udførelse af deres RCT studiedesign, hvilket kan have betydning for kvaliteten af de enkelte studier.

### **Kvaliteten af SDM-interventionerne**

I tre af studierne var SDM-interventionen udviklet til at understøtte en fælles beslutning mellem kliniker og patient vedrørende valg af behandling under en enkelt konsultation (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007; Mott et al., 2014). I to studier var interventionen udviklet til at understøtte en fælles beslutningsproces mellem kliniker og patient, der løbende blev genoptaget over flere kliniske møder (Ishii et al., 2017; Joosten et al., 2009). I fire af studierne var hensigten at nå frem til en fælles beslutning vedrørende behandlingstiltag. I studiet af Mott et al. (2014) tog behandlingsmulighederne udgangspunkt i tre forskellige terapeutiske tilgange samt psykoedukation. Patienterne i studiet af Hamann et al. (2006) blev præsenteret for behandlingsformer som antipsykotiske medicin, psykoterapi og psykoedukation. I studiet af Loh et al. (2007) og Ishii et al. (2017) er behandlingsmulighederne ikke specificeret. I det sidste studie var hensigten at nå frem til en fælles beslutning vedrørende behandlingsmål og dermed indirekte en fælles beslutning vedrørende behandlingstiltag (Joosten et al., 2009). Joosten og kollegaer (2009) anvendte en ustruktureret kognitiv adfærdsterapeutisk ramme for deres behandlingstilbud. Patienterne blev præsenteret for mulige behandlingsmål, som guidede valget af specifikke terapeutiske tiltag.

Alle studierne inddrog træning af klinikerens i SDM. I et studie var klinikerens trænet i SDM via rollespil og videomateriale (Loh, Simon, et al., 2007), og i tre af studierne var klinikerens trænet i SDM ud fra en protokol (Ishii et al., 2017; Joosten et al., 2009; Mott et al., 2014). Af de tre studier inkluderede to af studierne supervision af klinikerens i anvendelse af protokollen (Ishii et al., 2017;

Joosten et al., 2009). Derudover var der et studie, hvor klinikerne fik træning i specifikke kommunikationsteknikker, der kan relateres til SDM (Hamann et al., 2006).

Studierne inddrog forskellige redskaber og rekvisitter i deres SDM-intervention. Der blev anvendt beslutningsværktøjer i tre studier (Ishii et al., 2017; Loh, Simon, et al., 2007; Mott et al., 2014). De tre beslutningsværktøjer indeholdte informationer vedrørende behandlingsmuligheder samt fordele og ulemper associeret med behandlingerne. Et af beslutningsværktøjerne indeholdte også information om lidelsesspecifikke symptomer (Loh, Simon, et al., 2007). To studier valgte at imitere anvendelsen af beslutningsværktøjer ved at inkorporere anvendelsen af spørgeskemaer i deres SDM-interventioner. Det ene studie inkorporerede spørgeskemaet Camberwell Assessment of Needs (CAN; Phelan, Slade, Thornicroft, Dunn, & Holloway, 1995) som et redskab til at identificere behandlingsmål. CAN indeholder beskrivelser af 24 livsområder, hvor der kan eksistere problemer hos personer med en psykisk lidelse (Joosten et al., 2009). Det andet studie inkorporerede et spørgeskema udviklet til at vurdere patientens perception af den nuværende behandling (Ishii et al., 2014).

Af andre rekvisitter anvendte to studier en beslutningstavle under det kliniske møde (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007), og Joosten et al. (2009) anvendte Q-sort kort som et visuelt supplement til CAN. I tre studier blev patienterne opfordret til aktivt at deltage i beslutningsprocessen (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007; Mott et al., 2014), og i tre studier blev den endelige beslutning gjort eksplicit via en behandlingskontrakt (Joosten et al., 2009) eller en behandlingsoversigt (Ishii et al., 2014; Loh, Simon, et al., 2007).

Kvaliteten af de anvendte SDM-interventioner er vurderet ud fra de fire nøglekarakteristika, Charles og kollegaer (1997) angiver i deres definition af SDM, se tabel 6. Kvaliteten af SDM-interventionerne ligger mellem 2,5 og 3,5, hvorved kvaliteten af interventionerne vurderes høj ud fra et teoretisk perspektiv.

**Tabel 6: Kvaliteten af SDM-interventionerne**

Elementer af SDM: (Charles et al., 1997)	Hamann et al., 2006 + 2007	Loh et al., 2007	Joosten et al., 2009 + 2011	Mott et al., 2014	Ishii et al., 2017
1) Mindst to parter er involveret	+	+	+	+	+
2) Begge parter faciliterer beslutningsprocessen*	+/?	+/?	+/?	+/?	+/?
3) De to parter deler oplysninger og præferencer om behandlingsmulighederne	+	+	- (fokus på behandlingsmål)	+	+
4) Enighed om behandlingstiltag	+	+	+	+	+
<b>I alt:</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>	<b>2,5</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>
<b>Andet:</b>					
Træning af kliniker:	+	+	+	+	+
Beslutningsværktøj	+(DA)	+(DA)	+(spørgeskema + Q-sort kort)	+(DA)	+(spørgeskema)
Supervision af kliniker	-	-	+	-	+
Antal SDM-konsultationer	1	1 (M=31.4 min. SD=15.1 min)	5	1 (30 min.)	2-5 (15-20 min.)
Opfordring til patientinvolvering	+	+	-	+	-

*Tabel 6.* Kvaliteten af studiernes SDM-interventioner.

Hvis artiklen lever op til de pågældende kriterier, angives det som positivt (+), mens det angives som negativt (-), hvis artiklen ikke lever op til de pågældende kriterier. I de tilfælde hvor det er uklart, hvorvidt artiklen lever op til kriterierne, er det angivet som (?). Kriterierne blev anvendt ud fra tilgangen til kvalitetsvurdering af SDM udformet af Joosten et al. (2008).

\*Det er ikke tydeligt ud fra de pågældende artikler, hvorvidt patienten valgte at deltage i beslutningsprocessen.

### Kvaliteten af studiernes metode

Kvaliteten af de inkluderede studier, i relation til metodologisk kvalitet og risiko for bias, er vurderet ud fra kriterier udformet af Cochrane (Furlan et al., 2009). Studierne er alle baseret på et

RCT studiedesign, som er et design associeret med et højt evidensniveau og metodologisk kvalitet (Rosenberg et al., 2016). Som tabel 7 illustrerer, er antallet af kilder til bias højt på tværs af studierne. Forekomsten af bias er forbundet med udførelsen af studiet og kan anses som et udtryk for reduceret metodologisk kvalitet (Hansen, Hróbjartsson, & Brorson, 2007). Generelt er studierne påvirket af udførelsen i en klinisk, naturalistisk kontekst, hvilket blandt andet har betydning for kvaliteten af studiernes randomiseringsproces. Tre af studierne var opbygget som gruppe-randomiserede studier, hvor enten klinikerne eller behandlingsstedet var randomiseret til henholdsvis SDM-interventionen eller den vanlige behandling. Randomiseringen i studiet af Hamann et al. (2006) lever ikke op til Cochranes krav om tilfældighedsprincippet (Furlan et al., 2009), da afdelingerne blev parret, før de blev randomiseret til interventions- eller kontrolgruppen. I de to resterende studier var det patienten, der blev randomiseret til en af de to grupper. I et af disse studier medførte randomisering på patientniveau, at alle kliniker, på det pågældende behandlingssted, blev oplært i anvendelsen af SDM, hvorved det er muligt, at dette studiedesign har ført til kontamination af SDM-teknikker i kontrolinterventionen. Kontamination af SDM-teknikker i kontrolinterventionen er problematisk i et studie, der søger at fastsætte kausale forhold.

Derudover medførte den kliniske kontekst en utilstrækkelig blindingsprocedure i alle studierne. Grundet naturen af SDM var det ikke muligt at maskere interventionen for klinikerne, der skulle anvende SDM-teknikkerne. Det var endvidere ikke muligt at maskere interventionen for patienterne i SDM-gruppen, hvis kliniske konsultation afveg fra den traditionelle, paternalistiske konsultation. Den utilstrækkelige blindingsprocedure kan have påvirket resultaterne, da de fleste effektmål var baseret på kliniker- og patientrapporteringer, hvorved rapporteringen af resultaterne ikke var blindet.

Baseline karakteristika mellem de to grupper var forskellige ved starttidspunktet i tre af studierne, og to af studierne adresserede ikke hvorvidt, der blev fundet forskelle i baseline

karakteristika. Fire studier foretog præmålinger inden eller lige efter det kliniske møde. Der blev ikke foretaget præmålinger i studiet af Mott et al. (2014). I tre af studierne var tidspunktet for postmålingerne ens for forsøgsparticipanterne i de to forsøgsgrupper. I studierne af Ishii et al. (2017) og Hamann et al. (2006) var måletidspunkterne for de to forsøgsgrupper ikke identiske, da måletidspunkterne afhang af udskrivningstidspunktet for den pågældende patient.

Alle studierne brugte en blanding af validerede og ikke validerede måleredskaber. Ingen af studierne rapporterede resultater på færre effektmål end der var angivet i studiets metodeafsnit, hvilket tolkes som et fravær af selektiv rapportering i alle de inkluderede studier. Derudover anvendte alle studierne en SDM-intervention under mindst en klinisk konsultation og alle studiernes SDM-intervention var af moderat til høj kvalitet (se tabel 6), hvorved tilslutningen til SDM-interventionen findes acceptabel i alle studierne.

Af de fem studier adresseres frafald af forsøgsparticipantere tilstrækkeligt i to studier (Ishii et al., 2017; Joosten et al., 2009), et studie adresserede ikke frafaldsgrunde (Mott et al., 2014) og to studier rapporterer frafaldsrater, der ikke stemmer overens med deres resultattabeller (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007). Hamann et al. (2006)'s analyser er dermed ikke baseret på hele forsøgsgruppen, mens det er muligt, at Loh et al. (2007) har baseret deres analyser på hele forsøgsgruppen men rapporteret frafald utilstrækkeligt. I studiet af Mott et al. (2014) var alle analyserne ikke baseret på hele forsøgsgruppen, eftersom det ikke var alle, der valgte at starte i behandling. Joosten og kollegaers (2009; 2011) analyser er ligeledes ikke baseret på hele forsøgsgruppen.

To studier havde beregnet effect-size (Coolican, 2014) for at identificere, hvor stor forsøgsgruppen skulle være for at demonstrere en signifikant effekt. Joosten og kollegaer (2009) estimerede ud fra litteratur om Motivation Interviewing (Dunn, Deroo, & Rivara, 2001; Rollnick & Miller, 1995), at hver forsøgsgruppe minimum skulle bestå af 77 patienter. Med udgangspunkt i

effektstørrelsen for CSQ-8 rapporteret af Loh et al. (2007) samt et forventet dropout på 10 %, estimerede Ishii et al. (2017), at hver forsøgsgruppe skulle bestå af 29 patienter (Ishii et al., 2014). Rekrutteringen blev dog stoppet præmaturlt grundet det lave antal af indlæggelser på behandlingsstedet (Ishii et al., 2017). Rekrutteringen af patienter i studiet af Mott et al. (2014) blev ligeledes stoppet præmaturlt grundet organisatoriske ændringer på behandlingsstedet.



**Tabel 7: Risiko for bias.**

Kilde til bias: (Furlan et al., 2009)	Hamann et al., 2006+2007	Loh et al., 2007	Joosten et al., 2009 +2011	Mott et al., 2014	Ishii et al., 2017
Tilstrækkelig randomisering	- (behandlingsstedet - parret randomisering)	+ (klinikerne blev randomiseret)	+ (behandlingsstedet blev randomiseret)	+	+
Skjult interventionstildeling	+	- (klinikeren rekrutterede patienterne)	+	+	?
Blindede patienter	-	-	-	-	-
Blindede kliniker	- (ikke muligt grundet træning i SDM)	- (ikke muligt grundet træning i SDM)	- (ikke muligt grundet træning i SDM)	- (ikke muligt grundet træning i SDM)	- (ikke muligt grundet træning i SDM)
Blindede udfaldsvurderer	- (selvrapportering)	- (selvrapportering)	- (selvrapportering)	- (selvrapportering)	- (selvrapportering)
Frafald adresseret tilstrækkeligt	- (uoverensstemmelse mellem rapporterede n)	- (uoverensstemmelse mellem rapporterede n)	+	? (mangler begrundelse for frafald)	+
Analysen er baseret på alle forsøgsdeltagere	-	?	-	-	+
Fravær af selektiv rapportering	+	+	+	+	+
Ens baseline karakteristika	- (men der blev kontrolleret for det statistisk)	- (men der blev kontrolleret for det statistisk)	- (kun et baseline mål var signifikant forskelligt)	?	?
Fravær af eller ens co- interventioner	?	?	?	+	?
Acceptabel kompliance	+	+	+	+	+
Ens tidspunkt for målinger	-	+	+	+	-
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Tabel 7. Risiko for bias i de inkluderede studier.

Kriterierne er baseret på Cochrane anbefalinger (Furlan et al., 2009) og registreringen er baseret scoringssystemet af på Joosten et al. (2008). Hvis artiklen lever op til de pågældende kriterier, angives det som positivt (+), mens det angives som negativt (-), hvis artikler ikke lever op til de pågældende kriterier. I de tilfælde hvor det er uklart, hvorvidt artiklen lever op til kriterierne, er det angivet som (?).

## Resultater

Da de inkluderede studier anvender forskellige SDM-interventioner, og studierne varierer i forhold til patientgruppe samt anvendte måleredskaber, vil litteraturgennemgangen være en beskrivende opsummering af studierne fund. Dataudtræk fra artiklernes tabeller og resultatafsnit fremgår af tabel 5. Fund vurderes som signifikante ud fra et signifikansniveau på  $p \leq 0.05$ .

*Patientdeltagelse.* I studiet af Loh et al. (2007) blev der fundet en signifikant forskel mellem de to grupper på mål for patientdeltagelse. Patientdeltagelse målt via PICS – Doctor facilitation viste, at patienterne fra SDM-gruppen følte sig signifikant mere involveret end patienterne fra kontrolgruppen. Der blev ikke fundet nogen signifikant forskel mellem SDM-gruppen og kontrolgruppens deltagelse i den kliniske konsultation, når patientdeltagelsen blev målt via MSH-scale eller PICS - Information seeking. I studiet af Hamann et al. (2006) viste måleinstrumentet COMRADE, at patienterne fra SDM-interventionen følte, at de var signifikant mere involveret i beslutningsprocessen end patienterne fra kontrolinterventionen. Klinikerne fra samme studie rapporterede, at 80 % af patienterne fra SDM-gruppe udviste interesse for de præsenterede informationer, og at 72 % af patienterne fra SDM-gruppen udviste interesse for at deltage i beslutningsprocessen. På udskrivningstidspunktet blev der ikke længere fundet en signifikant forskel i oplevelsen af involvering mellem de to grupper. De resterende tre studier undersøgte ikke patientdeltagelse (Ishii et al., 2017; Joosten et al., 2009; Mott et al., 2014).

*Patienttilfredshed.* Tre studier undersøgte effekten af SDM på patientens behandlingstilfredshed. Ved behandlingens afslutning rapporterede patienterne fra SDM-interventionen en signifikant højere tilfredshed end patienterne fra den sædvanlige behandling i studiet af Loh et al. (2007). I studierne af Hamann et al. (2006) og Ishii et al. (2017) førte SDM-interventionen ikke til en signifikant højere patienttilfredshed. I studiet af Hamann et al. (2006)

førte SDM-interventionen derimod til en signifikant stigning i klinikerens tilfredshed med de endelige behandlingstiltag.

*Behandlingskomplians.* I to af studierne var der ingen mål, der indikerede, at SDM-interventionen førte til øget behandlingskomplians (Ishii et al., 2017; Loh, Simon, et al., 2007). Studiet af Hamann et al. (2006) viste, at patienter fra SDM-interventionen udviste mere positive attituder overfor medicinering end kontrolgruppen, men forskellen mellem de to grupper var ikke signifikant. Ved opfølgningstidspunkterne blev der ligeledes ikke fundet en forskel i behandlingskomplians hos de to grupper (Hamann et al., 2007). Mott og kollegaer (2014) viste, at SDM-interventionen ikke førte til en stigning i antallet af patienter, der påbegyndte behandling. Samme studie viste, at af de, der påbegyndte behandling, deltog 100 % af patienterne fra SDM-gruppen i alle behandlingssessionerne, mens kun 20 % af patienterne fra kontrolgruppen deltog i alle behandlingssessionerne. Resultaterne af Mott og kollegaer (2014) er dog baseret på en meget lille sample, hvorved der ikke er opgivet statistiske mål for forskellen mellem de to grupper. I studiet af Joosten et al. (2009) blev der ikke foretaget mål for behandlingskomplians.

*Kliniske resultater.* Det kliniske udbytte ændrede sig ikke signifikant som følge af SDM-interventionen i tre af studierne (Hamann et al., 2006; Ishii et al., 2017; Loh, Simon, et al., 2007) og et studie adresserede ikke det kliniske udbytte (Mott et al., 2014). I studiet af Joosten og kollegaer (2009) førte begge interventioner til signifikant bedring i graden af misbrug samt antallet af misbrugsdage. Patienterne i SDM-interventionen udviste signifikante forbedringer i relation til kontrolinterventionen på delmålene ”stofmisbrug” og ”psykologiske-emotionelle problemer” fra EuropASI. Interventionerne førte ligeledes til signifikante forbedringer i relation til livskvalitet (Joosten et al., 2009).

*Andre relevante mål.* Fire studier undersøgte effekten af SDM på mål, der ikke kan kategoriseres under patientdeltagelse, patienttilfredshed, behandlingskomplians eller klinisk

udbytte. Hamann et al. (2006) fandt, at patienter fra SDM-interventionen havde signifikant mere viden om deres lidelse og behandlingsmuligheder, på udskrivningstidspunktet, sammenlignet med kontrolgruppen. Samme studie målte på kvaliteten af arbejdsalliancen mellem kliniker og patienten men fandt ingen forskel mellem de to grupper, mens et andet studie undersøgte modificeringer i kliniker og patients interpersonelle relationsstil som følge af SDM (Joosten, De Jong, et al., 2011). Studiet fandt, at patienterne fra SDM-gruppen udviste signifikant mere autonom og udadvendt adfærd end patienterne fra kontrolgruppen. Multiple hierarkisk linearregression viste, at forskelle i kliniker og patients adfærdsstil ved baseline havde en større forklaringsgrad end SDM-interventionen, der kun forklarede 2 % af variansen.

Mott et al. (2014) viste, at SDM-interventionen førte til evidensbaseret behandlingstiltag hos 67 % patienterne, mens den vanlige tilgang førte til evidensbaseret behandlingstiltag hos 0 % af patienterne. Et andet studie viste, at psykoterapi og psykoedukation blev anvendt signifikant mere som behandlingstiltag i SDM-gruppen, og at interventionen ikke førte til forskel i anvendelsen af medicinering i de to grupper (Hamann et al., 2006). Derudover angav to studier, at anvendelsen af SDM-interventionen ikke førte til signifikant stigning i tidsforbrug per konsultation (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007).

## **Diskussion**

Ovenstående resultater indikerer, at den nuværende empiri om effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser er modstridende. De forskellige studiers fund vil blive sammenholdt, og potentielle årsager til den modstridende empiri vil diskuteres med udgangspunkt i kvaliteten af de forskellige SDM-interventioner samt de metodologiske styrker og svagheder, der kendetegner de inkluderede studier.

### **Involvering, tilfredshed, kompliance og klinisk remission**

Anvendelsen af SDM antages at have en positiv effekt på patientens kliniske udtryk, eftersom tilgangen søger at identificere den behandlingsform, der stemmer overens med patientens problemstilling, værdier og behandlingsmål. Involvering af patienten menes at føre til øget behandlingskompliance, som har betydning for symptomreduktion (Loh, Leonhart, Wills, Simon, & Häter, 2007). Af de inkluderede studier var der dog kun et studie, der fandt, at SDM-interventionen førte til signifikante forbedringer på mål for symptomreduktion (Joosten et al., 2009).

Loh et al. (2007) fandt en signifikant højere patientdeltagelse som følge af SDM-interventionen, når patientdeltagelse blev målt via PICS – Doctor facilitation. Det kan tyde på, at anvendelse af en SDM-intervention medfører, at klinikerne i højere grad faciliterer aktiv patientdeltagelse under den kliniske konsultation (Lerman et al., 1990). Patientdeltagelse var ikke signifikant øget ved SDM-gruppen målt via MSH-scale eller PICS- Information seeking. Hvilket tyder på, at SDM-interventionen ikke medførte, at patienten følte sig mere involveret i beslutningen (Man-Son-Hing et al., 1999) eller aktivt søgte informationer under konsultationen (Lerman et al., 1990). At SDM-interventionen ikke medførte, at patienterne søgte mere information under konsultationen, kan betyde, at interventionen ikke forbedrede patientens mulighed for at stille spørgsmål eller at interventionens informationsfase gav patienten tilstrækkelig med information. Eftersom et andet studie fandt, at patienter fra SDM-gruppen havde signifikant mere viden om deres lidelse og behandlingsmuligheder end kontrolgruppen (Hamann et al., 2006), kan det tænkes, at SDM-interventionen opfylder patientens behov for information og derfor ikke fremmer informationssøgende adfærd.

Det er interessant, at patienterne fra SDM-gruppen ikke følte sig involveret i den kliniske beslutning (Loh, Simon, et al., 2007), eftersom andre af de inkluderede studier indikerer, at SDM-interventionen havde betydning for de endelige behandlingstiltag. Hamann et al. (2006) viste, at

psykoedukation og psykoterapi blev valgt signifikant oftere som behandlingstiltag i SDM-gruppen og Mott et al. (2014) viste, at en evidensbaseret behandling blev valgt 67 % oftere i SDM-gruppen. Disse resultater illustrer, at SDM-interventionerne fører til andre behandlingstiltag end kontrolinterventionerne, hvorved patienterne fra SDM-grupperne formodentlig har haft indflydelse på valget af behandlingstiltag. Det er muligt, at variationen i behandlingstiltag ikke er et udtryk for en fælles beslutningsproces men et udtryk for, at klinikerne i højere grad inddrog patientens informationer i den endelige beslutning men fastholdte en paternalistisk beslutningsproces. Denne mulighed understøttes til dels af fundene af Loh et al. (2007). På den anden side viser studiet af Hamann et al. (2006), at patienterne fra SDM-interventionen følte, at de var signifikant mere involveret i beslutningsprocessen end patienterne fra kontrolinterventionen, hvilket understøtter, at SDM-interventioner fører til en fælles beslutningsproces mellem patient og kliniker.

Udover patientdeltagelse vil patienttilfredshed kunne have betydning for en SDM-interventions effekt på behandlingskomplians og klinisk remission (Wills & Holmes-Rovner, 2006). Af de tre studier, der undersøgte patienttilfredshed, var der to studier, der ikke fandt en forskel i tilfredshed hos de to forsøgsgrupper (Hamann et al., 2006; Ishii et al., 2017). I studiet af Hamann et al. (2006) førte SDM-interventionen ikke til en signifikant højere patienttilfredshed på udskrivningstidspunktet. Flere ting, kan have betydning for dette fund. Det er muligt, at oplevelsen af involvering påvirker graden af patienttilfredshed. Patienterne fra SDM-interventionen følte sig signifikant mere involveret i beslutningerne vedrørende behandlingstiltag lige efter det kliniske møde men ikke på udskrivningstidspunktet. Det kan være udtryk for, at patienterne oplevede reduceret involvering i efterfølgende behandlingsinteraktioner, hvilket kan have ført til en reduceret tilfredshed med den samlede behandling. En anden vigtig faktor, i relation til patienttilfredshed i det pågældende studie, er den høje rate af ufrivillige indlæggelser. Hamann og kollegaer (2006)

rapporterede, at der var flere patienter i interventionsgruppen, der var blevet indlagt ufrivilligt end i kontrolgruppen, hvilket kan have betydning for SDM-gruppens behandlingstilfredshed.

I et studie foretaget i en primær behandlingssektor, hvor behandlingen var frivillig, rapporterede patienterne fra SDM-interventionen en signifikant højere tilfredshed end patienterne fra den sædvanlige behandling (Loh, Simon, et al., 2007). I den primære behandlingskontekst var gennemsnitscoren for patienttilfredshed på 28,4 (Loh, Simon, et al., 2007), mens den i de sekundære behandlingskontekster var på 16,35 (Hamann et al., 2006) og 22,9 (Ishii et al., 2017). Dette er dog ikke ensbetydende med, at SDM ikke er anvendelig i en sekundær behandlingssektor, da SDM-interventionen førte til positive behandlingsresultater i studiet af Joosten og kollegaer (2009). Det kan dog tænkes, at SDM-interventionens effekt er afhængig af egenskaberne og effekten af de tilstedeværende behandlingsmuligheder samt hyppigheden af ufrivillige indlæggelser, hvilket muligvis varierer på tværs af de forskellige psykiske lidelser. I alle studierne blev patienttilfredsheden undersøgt via måleinstrumentet QCS-8, som måler på en generel tilfredshed med behandlingsstedet og behandlingsformen (Larsen et al., 1979). Resultaterne vedrørende patienttilfredshed er dermed ikke et udtryk for tilfredshed med SDM-interventionen alene. Det kunne være interessant, hvis studierne havde målt patienternes tilfredshed med SDM-interventionen lige efter den kliniske konsultation for at skelne mellem tilfredshed med det kliniske møde og tilfredshed med behandlingen generelt. Tilfredshed med behandlingen kan være påvirket af, hvorvidt patienten modtager den mest optimale behandling i relation til deres livssituation. Anvendelsen af SDM antages at fremme matchet mellem patient og behandlingsform, men den modstridende empiri i relation til patienttilfredshed sår tvivl om, SDM fører til mere personaliserede og tilfredsstillende behandlingstiltag.

Psykiske lidelser medfører ofte komplekse problemstillinger, der kræver komplekse behandlingstiltag, og en enkel SDM-session er muligvis ikke tilstrækkelig for at tilpasse

behandlingstiltaget til patientens behov. Det ville kunne forklare, hvorfor alle studier ikke fandt en øget tilfredshedsscore eller bedring i klinisk udtryk hos patienterne fra SDM-gruppen sammenholdt med patienterne fra kontrolgruppen. Hvis den rette behandling ikke er blevet identificeret under det kliniske møde, vil det formodentlig både have betydning for patientens tilfredshed med behandlingen samt patientens bedring. Psykiske lidelser skal sidestilles med kroniske lidelser, og beslutninger vedrørende behandling af kroniske lidelser kræver ofte mulighed for at genoverveje og tilpasse behandlingsvalget (Montori et al., 2006). Det er væsentligt at overveje, om SDM kan have en større effekt i behandling af psykiske lidelser, hvis tilgangen anvendes løbende i behandlingen og ikke kun i behandlingens opstartsfasen.

Joosten et al. (2009) fandt, som det eneste studie, en signifikant effekt af en SDM-intervention på det kliniske udtryk hos patienter med misbrugslidelser. Patienterne fra SDM-interventionen oplevede signifikante forbedringer i relation til ”stofmisbrug” og ”psykologiske-emotionelle problemer”. I det pågældende studie forløb SDM-interventionen over fem kliniske konsultationer, hvorved det er muligt, at de mange konsultationer har optimeret behandlingen. Et andet studie anvendte ligeledes en SDM-intervention, der løb over flere sessioner, men studiet fandt ingen signifikante forskelle mellem SDM-gruppen og kontrolgruppen på deres effektmål (Ishii et al., 2017). Eftersom studiet ikke formåede at rekruttere nok patienter til at efterkomme den estimerede størrelse på forsøgsgruppen, kan det ikke udelukkes, at de ikke-signifikante resultater er et udtryk for Type II fejl (Coolican, 2014) og dermed ikke et udtryk for SDM-interventionens reelle effekt. Da studiet har reduceret statistisk power, kan der sættes tvivl ved pålideligheden af studiets resultater.

Det tyder på, at SDM-interventionerne er forbundet med en øget patientdeltagelse (Loh, Simon, et al., 2007), varierende patienttilfredshed (Hamann et al., 2006; Loh, Simon, et al., 2007), højere vidensniveau hos patienten (Hamann et al., 2006) samt alternative behandlingstiltag



(Hamann et al., 2006; Mott et al., 2014). Eftersom Joosten et al. (2009) ikke undersøgte patientdeltagelse, patienttilfredshed eller behandlingskomplians, kan det ikke udledes, hvordan forbedringer i klinisk udtryk og anvendelsen af en flere-sessions SDM-intervention kan relateres til disse mål. Ud fra resultaterne af Mott et al. (2014) kan det tyde på, at anvendelsen af en SDM-intervention kan føre til øget behandlingskomplians, hvorved behandlingen har større chance for at føre til forbedringer på kliniske symptomer. De tre andre studier fandt dog ingen signifikante forskelle mellem de to grupper i relation til behandlingskomplians.

### **Fører interventionerne til en fælles beslutningsproces?**

Ud fra den systematiske søgning er der identificeret forskellige interventioner, der skal sikre anvendelsen af SDM under den kliniske konsultation. Alle interventionerne havde fokus på at træne klinikerne i SDM samt inkorporere forskellige værktøjer til at understøtte anvendelsen af SDM i interaktionen mellem kliniker og patient. Eftersom det kliniske møde mellem kliniker og patient traditionelt er kendetegnet ved en paternalistisk tilgang, kan træning af klinikerne i SDM tænkes at være særlig relevant. Hvis klinikerne ikke er villige til eller ikke besidder kompetencerne til at inddrage patienten i beslutningsprocessen, vil SDM ikke finde sted (Charles et al., 1997). Det er uvist, hvorvidt studierne SDM-interventioner førte til en fælles beslutningsproces, eftersom ingen af studierne anvendte mål for kvaliteten af SDM under det kliniske møde. Derfor er det uvist, om træning af klinikerne er tilstrækkelig til at fremme en fælles beslutningsproces. Ifølge forskning fører træning af klinikerne i SDM til en stigning i observerbar SDM-adfærd hos klinikerne under en konsultation (Alegria et al., 2018), hvorved det kan antages, at træningen har ført til øgede kompetencer i forhold til anvendelse af SDM. Forskning viser, at træningsrationen er signifikant forbundet med klinikerens anvendelse af SDM (Alegria et al., 2018). Eftersom studierne varierer i forhold til mængden af klinikertræning, kan det diskuteres, om træningen førte til tilstrækkelig anvendelse af SDM i alle de beskrevne studier. Variationen i interventionernes design og udførelse

kan således være grunden til, at alle studierne ikke demonstrerer en positiv effekt på de relevante variabler.

Kvaliteten af SDM, i det kliniske møde, afhænger ikke udelukkende af klinikerens og dennes træning i SDM. Hvis patienten ikke er villig til at indgå i beslutningsprocessen, vil en fælles beslutningsproces ikke finde sted (Charles et al., 1997). Ifølge de teoretiske modeller for SDM er første trin i en klinisk beslutningsproces at identificere patientens præference for deltagelse samt definere henholdsvis patientens og klinikerens rolle i processen (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Der var kun et studie, der adresserede patientens præference for deltagelse i beslutningsprocessen, og studiet tog ikke højde for patientpræferencen i deres statistiske analyser. Det kan diskuteres, hvor væsentligt det er at adressere patientens præferencer for deltagelse i en forskningsmæssig kontekst, eftersom den pågældende patient allerede er randomiseret til en af de to interventionsgrupper. Effekten af en SDM-tilgang kan dog formodes at være størst hos patienter, der ønsker at være involveret i beslutninger vedrørende deres behandling, hvilket de inkluderede studier ikke tog højde for.

Selv hvis klinikerens søger at gøre beslutningsprocessen fælles, og patienten ønsker at deltage, er det muligt, at patienten udviser en passiv rolle i beslutningstagningen. De fleste patienter, med psykiske lidelser, har en præference for aktivt at deltage i beslutningsprocessen (Hill & Laugharne, 2006) men der er identificeret flere barrierer, der menes at forårsage en forskel mellem patienternes præference for deltagelse og deres faktiske adfærd under den kliniske konsultation (Joseph-Williams, Elwyn, & Edwards, 2014). Uoverensstemmelse mellem deltagelsespræference og adfærd kan skyldes, at patienterne gennem tidligere kliniske interaktioner har oplevet en asymmetrisk relation mellem dem og deres behandler, eller at de ikke ved, hvordan de skal deltage i beslutningsprocessen (Charles et al., 1997).

Eftersom interventionerne i de inkluderede studier kun inkorporerede træning af klinikerens i SDM, er det muligt, at beslutningsprocesserne i SDM-grupperne ikke var kendetegnet ved et samarbejde mellem kliniker og patient. Samarbejdet mellem kliniker og patient er et hovedkarakteristika ved SDM (Charles et al., 1997). Det er således vigtigt at støtte både kliniker og patient i denne nye arbejdsform. De inkluderede studier er baseret på en antagelse om, at en kliniker trænet i SDM har kompetencerne til at understøtte patientens deltagelse i den fælles beslutningsproces. Det støttes til dels af resultaterne fra studierne af Loh et al. (2007) og Hamann et al. (2006), der viste, at patienterne fra SDM-interventionen følte sig signifikant mere involveret i den kliniske konsultation end patienterne fra kontrolinterventionen. Involvering af patienten i den kliniske konsultation er dog ikke ensbetydende med, at konsultationen forløber som en fælles beslutningsproces. I studiet af Loh et al. (2007) følte patienterne fra SDM-interventionen sig mere involveret i konsultationen (PISC-DF), men de følte sig ikke mere involveret i beslutningsprocessen (MSH-scale). SDM er en forholdsvis ny tilgang til beslutningstagning i praksis, hvorved beslutningsadfærden hos begge parter kan være konservativ. Studiet af Hamann et al. (2006) viser, at patienternes oplevede involvering faldt mellem SDM-session og behandlingens afslutning, hvilket indikerer, at effekten af en SDM-session er kortvarig. Ud fra studiet af Joosten et al. (2009) kunne det tyde på, at flere sessioner af SDM fører til en mere varig effekt.

Effekten af SDM på behandlingen af psykiske lidelser kan sandsynligvis optimeres, hvis interventionerne inkorporerer træning af patienten i SDM. Forskning inden for patienttræning har vist, at træning i SDM øger patientens selvværd og problemløsningskapacitet (An, Kim, & Kim, 2017). Træningen medfører, at patienten forholder sig mere kritisk over for behandlingstilbuddene (Hamann et al., 2011) og er mere deltagende i beslutningsprocessen (Hamann et al., 2017). I SDM-interventionen af Joosten et al. (2009) blev første session brugt på at socialisere patienten til SDM, samme studie var det eneste, der demonstrerede en positiv effekt af SDM på kliniske mål.

Eftersom ingen af studierne målte, hvorvidt deres interventioner førte til en acceptabel anvendelse af SDM i det kliniske møde, er det ikke muligt at vurdere, om den praksisorienteret anvendelse af SDM stemmer overens med den teoretisk defineret. Ligeledes er der ingen studier, der evaluerede beslutningsprocessen i kontrolinterventionerne, hvorved det er muligt, at nogle af klinikerne fra kontrolinterventionerne allerede brugte SDM lignende teknikker. I begge tilfælde kan det have betydning for de registrerede resultater.

Der blev ikke fundet nogle signifikante forskelle i tidsforbrug pr. konsultation mellem SDM-gruppen og kontrolgruppen. Den ikke-signifikante tidsforskel kan tolkes som et udtryk for, at SDM ikke fører til øget tidsforbrug eller som et udtryk for, at SDM-interventionerne fører til en overfladisk SDM-proces.

### **Styrker og svagheder ved et naturalistisk studiedesign**

Som det fremgår af ovenstående litteraturgennemgang, er de inkluderede studier kendetegnet ved forskellige metodologiske styrker og svagheder, men samtidig optræder der nogle generelle metodologiske tendenser på tværs af studierne grundet deres kliniske kontekst.

*Intern og ekstern validitet.* Ud fra Cochranes retningslinjer er der identificeret flere kilder til bias i de inkluderede studier. Cochrane anbefaler, at et studie kan anses at besidde lav risiko for bias, hvis mindst seks af de tolv kriterier er mødt, og hvis studiet ikke har andre større mangler (Furlan et al., 2009). To af de inkluderede studier (Joosten et al., 2009; Mott et al., 2014) opfyldte seks eller flere af Cochranes kriterier for bias (se tabel 7), men størrelsen på forsøgsgruppen i studiet af Mott et al. (2014) kan anses som en forholdsvis stor metodologisk begrænsning. Rekrutteringen af forsøgsdeltager blev stoppet præmaturt, som følge af den kliniske kontekst, både i studiet af Mott et al. (2014) og studiet af Ishii et al. (2017). Dermed besidder fire ud af de fem studier en høj risiko for bias. Risikoen for bias har betydning for studiernes interne validitet (Coolican, 2014). Grundet studiernes bias er det en potentiel mulighed, at det ikke er selve SDM-

interventionen, der har medført de registrerede ændringer i de undersøgte variabler. I de pågældende studier er det især den utilstrækkelige blindingsprocedure, der er problematisk for den interne validitet, da klinikernes og patienternes forventning til SDM-interventionen kan have påvirket deres rapporteringer på måleinstrumenterne. Det er en begrænsning ved de inkluderede studier, at den interne validitet er lav, hvorved der kan sættes spørgsmålstegn ved gyldigheden af resultaterne. Det bliver således interessant, om fremtidig forskning kan replicere studierne fund. Den lave interne validitet optræder som følge af de inkluderede studiers naturalistiske fokus og løse inklusionskriterier for deltagelse. Den naturalistiske, kliniske kontekst giver samtidig studierne en høj ekstern validitet (Coolican, 2014), eftersom studierne viser, at SDM-interventionerne kan anvendes i normal patientpleje. Den kliniske kontekst og den høje eksterne validitet er en styrke i de inkluderede studier, da studierne fund dermed lettere kan generaliseres til kliniske praksis, såfremt fundene kan repliceres.

*Måleredskaber.* Flere af studierne anvendte ikke-validerede måleredskaber. Dermed er det usikkert, om de anvendte måleredskaber målte de latente variabler (Coolican, 2014). Det var især i forhold til behandlingskomplians, at studierne anvendte skalaer, de selv havde udviklet til formålet. I studierne af Loh et al. (2007) og Hamann et al. (2006) tog målene for behandlingskomplians udgangspunkt i rapportering fra patientens samt klinikerens perspektiv. Rapporteringerne var baseret på likert-skalaer, der spændte fra ”dårlig complians” til ”meget god complians”. De to andre studier, der målet behandlingskomplians, anvendte udtræk fra patientens kliniske journal. Ishii et al. (2017) undersøgte via de kliniske journaler, hvorvidt patienten fortsatte i behandling efter udskrivningstidspunktet. Studiets mål for behandlingskomplians er således unuanceret, da det ikke adresserer graden af complians. Ligeledes kan det tænkes, at likert-skalaerne fra studiet af Loh et al. (2007) samt Hamann et al. (2006), ikke kan diskriminere tilstrækkeligt mellem patienternes grad af complians. Fraværet af diskriminerende og validerede måleredskaber er problematisk, da det kan

have en betydning for den registrerede behandlingskomplians og dermed den registrerede forskel mellem de to grupper i relation til disse mål.

Mott et al. (2014) undersøgte via patientens kliniske journal, hvor ofte patienten mødte op til terapisesessionerne, hvilket giver et objektive og forholdsvist kontinuerligt mål for behandlingskomplians. Hamann et al. (2006; 2007) og Ishii et al. (2017) anvendte DAI samt MARS som supplerende mål for complians. DAI og MARS er begge validerede selvrapporteringsskemaer, men de adresserer i højere grad patientens attitude over for medicinering end patientens reelle tilslutning til den medicinske behandling (Awad, 1993). Derudover viser forskning, at selvrapporteret complians ikke er kongruent med mere objektive mål for complians (Velligan et al., 2007)

Studiernes forskellige tilgange til at måle behandlingskomplians indikerer, hvor problematisk det kan være at måle tilslutningen til en behandling (DiMatteo & Haskard, 2006). Complians anses som et multivariat konstrukt, og adfærden bag complians menes at være påvirket af mange faktorer såsom patientkarakteristika, behandlingens effekt og hvordan behandlingen bliver administreret (Awad, 1993). I relation til psykiske lidelser er der samtidig forskel på, hvorvidt behandlingskomplians er i relation til medicinsk behandling, psykoterapeutisk behandling eller begge behandlingsformer. DiMatteo og Haskard (2006) argumenterer for brugen af flere forskellige målemetoder, når tilslutning til en behandling adresseres. At studierne anvendte flere informanter og forskellige mål for behandlingskomplians, kan anses som en styrke. Samtidig er det en begrænsning, at studierne i mange tilfælde ikke anvendte validerede mål for behandlingskomplians, og at rapporteringsmetoderne i høj grad var af subjektiv samt retrospektiv natur.

### **Fremadrettet forskning**

Fire af de inkluderede studier demonstrerede en effekt af en SDM-intervention på enten patientdeltagelse, patienttilfredshed, behandlingskomplians eller klinisk udbytte. Hvorved studierne

foreløbig understøtter anvendelsen af SDM men samtidig fordrer til replikation af deres fund i større kontrollerede studier. De inkluderede studier giver et udgangspunkt for fremtidig forskning, der kan optimeres på følgende måder:

- Effekten af SDM-interventioner skal fortsat sammenholdes med effekten af den vanlige behandling. Fremtidig forskning bør samtidig sammenholde effekten af en SDM-intervention under en enkel klinisk session med effekten af en SDM-intervention over flere kliniske sessioner for at identificere, hvilken effekt en løbende beslutningsproces har på behandlingen af psykiske lidelser.
- Fremtidig forskning kan optimeres ud fra et økonomisk og statistisk perspektiv, hvis studierne estimerer den optimale størrelse på forsøgsgruppen ud fra ovenstående studiers rapporterede effektstørrelser.
- Mål for behandlingskomplians vil i fremtidig forskning med fordel kunne suppleres med mål for ”decisional conflict”, eftersom patientens tiltro til det endelig behandlingsvalg er associeret med øget forventning til behandlingskomplians samt kompetence til at følge behandlingen (Awad, 1993). Anvendelse af fx Decisional Conflict Scale (O’Connor, 2010) vil kunne fremme forståelsen af sammenhængen mellem SDM og behandlingskomplians.
- Fremtidig forskning bør inddrage mål for kvaliteten af SDM under det kliniske møde for at demonstrere, i hvilken grad SDM-interventionen fører til SDM. Der burde også foretages mål af SDM i mødet mellem kliniker og patient hos kontrolgruppen for at undersøge risikoen for kontamination af SDM-teknikker i den vanlige behandling. Måleinstrumentet kunne fx være OPTION (G. Elwyn et al., 2005).
- Fremtidig forskning bør tage højde for patientens præference for deltagelse i beslutningsprocessen i deres statistiske analyser. Måleinstrumentet kan fx være Autonomy

Preference Index (Ende, Kazis, Ash, & Moskowitz, 1989), som har en subskala, der måler beslutningspræference.

Ovenstående tiltag kan føre til metodologiske forbedringer i forskningen indenfor SDM og psykiske lidelser og derigennem fremme vores forståelse af anvendeligheden af SDM i behandlingen af personer med psykiske lidelser.

## **Konklusion på del 2**

Ud fra studierne tyder det på, at SDM-interventionerne fører til øget patientdeltagelse i den kliniske konsultation og muligvis også til en større involvering af patienten i de kliniske beslutninger. Ifølge studierne er SDM forbundet med øget patientdeltagelse i den primære og den sekundære behandlingssektor. Derudover er anvendelsen af en SDM-intervention forbundet med et øget vidensniveau hos patienten.

Der er modstridende empiri, fra de fem studier, omkring effekten af SDM i forhold til patienttilfredshed, behandlingskomplians og kliniske udbytte. Der er empiri, der viser en signifikant forskel samt empiri, der ikke finder en signifikant forskel mellem SDM-interventionerne og den vanlige behandling i relation til de tre kategorier. Studierne fordrer derfor til mere forskning i effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser. Der er ingen resultater fra de fem studier, der indikerer, at anvendelsen af SDM-interventionen fører til forringet resultater sammenlignet med den vanlige behandling, og det kan konkluderes, at SDM-interventioner ikke påvirker patienttilfredshed, behandlingskomplians og det kliniske udbytte negativt.

Studierne viser, at tidsforbruget pr. konsultation ikke steg som følge af SDM-interventionerne. Derudover identificerede et studie øget behandlingstilfredshed hos klinikere, der anvendte en SDM-tilgang. Disse fund er interessante, da tidsforbrug og klinikerens attitude overfor en fælles beslutningsproces tidligere er blevet identificeret som barriere for implementeringen af SDM i klinisk praksis (Légaré, Ratte, Gravel, & Graham, 2008). Derudover fandt et studie, at



SDM-interventionen var forbundet med anvendelse af evidensbaseret behandlingstiltag. Hvilket indikerer, at inddragelse af patienten i den kliniske beslutningsproces ikke fører til anvendelse af ukvalificerede behandlingstiltag. Dette understøttes ligeledes af et af de andre studier, der fandt, at de medicinske behandlingstiltag ikke ændrede sig som følge af SDM-interventionen, men af den medicinske behandling signifikant oftere blev suppleret med psykoterapi og psykoedukation hos patienter fra SDM-gruppen.

Som det fremgår af ovenstående litteraturgennemgang, kan principperne i SDM udformes til forskellige interventioner, der kan implementeres i behandlingen af psykiske lidelser.

Heterogeniteten af de inkluderede studier i relation til interventionsform og patientgruppe kan være en af årsagerne til den modstridende empiri. Fremtidig forskning skal især søge at dokumentere, at deres SDM-interventioner fører til en acceptabel grad af SDM i det kliniske møde.

### **Teoretisk analyse og diskussion**

Det empiriske perspektiv på SDM fokuserer på interaktionen og informationsudvekslingen mellem kliniker og patienten (Jacobsen & Baker, 2017). Dette perspektiv tager ikke højde for, hvordan patientens oplevelse af beslutningsprocessen og den interpersonelle relation kan have betydning for det endelige behandlingsvalg, samt patientens efterfølgende adfærd. I del 3 og 4 vil SDM diskuteres ud fra beslutningstagnings- og motivationsteorier. Afsnittene vil bidrage med et teoretisk perspektiv på SDM og supplere den empiriske forståelse af anvendeligheden af SDM.

### **Del 3. Teorier om beslutningstagning**

Den psykologiske og den økonomiske videnskab har dannet udgangspunktet for forskning og udvikling af teorier indenfor beslutningstagning. Det har medført stor mangfoldighed i de teoretiske perspektiver på beslutningstagning (Wills & Holmes-Rovner, 2006), der udgøres af normative teorier om, hvordan individet burde tage beslutninger, og deskriptive teorier om, hvordan

individet reelt tager beslutninger (Newell, Lagnado, & Shanks, 2015). Forskellige teorier indenfor beslutningstagning er siden 1960'erne blevet anvendt inden for den sundhedsvidenskabelige forskning (Wills & Holmes-Rovner, 2006), og teorierne findes derfor relevante til at belyse anvendeligheden af SDM. Det pågældende afsnit tager udgangspunkt i den generiske beslutningsmodel af Wills og Holmes-Rovner (2006), teorien om expected utility udviklet af Von Neumann og Morgenstern (1944), prospektteorien udviklet af Kahneman og Tversky (1979) samt forskning inden for præferencer. I afsnittet vil viden om beslutningstagning danne et udgangspunkt for hypoteser om anvendeligheden af SDM, med fokus på tilgangens inddragelse af patienten og identificering af patientpræferencer.

### **Den generiske beslutningsmodel**

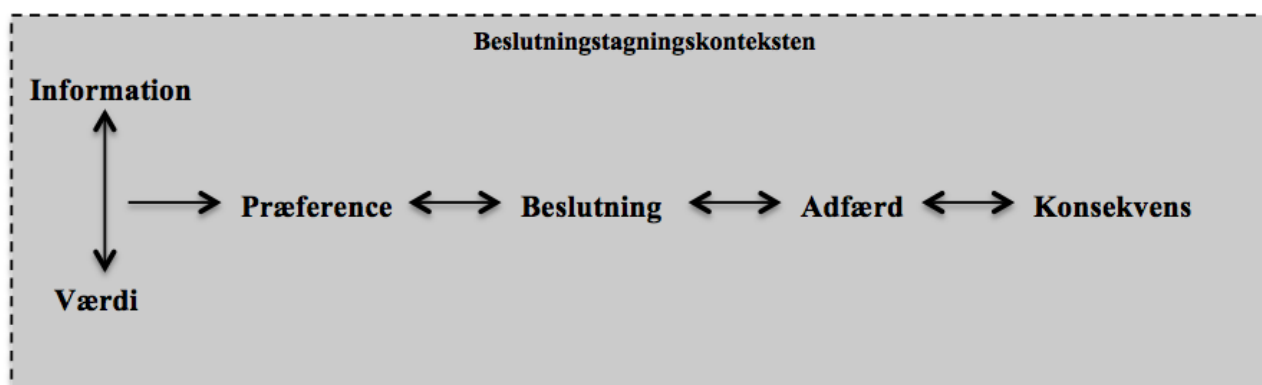
Beslutningsmodellen af Wills og Holmes-Rovner (2006) er en simpel deskriptiv model, der er inspireret af Rothert et al. (1997). Modellen illustrerer elementerne i en generisk beslutningsproces og fremhæver, hvordan forskellige delementer påvirker hinanden, og dermed får betydning for udfaldet af den endelige beslutning.

Perioden op til selve beslutningen er kendetegnet ved udvikling eller identificering af præferencer. Præferencer udvikles ud fra tilgængelige informationer om valgmulighederne, og den værdi individet tilskriver valgmulighedernes forskellige udfald. Værdisætningen tager udgangspunkt i den tilgængelige information samt forskellige aspekter af beslutningstagningskonteksten. Beslutningstagningskonteksten udgøres af aspekter i individets liv, der har betydning for beslutningen, herunder individets hverdagsliv og funktionsniveau. Beslutningstagningskonteksten udgøres endvidere af det samfund, individet indgår i, da det former individets perception af verden og normative idealer. Præferencer er således et produkt af tilgængelig information og individets værdier. Wills og Holmes-Rovner (2006) definerer en

præference, som en mere positiv indstilling over for en valgmulighed i relation til andre sammenlignelige men alternative valgmuligheder.

Individets præference og den pågældende beslutningstagningskontekst danner baggrunden for den endelige beslutning. Ifølge modellen påvirker individets præferencer og beslutninger hinanden gensidigt, da præferencer guider beslutninger, og tidligere beslutninger har betydning for nuværende præferencer. Den endelige beslutning har betydning for den efterfølgende adfærd, som determinerer konsekvenserne af beslutningen. Individets adfærd har ligeledes betydning for fremtidige beslutninger, ligesom konsekvenserne af adfærd har betydning for fremtidig adfærd (Wills & Holmes-Rovner, 2006). Modellen illustrerer elementernes gensidige påvirkning med dobbelthovedet pile, se figur 8.

**Figur 8: Den generiske beslutningsmodel**



*Figur 8.* Den generiske beslutningsmodel.

Modellen illustrerer de forskellige elementer i en generel beslutningsproces. Individets præference er et produkt af tilgængelig information og værdier. Beslutningskonteksten danner rammerne for beslutningen, der guides af individets præference. Den endelige beslutning påvirker den efterfølgende adfærd, som har betydning for konsekvenserne af beslutningen. De dobbelthovedet pile indikerer en gensidig interaktion mellem elementerne. Baseret på: ”Integrating decision making and mental health interventions research: Research directions” af C. E. Wills & M. Holmes-Rovner, (2006), *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, s. 11.

Den generiske beslutningsmodel illustrerer sammenhængen mellem information, præferencer, beslutninger, adfærd og udfaldet. På grund af modellens enkelthed suppleres den med teorier, der uddyber individets beslutningsproces.

## Expected Utility Theory

En af de mest anerkendte beslutningstagningsteorier er teorien om expected utility (eng: EUT) og flere teoretikere har bidraget til teoriens udvikling, herunder Von Neumann og Morgenstern (1947). Ifølge teorien udgøres alle beslutninger af handlinger, omstændigheder og udfald. Handlinger skal forstås som valget mellem forskellige valgmuligheder, og udfald skal forstås som konsekvensen af hver valgmulighed. Omstændigheder skal forstås som fremtidige situationer og tilstande, der er relevante for værdien af de forskellige udfald (Newell et al., 2015).

Individets beslutning bliver guidet af den nytteværdi, individet tildeler de forskellige valgmuligheder. I teorien angives nytteværdi som numeriske værdier, men i praksis skal nytteværdi forstås som individets evne til prioritere mellem forskellige valgmuligheder ud fra de forventede udfald. Nytteværdi kan således sidestilles med præference. Ifølge EUT søger mennesket at maksimere den forventede nytteværdi via deres valg og beslutninger (Newell et al., 2015). Den subjektive værdi, som individet tilskriver et muligt udfald, vægtes med sandsynligheden for, at udfaldet vil indtræde, udgør den forventede nytteværdi af valgmuligheden. I visse beslutninger har individet adgang til objektive sandsynligheder, men der kan også forekomme situationer, hvor individet selv må estimere subjektive sandsynligheder for de forskellige udfald. Ud fra teorien vil individet i sin beslutningsproces tilskrive værdier samt sandsynligheder til valgmulighederne, og herefter vælge valgmuligheden, der er forbundet med den største forventede nytteværdi (Newell et al., 2015).

EUT hviler på principperne om eliminering, transitivitet, dominans og invarians. Ud fra princippet om eliminering skal omstændigheder og udfald, der ikke påvirkes af individets valg, elimineres fra beslutningen. Princippet om transitivitet omhandler, at *"hvis valg A foretrækkes over valg B, og valg B foretrækkes over valg C, så vil valg A også foretrækkes over valg C"* (Newell et al., 2015, p. 115), hvilket suppleres af princippet om dominans, som indikerer, at en valgmulighed

er dominerende, hvis den er bedre end de andre valgmuligheder på mindst et område og tilsvarende på de resterende områder. Det sidste princip omhandler invarians og anfører, at præferencer ikke afhænger af beskrivelsen af valgmulighederne (Newell et al., 2015). Et individs valg skal følge ovenstående principper, hvis individet skal handle på baggrund af den forventede nytteværdi og et ønske om at optimere udfaldet af beslutningssituationen. Teorien sidestiller rationel beslutningstagning med beslutninger styret af den største, forventede nytteværdi. EUT er en normativ teori, eftersom flere studier viser, at mennesket træffer beslutninger, der bryder med principperne (Newell et al., 2015). Teorien kan dog alligevel tænkes at være relevant i forståelse af, hvordan individet kan optimere sin beslutningsproces.

### **Prospektteorien**

Prospektteorien er en deskriptiv teori udviklet af Kahneman og Tversky i 1979 (Kahneman, 2013). Ifølge teorien søger individet at maksimere udfaldet af en beslutningssituation, men individets evaluering af værdier og sandsynligheder undergår systematisk en mental forvrængning, hvilket påvirker beslutningsprocessen (Newell et al., 2015). Dette har betydning for teoriens definition af henholdsvis nytteværdi og menneskets beslutningstagningsadfærd.

Ifølge prospektteorien bliver udfaldet af en beslutning enten evalueret som en gevinst eller et tab. Denne begrebsramme for nytteværdien af en valgmulighed afviger fra andre traditionelle beslutningstagningsteorier, herunder EUT (Newell et al., 2015). I en beslutningssituation søger individet at evaluere de forskellige valgmuligheder ud fra en meningsfuld ramme. Individet udformer derfor en mental repræsentation af beslutningen i relation til dennes situation (Newell et al., 2015). Individet vurderer således ikke valgmulighederne på baggrund af deres objektive kvaliteter men ud fra subjektive kvaliteter (tab eller gevinst) i relation til et neutralt referencepunkt (Kahneman, 2013). Individets referencepunkt er fleksibelt og manipulerbart, hvilket medfører, at det samme valg kan føre til forskellige beslutninger afhængig af individets referencepunkt (Newell

et al., 2015). Tversky og Kahneman (1986) forklarer denne tendens med begrebet ”*framing-effekt*”, hvor en valgmulighed kommer til at fremstå mere attraktiv, som følge af ændringer i individets perspektiv.

Ifølge framing-effekten er det ofte muligt at præsentere en beslutning og dens valgmuligheder via forskellige referencerammer (Tversky & Kahneman, 1986). En beslutning kan rammesættes, så valg A fremstår bedre end valg B, ved at understrege fordelene ved resultatet af valg A, og dermed anvende udfaldet af valg B som referencepunkt. Valg A vil også kunne rammesættes, som et mere attraktivt valg end valg B, ved at anvende udfaldet af valg A som referencepunkt og dermed understrege ulemperne ved resultatet af valg B (Tversky & Kahneman, 1986). En rammesætning vil have større påvirkningskraft, såfremt forskellen mellem de to valgmuligheder præsenteres som et tab, end hvis forskellen mellem de to valgmuligheder præsenteres som en gevinst (Tversky & Kahneman, 1986). Dette er et udtryk for menneskets tendens til at undgå og minimere tab, hvilket betegnes som tabsaversion (Kahneman, 2013).

Ifølge prospektteorien medfører menneskets tabsaversion, at individet er risikoaversiv, når beslutningen omhandler gevinster men risikovillig, når beslutningen omhandler tab (Kahneman, 2013). Denne risikoaversion kan relateres til effekten af ”*status quo bias*” (Newell et al., 2015). Status quo refererer til individets præference for at forblive i den samme tilstand. Denne tendens skyldes, at det potentielle tab individet pådrager sig, ved at flytte fra status quo, påvirker individet mere end den potentielle gevinst, der er forbundet med at flytte sig mod en ny tilstand (Newell et al., 2015). Individets referencepunkt anses normalt som værende status quo, men referencepunktet kan også være baseret på individets forventninger, og hvad individet føler sig berettiget til, ligesom det kan være påvirket af framing-effekten (Kahneman, 2013).

Individets beslutningsproces påvirkes ikke kun af individets opfattelse af potentielle udfald som tab eller gevinster men ligeledes af sandsynligheden for udfaldene. Ifølge prospektteorien

transformerer individet objektive sandsynligheder til subjektive beslutningsvægtninger (Newell et al., 2015). Individet har en tendens til at overvurdere muligheden for, at små sandsynligheder realiseres og undervurdere muligheden for, at moderate samt ekstreme sandsynligheder realiseres. Denne tendens medfører, at individets risikoaversion ikke er lige så udslagsgivende i beslutninger med lave sandsynligheder. Individets vægtning af sandsynlighederne kan både være baseret på præcise, numeriske sandsynligheder, samt sandsynligheder individet selv estimerer (Newell et al., 2015).

Prospektteorien illustrerer, at individets evaluering af valgmuligheder er forstyrret af framing-effekten samt en tendens til at evaluere ud fra begrebsrammen gevinst versus tab. Teorien er derfor relevant i forståelse af, hvordan individet er påvirket af indre og ydre faktorer i sin beslutningsproces.

### **Præferencer og præferenceidentificering**

Forskning inden for præferencer viser, at individets præference ikke kun er påvirket af individets værdier og personlige karakteristika. I det følgende vil der præsenteres tre studier, der har undersøgt udviklingen og identificeringen af præferencer.

I et studie af Lichtenstein og Slovic (1971) blev forsøgsparticipanterne præsenteret for to valgmuligheder med forskellige sandsynligheder for forskellige økonomiske gevinster. Den forventede gevinst ved valgmulighed A var mindre, men mere sandsynlig, end den forventede gevinst ved valgmulighed B. Forsøgsparticipanterne skulle vælge imellem de to valgmuligheder samt prissætte de to valgmuligheder. Studiet viste, at forsøgsparticipanterne valgte mulighed A men prissatte valgmulighed B højere end valgmulighed A (Lichtenstein & Slovic, 1971; Newell et al., 2015). De to metoder til identificering af præferencer ledte deltagerens opmærksomhed hen på forskellige delelementer af beslutningen. Når individet skulle fastsætte prisen, blev opmærksomheden henledt

på værdien af valgmuligheden, mens når individet skulle træffe et personligt valg, blev opmærksomheden henledt på sandsynligheden for valgmulighedens udfald (Newell et al., 2015).

Et andet studie viste, at individets værdisætning af en valgmulighed påvirkes af, om den vurderes i isolation eller i konjunktions med andre valgmuligheder (List, 2002). Valgmulighed A bestod af ti kort og valgmulighed B bestod af de samme ti kort samt tre mindre gode kort. Forsøgsdeltagerne værdisatte valgmulighed B højere end A, når den blev præsenteret i forbindelse med valgmulighed A, men værdisatte valgmulighed A højere end B, når de to valgmuligheder blev vurderet i isolation. Når valgmuligheden blev vurderet i isolation, blev vurderingen forvrænget, formodentlig fordi nogle valgmuligheder udgøres af delelementer, der kan være sværere at evaluere isoleret (List, 2002; Newell et al., 2015). Præsentation af flere valgmuligheder ved siden af hinanden, gør det lettere for individet at vurdere, om delelementernes kvalitet har signifikant betydning for valgmulighedens reelle værdi (Newell et al., 2015).

I et tredje studie skulle læger vælge en behandling til en patient med smerter, hvor forskellige medikamenter ikke havde vist sig effektive, og hvor operation var en relevant mulighed (Redelmeier & Shafir, 1995). Lægerne blev informeret om, at der var et medikament, der ikke var blevet afprøvet, hvorefter de kunne vælge mellem A) henvise patienten til operationen og påbegynde behandling med medikamentet eller B) henvise patienten til operationen og undlade at påbegynde behandling med medikamentet. 53 % af lægerne valgte valgmulighed B (Newell et al., 2015; Redelmeier & Shafir, 1995). En anden gruppe af læger blev præsenteret for problemstillingen men med information om, at der var to medikamenter, der ikke var blevet afprøvet. Herefter kunne de vælge mellem valgmulighed A) og B) samt valgmulighed C) henvise patienten til operationen og påbegynde behandling med medikament 2. 72 % af lægerne valgte valgmulighed B (Newell et al., 2015; Redelmeier & Shafir, 1995). Tilstedeværelsen af flere potentielle medikamenter førte i flere tilfælde til en beslutning, der ikke inddrog medicinering. Antallet af valgmuligheder havde



betydning for individets præference, muligvis fordi flere valgmuligheder øgede kompleksiteten af beslutningsprocessen (Newell et al., 2015).

Ovenstående forskning indikerer, at individets præferencer afhænger af konteksten og den måde præferencen identificeres på. Forskningen findes derfor relevant for forståelsen af SDM.

### **Del 3. Teoretisk analyse og diskussion**

#### **Shared decision-making og den generiske beslutningsmodel**

Der er generelt enighed om, at SDM tager udgangspunkt i en informationsfase, hvor klinikeren præsenterer forskellige behandlingsmuligheder samt deres fordele og begrænsninger (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Ifølge den generiske model er individets beslutninger påvirket af dennes præferencer, og præferencer anses som et produkt af tilgængelig information samt værdien, der tilskrives de forskellige informationer (Wills & Holmes-Rovner, 2006). SDM kan tænkes at støtte patienten i identificering af behandlingspræferencer, eftersom anvendelsen af SDM sikrer, at patienten bliver informeret om de forskellige valgmuligheder. Ud fra et teoretisk perspektiv leder SDM til informering af patienten, og ifølge den generiske model er information en vigtig komponent i enhver beslutningsproces (Wills & Holmes-Rovner, 2006). At SDM leder til øget informationsniveau hos patienten understøttes empirisk af et studie fra litteraturgennemgangen. Patienter, der modtog SDM-interventionen, udviste signifikant mere viden om deres lidelse og behandlingsmuligheder end patienter fra kontrolgruppen efter den kliniske konsultation (Hamann et al., 2006).

Andre studier indikerer, at behandlingskomplians øges, når patienten har en forståelse for de potentielle fordele, der er forbundet med behandlingen (Gonzalez et al., 2005). Disse fund er i overensstemmelse med den generiske beslutningsmodel, hvor information er fundamentet for individets beslutning, og beslutningen determinerer individets fremadrettede adfærd. Den ønskede

adfærd, i relation til behandling af psykiske lidelser, kan sidestilles med behandlingskomplians, hvor individet fast tager sin medicin eller rutinemæssigt deltager i psykoterapeutisk behandling. Det kan tænkes, at utilstrækkelig viden hos patienten kan medføre opstart af behandlinger, der ikke passer til dem og deres situation, hvilket kan reducere patientens behandlingskomplians. Tilgange, der øger informations- og vidensniveauet hos patienten, kan sandsynligvis føre til et bedre match mellem behandlingsvalg og patient (Mott et al., 2014), hvilket betyder, at SDM kan være anvendelig i optimeringen af behandling af psykiske lidelser ud fra et teoretisk perspektiv.

Da informationsfasen i SDM er todelt, løber informationsudvekslingen ikke kun fra klinikerens til patienten men ligeledes fra patienten til klinikerens (Makoul & Clayman, 2006). Patienten har mulighed for at informere klinikerens om sin livssituation samt individuelle værdier og behandlingsmål. Denne del af informationsfasen er formentlig væsentlig for kvaliteten af den endelige beslutning vedrørende behandlingstiltag. Det kan dog overvejes, om patienter er i stand til at italesætte, hvad der er vigtigt i deres liv, eftersom denne kommunikationsproces kan være uvant for dem. Derudover kan det være svært for patienterne at gennemskue, hvilke områder af deres liv, der kan have betydning for, om et behandlingsvalg er det rette (Jacobsen & Baker, 2017). Den todelte informationsfase kan dog tænkes at gøre patienten opmærksom på sine værdier og mål, hvilket kan gavne patienten i vurderingen og værdisætningen af de præsenterede behandlingsinformationer. Eftersom præferencer udformes via værdisætning af forskellig information (Wills & Holmes-Rovner, 2006), har SDM potentiale til implicit at støtte patienten i udformningen af behandlingspræferencer. Ifølge de empiriske studier er det tvetydigt, hvorvidt SDM-teknikker og informering fører til en entydig behandlingspræference hos patienten. I studiet af Hamann et al. (2006) vurderede klinikerens, at 50 % af patienterne havde svært ved at udforme en behandlingspræference ud fra det anvendte beslutningsværktøj. Studiet af Mott et al. (2014) viste derimod, at størstedelen af patienterne kun havde en enkel behandlingspræference efter den kliniske

konsultation. Ved anvendelse af SDM har klinikerens mulighed for, at støtte patienten eksplicit i identificering af præferencer, idet klinikerens kan hjælpe patienten med at afveje fordele og ulemper ved de forskellige valg ud fra patientens livssituation. Det er muligvis derfor, patienterne fra studiet af Mott et al. (2014) havde en tydelig behandlingspræference efter den kliniske konsultation.

De teoretiske definitioner af SDM samt de empiriske SDM-interventioner fra litteraturgennemgangen er designet til at påvirke informationsprocessen i en klinisk konsultation. SDM kan således antages at have potentiale til at påvirke informationskomponenten i den generiske beslutningsmodel og dermed påvirke patientens proces med at identificere en behandlingspræference, som efterfølgende vil påvirke den fælles beslutningsproces. Den generiske beslutningsmodel af Wills og Holmes-Rovner (2006) illustrerer, hvordan informationer og værdier har betydning for individets præferencer og dermed den endelige beslutning. Samtidigt angiver modellen, at beslutningsprocessen også er påvirket af individet og den pågældende beslutningstagningskontekst (Wills & Holmes-Rovner, 2006). Der kan argumenteres for, at klinikerens og patientens har forskellige beslutningstagningskontekster, hvilket kan få betydning for den fælles beslutningsproces. Patienten og klinikerens kan begge tænkes at sammenholde sandsynligheden for klinisk remission samt værdien af symptomlindringen med sandsynligheden for udeblivelse af symptomlindring eller tilstedeværelse af bivirkninger. Derudover skal patienten tage højde for den energi, den valgte behandlingsform kræver. I relation til psykiske lidelser vil de fleste behandlinger kræve adfærdssændringer hos patienten enten i relation til medicinindtag eller deltagelse i psykoterapi. Klinikerens skal derimod tage højde for patientens behandlingspræference i den endelige beslutningsproces. Forskning i behandlingen af depression viser, at mange patienter ikke får den behandling, de foretrækker, og at de derfor fravælger at starte i behandling (Dewight-Johnson et al., 2001). Ifølge den generiske beslutningsmodel har individets præference og beslutning betydning for den efterfølgende adfærd. Ved SDM er patientens præference ikke det

eneste, der guider den endelige beslutning, hvilket har betydning for resultatet af beslutningsprocessen. SDM kan tænkes at følge samme proces for præferenceudvikling, som den generiske model illustrerer, men selve beslutningen er underlagt to forskellige individers præferencer. Grundet de forskellige beslutningstagningskontekster, er disse præferencer muligvis forskellige. Ud fra definitionen af SDM er det uvist, hvor stor betydning patientens præference får for den endelige beslutning i praksis, hvilket kan få betydning for patientens behandlingskomplians og kliniske udbytte. Hvis klinikerer ikke formår at inkorporere patientens præference i beslutningen vedrørende behandlingstiltag, kan patientens behandlingskomplians blive reduceret. Samtidigt kan der argumenteres for, at der ved anvendelsen af SDM er større mulighed for at inddrage patientens præference end ved en paternalistisk tilgang til kliniske beslutninger. SDM vil derfor i teorien føre til øget behandlingskomplians sammenlignet med den paternalistiske tilgang.

### **Den rationelle eller den irrationelle patient**

Den generiske beslutningsmodel illustrerer, hvordan information og værdier er udgangspunktet for individets præferencer og beslutninger. Hvordan individet forholder sig til den givne information, værdisætter den, og foretager en endelig beslutning, er ikke beskrevet i den generiske model. For at forstå resultatet af en beslutningsproces, er det således væsentligt at forstå, hvordan individet evaluerer informationer, samt hvordan præferencer kan påvirkes.

Ifølge EUT vil individet, i en usikker situation, vælge den handling, som vil føre til den højest forventede nytteværdi. Nyttéværdien er fastsat ud fra sandsynligheden og værdien af alle mulige udfald, og menes at styre individets proces med at vælge én valgmulighed over en anden. I relation til behandlingen af psykiske lidelser, vil patienten, ifølge EUT, vælge den behandlingstilgang, der har størst nytteværdi for dem. Dermed vil patienten vælge den behandlingsform, der giver den største sandsynlighed for det ønskede resultat. EUT kan anvendes til at forstå patientens afvejning af forskellige mål, herunder målet om at få det bedre og målet om

at undgå mulige bivirkninger (Wills & Holmes-Rovner, 2006). Nytteværdi estimeres ved at sandsynligheden for et udfald ganges med udfaldets værdi (Newell et al., 2015). Inden for behandlingsvalg vil værdi svare til styrken af patientens præference. Valg af behandlingstiltag vil, ud fra dette teoretiske perspektiv, være baseret på patientens rangordning af behandlingsmulighederne samt sandsynligheden for de forskellige udfald, der er forbundet med de forskellige behandlinger. Behandlingstiltagets forventede nytteværdi udgøres af den vægtede sum af sandsynlighederne for to forskellige tilstande: symptomreduktion eller bivirkninger. I relation til psykoterapi kan der argumenteres for, at bivirkninger kan sidestilles med den tid og energi, individet bruger på at møde op til sessionerne. I teorien tilbyder SDM patienten forskellige behandlingsmuligheder samt information om sandsynlighederne for de forskellige fordele og ulemper, hvorved patienten har mulighed for at identificere den behandlingsmulighed, der har størst nytteværdi for dem.

Ifølge prospektteorien vil individet under usikkerhed vælge den handling, som ikke aktiverer oplevelsen af tab, og individet vil tage flere chancer for at undgå tab, end det vil tage chancer for opnå gevinster (Kahneman, 2013). Når man vil undgå tab, bliver man mere risikovillig, hvorved det kan tænkes, at patienten bliver mindre kritiske overfor behandlingsmetoder, der ikke har tydelige bivirkninger. Dermed vil behandlingsvalget ikke nødvendigvis falde på den behandling, der passer bedst til patientens situation. I relation til behandlingen af psykiske lidelser, vil patienten i højere grad være påvirket af bivirkninger og ulemper, der er associeret med behandlingen end de associerede virkninger og fordele. Ifølge prospektteorien vurderer individet om et valg fører til tab eller gevinst ud fra et neutralt referencepunkt (Kahneman, 2013). I relation til behandlingen af psykiske lidelser, er patientens referencepunkt deres nuværende tilstand, altså "status quo" (Newell et al., 2015). Udbyttet af en behandling værdisættes ikke ud fra præcise og objektive kvaliteter, men ud fra patientens forventninger om symptomreduktion eller forværring.

Referencepunktets betydning for patientens værdisætning af behandlingsvalg har to implikationer for beslutningstagning i en klinisk kontekst; 1) Det viser vigtigheden af, at patienten og klinikerens har samme opfattelse af patientens udgangspunkt, når der skal vælges en behandling, og 2) det illustrerer, hvordan individets behandlingspræference kan tænkes at ændre sig som følge af symptomreduktion eller forværring (Treadwell & Lenert, 1999). Prospektteorien understøtter i det omfang anvendelsen af SDM, da SDM fordrer en fælles forståelse af individets udgangspunkt for behandlingen (G. Elwyn, 2016) og øger sandsynligheden for implementering af behandlingstiltag, der værdisættes af patienten. Hvis patientens referencepunkt flytter sig i løbet af behandlingen, kan det muligvis føre til reduceret behandlingskomplians og præmatur afslutning af behandlingen. Ud fra dette perspektiv vil anvendelsen af SDM, som en løbende del af behandlingen, øge sandsynligheden for, at patientens behandling løbende tilpasses dem og deres referencepunkt, hvorved behandlingen i højere grad vil fastholdes.

I kontrast til EUT angiver prospektteorien, at mennesket ikke er rationelt i sine valg, og at individet er påvirket af, hvordan beslutningen rammesættes. Dette understøttes af forskning inden for præferencer, der viser, at præferencer ikke er stabile, og at de ofte konstrueres ud fra konteksten (Lichtenstein & Slovic, 1971; List, 2002; Redelmeier & Shafir, 1995). Hensigten med SDM er at inkorporere patientens behandlingspræferencer i det endelige behandlingsvalg, og tilgangen fokuserer derfor på at hjælpe patienten med at udforme og identificere behandlingspræferencer (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Ifølge den generiske beslutningsmodel danner individets præferencer udgangspunktet for individets beslutningstagning (Wills & Holmes-Rovner, 2006), hvilket understøtter relevansen af SDM men samtidig understreger problematikken ved, at individets præferencer er ustabile og kontekstafhængige.

Lichtenstein og Slovics (1971) forskning viser, at individet er tilbøjeligt til at vælge den valgmulighed, hvor sandsynligheden er størst frem for den valgmulighed, der besidder den største

værdi. Ved anvendelsen af SDM, kan det dermed tænkes, at patienterne vil have tendens til at vælge den behandlingsform, der mest sandsynligt vil føre til et positivt resultat uafhængigt af størrelsen på resultatet. Det er uklart, hvilken betydning denne tendens kan have for patientens behandlingskomplians og kliniske udtryk. At vælge en behandlingsform, hvor der er stor sandsynlighed for en effekt, kan have en positiv betydning for behandlingskompliansen og det kliniske resultat, fordi der er større sandsynlighed for, at patienten oplever bedring. Ifølge den generiske beslutningsmodel, er individets beslutning og den efterfølgende adfærd påvirket af beslutningens konsekvenser (Wills & Holmes-Rovner, 2006). Såfremt patienten oplever, at behandlingen har en effekt, vil patienten, ifølge modellen, fastholde beslutningen og adfærd, hvilket kan sidestilles med behandlingskomplians. At vælge en behandlingsform, hvor der er stor sandsynlighed for en effekt, men hvor effekten er mindre, kan samtidig have en negativ betydning for behandlingskompliansen og det kliniske resultat, da behandlingen dermed kan opleves som ineffektiv. At patienten bliver påvirket af sandsynligheder i etableringen af præferencer, kan have betydning for anvendeligheden af SDM, idet formålet med tilgangen er at identificere behandlingsmetoder, der passer til individets værdier og livssituation. Formålet med SDM er at identificere den behandling, der har størst værdi for patienten, hvilket, ifølge ovenstående forskning, kan være uforeneligt med en tilgang, der kræver et direkte valg. Det er også muligt, at det ikke har betydning for anvendeligheden af SDM, eftersom tilgangen skal anvendes i situationer, hvor der ikke er rigtige eller forkerte behandlingsvalg (Charles et al., 1997) og sandsynlighederne for de forskellige resultater muligvis er ens. Hvis det er tilfældet, kan værdien, patienten tilskriver til behandlingsformerne få større betydning for deres præference og dermed endelige behandlingsvalg.

Anden forskning viser, at individet har lettere ved at evaluere værdien af valgmuligheder korrekt, når de evalueres i konjunktion (List, 2002). I SDM præsenteres patienten for forskellige

valgmuligheder, samt deres fordele og ulemper, hvorved SDM fordrer til evaluering af behandlingsmuligheder i konjunktion. Dermed har SDM potentiale til at støtte patienten i identificering af den behandlingsform, der har størst værdi for dem, såfremt klinikerne formår at hjælpe patienten med at evaluere behandlingsformerne i konjunktion. Hvis en valgmulighed evalueres i isolation, tyder det på, at patientens valg vil blive påvirket af behandlingens delelementer, til trods for, at de ikke har betydning for behandlingens reelle værdi (List, 2002). SDM har dermed en opbygning, der kan være hensigtsmæssig i identificering af præferencer. Individets præference påvirkes dog også af antallet af valgmuligheder, samt hvor sammenfaldende valgmulighederne er (Redelmeier & Shafir, 1995). Redelmeier og Shafir (1995) viste, at tilstedeværelsen af en tredje valgmulighed ændrede individets præference til trods for, at den nytilførte valgmulighed ikke blev valgt. Ved tre valgmuligheder, hvor to forekommer mere sammenfaldende, vil individet have en tendens til at vælge den mest afvigende valgmulighed (Redelmeier & Shafir, 1995). I relation til behandlingen af psykiske lidelser kan det dermed tænkes, at SDM er mest fordelagtig, hvis patienten skal vælge mellem to former for behandling fx medicinsk eller psykoterapeutisk behandling. Hvis patienten skal vælge mellem forskellige medikamenter og terapeutiske retninger i samme session, er det muligt, at beslutningskonteksten bliver for kompleks, hvilket kan få betydning for patientens behandlingspræference. Såfremt behandlingsmulighederne for den pågældende patient både udgøres af medicinske og psykoterapeutiske behandlingstiltag, kan processen med at identificere den endelige behandling opdeles, så patienten ikke præsenteres for forskellige medikamenter og psykoterapeutiske retninger under samme session.

SDM er blevet formet ud fra en empirisk, realistisk videnskabstradition (Jacobsen & Baker, 2017). Denne videnskabstradition tager udgangspunkt i det rationelle menneske, der tager rationelle beslutninger. SDM udspringer således fra en tradition, der antager, at mennesket handler på



baggrund af viden og afvejer de forskellige informationer under en beslutningsproces (Jacobsen & Baker, 2017). Det rationelle menneske er i overensstemmelse med EUT (Newell et al., 2015). Prospektteorien samt forskning inden for præferencer peger dog på, at forestillingen om mennesket som rationelt er en forenklet måde at forstå menneskets væren i verden på (Kahneman, 2013). Anvendeligheden af SDM ud fra et teoretisk perspektiv er således afhængig af, om det teoretiske perspektiv tager udgangspunkt i EUT eller prospektteorien. At SDM anses som en fordelagtig tilgang i behandlingen af psykiske lidelser, kan skyldes tendensen til at tænke på mennesket og dermed patienten som rationel handlende. Prospektteorien tydeliggør, at mennesket ikke er rationelt, hvorved der kan argumenteres for, at patienten således heller ikke er rationel i sin beslutning vedrørende behandlingstiltag. Det er formodentlig væsentligt for anvendeligheden af SDM, eftersom tilgangen antages at føre til behandlingsvalg, der passer til patienten, og dermed øge behandlingskompliansen og optimere det ønskede resultat.

Forsker og teoriudviklere har længe diskuteret rationelle versus irrationelle valg (Evans & Stanovich, 2013). I relation til SDM og behandlingen af psykiske lidelser, er det muligvis irrelevant at fokusere på, hvorvidt beslutningen er rationel eller irrationel. Det er dog væsentligt at undersøge, om beslutningen er tilstrækkelig eller utilstrækkelig. Selvom mennesket tager irrationelle valg, er det muligt, at valget alligevel er tilstrækkeligt (Evans & Stanovich, 2013). At irrationel beslutningsadfærd kan være tilstrækkelig i behandlingen af psykiske lidelser, understøttes empirisk af studiet af Loh et al. (2006), hvor patienterne fra SDM-interventionen udviste større tilfredshed med behandlingen end patienterne fra kontrolinterventionen. Ligeledes viste studiet af Joosten et al. (2009), at anvendelse af SDM førte til bedre kliniske resultater end den vanlige behandling. Det er således muligt, at anvendeligheden af SDM ikke er påvirket af menneskets tendens til at tage irrationelle beslutninger. Det er ligeledes muligt, at opbygningen af SDM og klinikerens faglige ekspertise kan sikre, at beslutningen vedrørende behandlingstiltag er tilstrækkelig til et positivt

udbytte. Studiet af Redelmeier og Shafir (1995) angiver dog, at selv lægers behandlingspræferencer er ustabile og kontekstafhængige, hvilket kan tænkes også at være gældende for klinikere, der anvender SDM.

### **Konklusion på del 3**

I ovenstående afsnit blev SDM analyseret og diskuteret ud fra teorier om beslutningstagning. Formålet var at belyse, hvordan SDM danner en ramme for behandlingsvalget, og hvordan denne ramme har betydning for behandlingsvalget, og derigennem betydning for behandlingskomplians og det kliniske resultat.

Teoriene om beslutningstagning og forskningen inden for præferencer understøtter delvist anvendelsen af SDM. Den generiske model understøtter anvendelsen af SDM, da modellen angiver, at præferencer er fundamentet for en beslutningsproces, og derfor har betydning for beslutningen og den efterfølgende adfærd. Modellen understreger betydningen af information for individets præferencer, og SDM har et særligt fokus på informationsudveksling. SDM giver således en ramme for kliniske beslutninger, der støtter identificering af patientens behandlingspræference, og såfremt denne præference guider beslutningen om de endelige behandlingstiltag, har tilgangen potentiale til at øge patientens behandlingskomplians. Anvendeligheden af SDM bliver således et spørgsmål om, hvorvidt SDM formår at hjælpe patienten med at udvikle og identificere præferencer, der er tilstrækkelige til at fremme behandlingskomplians.

Beslutningstagningsteoriene giver forskellige perspektiver på mulige implikationer ved tilgangens inddragelse af patientpræferencer. Ifølge teorien om expected utility vil patienten identificere den behandlingspræference, der har størst nytteværdi for dem. En behandling, der fører til et ønsket resultat, og som har en acceptabel sandsynlighed for at resultatet indtræder. Expected utility understøtter derfor anvendelsen af SDM. Prospektteorien understøtter i mindre grad anvendelsen af SDM, særligt hvis anvendelsen af SDM er baseret på antagelsen om, at det er muligt

for patienten at identificere den behandling, der er mest relevant for dem og deres situation. Ifølge prospektteorien vil mange faktorer have betydning for patientens behandlingspræferencer, og disse faktorer er oftere relateret til menneskets tabsaversion end til patientens værdier og livssituation.

Forskningen i præferencer støtter prospektteoriens perspektiv på anvendeligheden af SDM. Forskningen viser, at individets præferencer er ustabile og kontekstafhængige, hvorfor anvendelsen af SDM ikke nødvendigvis fører til et bedre match mellem patient og behandlingstiltag. Samtidig viser forskningen, at individet har lettere ved at værdisætte en valgmulighed, såfremt den optræder i konjunktion med andre valgmuligheder, hvilket er tilfældet ved SDM. Dette understøtter anvendelsen af SDM frem for anvendelsen af en paternalistisk tilgang, hvor informeret samtykke indhentes på baggrund af én præsenteret behandlingsmulighed.

#### **Del 4. Teori om motivation**

Motivation giver retning til individets handlinger og giver individet energi samt vedholdenhed til at udføre handlingerne. Motivation er således forbundet med intention og handling, hvilket er fundamentet for adfærdsændring (R. M Ryan & Deci, 2000b).

Motivationsteorier kan derfor være relevante for forståelsen af SDM's anvendelighed i behandlingen af psykiske lidelser. Det pågældende afsnit tager udgangspunkt i teorien om selvdeterminering udviklet af Deci og Ryan. Self-determination theory (eng: SDT) udgør den samlede betegnelse for seks mindre teorier. Det følgende afsnit tager udgangspunkt i teorierne cognitive evaluation theory (CET) og organismic integration theory (OIT) (R. M. Ryan & Deci, 2017). Afsnittet belyser, hvordan viden om motivation kan danne et udgangspunkt for hypoteser om anvendeligheden af SDM med fokus på tilgangens patientinddragelse og den samarbejdende relation.

## **Self-determination theory**

Teorien om selvdeterminering er udviklet af Deci og Ryan i 1970'erne. Ifølge teorien kan mennesket være engageret og i udvikling, men mennesket kan også være passivt og opgivne. Menneskets væren i verden afhænger, ifølge teorien, af de kontekster mennesket indgår i (R. M Ryan & Deci, 2000b).

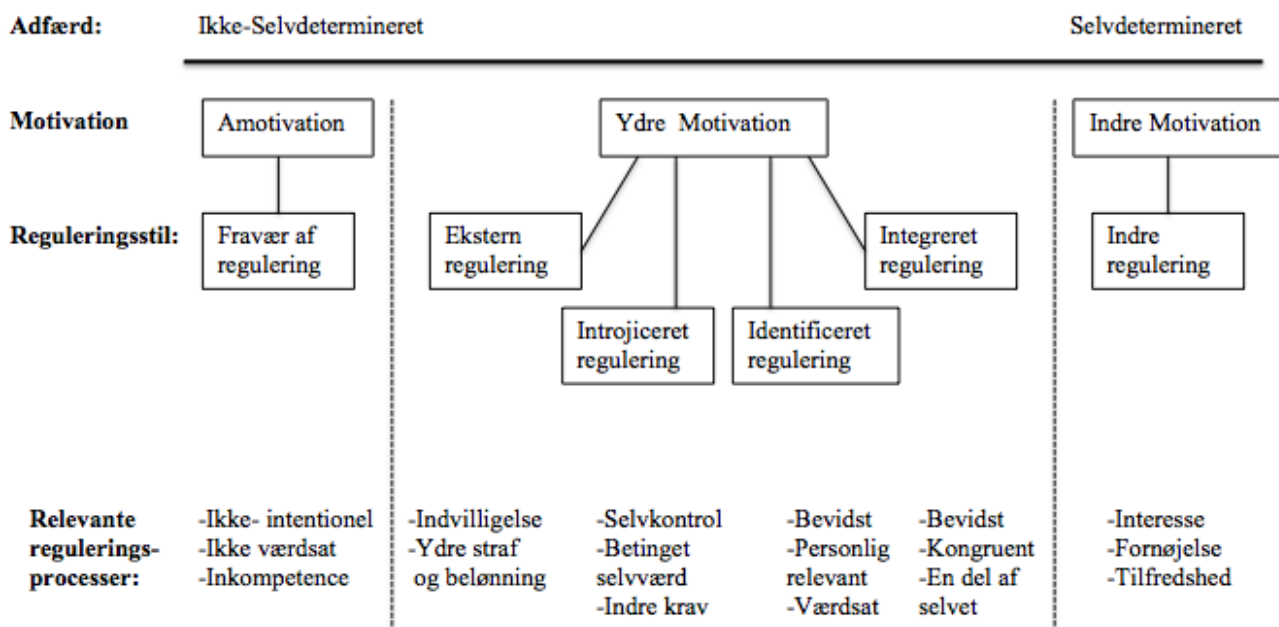
SDT hviler på antagelserne om, at mennesket besidder en iboende, indre motivation og at mennesket har en udviklingsorienteret tendens til at integrere og organisere sociale reguleringer i selvet (E. L. Deci & Ryan, 2012; R. M. Ryan & Deci, 2017). Deci og Ryan (2012) relaterer disse antagelser til individets grad af selvdeterminering og dermed individets væren i verden. Individets adfærd og livsudførelse er selvdetermineret, når den reguleres ud fra individets indre motivation, eller når den reguleres ud fra ydre motivationskilder, der er internaliseret i individets selvopfattelse (E. L. Deci & Ryan, 2012). SDT er således en teori om, hvordan motivation faciliteres (jf. CET), og hvordan ydre motiveret adfærd kan blive selvdetermineret (jf. OIT). Teoriens fokus er på sociale og kontekstuelle faktorer, der faciliterer eller hæmmer motivation (R. M Ryan & Deci, 2000b).

## **Amotivation, ydre motivation og indre motivation**

Ifølge SDT vil individets adfærd variere i graden af selvdeterminering. Selvdetermineret adfærd reguleres ud fra autonome reguleringsprocesser, imens adfærd, der ikke er selvdetermineret, reguleres ud fra kontrollerede og ydre reguleringsprocesser. Deci og Ryan (2000a, 2000b) relaterer de forskellige reguleringsformer til forskellige former for motivation. Motivation defineres ofte som et singulært begreb, og som en tilstand individet besidder i mere eller mindre grad (R. M Ryan & Deci, 2000b). Der er imidlertid mange faktorer, der motiverer mennesket, og disse faktorer er forskellige af natur, hvorved motivation antages at tage forskellige former (R. M Ryan & Deci, 2000b). Ryan og Deci (2000a, 2000b) illustrerer motivation som en tilstand, der løber langs et kontinuum, se figur 9. Teorien skelner mellem tre overordnede motivationsformer: amotivation,

ydre motivation og indre motivation. Disse motivationsformer er forbundet med forskellige reguleringsstile, der adskiller de tre motivationsformer fra hinanden. Ydre motivation er forbundet med fire forskellige reguleringsstile, som yderligere opdeler ydre motivation i motivationsformerne: integreret, identificeret, introjiceret og ekstern motivation (R. M Ryan & Deci, 2000b).

**Figur 9: Motivationskontinuummet**



*Figur 9. Motivationskontinuummet.*

Figuren illustrerer, hvordan de forskellige motivationsformer fordeler sig på et kontinuum i relation til deres forskellige reguleringsstile samt hvorvidt motivationsformen er forbundet med selvdetermineret eller ikke-selvdetermineret adfærd. De forskellige motivationsformer er forbundet med forskellige reguleringsprocesser, som har betydning for internaliseringen og integrationen af adfærdsreguleringen i individets selvopfattelse. Baseret på: "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being" af R. M. Ryan & E. L. Deci, (2000), *American Psychologist*, 55, s. 72.

Indre motivation er forbundet med adfærd, som interesserer og fornøjer individet. Adfærd guidet af indre motivation betegnes som selvdetermineret, da individet ikke udfører adfærd for at opnå en instrumental konsekvens (R. M Ryan & Deci, 2000a). Når individets adfærd er guidet af indre motivation, er det engageret, og yder alt hvad dets kompetencer tillader (Sheldon, 2012),

hvorved indre motivation er associeret med interesse, vedholdenhed og præstation (R. M Ryan & Deci, 2000b).

Integreret motivation og identificeret motivation er forbundet med aktiviteter og adfærd, som individet finder meningsfulde. Motivationsformerne illustrerer individets tendens til at identificere sig med en adfærd og internalisere den i sin selvopfattelse (R. M Ryan & Deci, 2000b). Adfærd guidet af disse motivationsformer er et personligt valg, og individet udfører adfærden frivilligt uden en fornemmelse af indre modstand. Integreret motivation adskiller sig fra identificeret motivation, idet værdien af adfærden er kongruent med andre værdier og behov, hvorved den er helt integreret i individets selvopfattelse (R. M Ryan & Deci, 2000a).

Introjeret motivation er forbundet med adfærd, som individet udfører grundet indre krav og selvbebrejdelse (Sheldon, 2012). Adfærd guidet af introjeret motivation reguleres ud fra et indre pres og opleves derfor af individet som en kontrollerede reguleringsform. Introjeret motivation er associeret med en adfærd, som individet ikke helt har accepteret som en del af selvet (R. M Ryan & Deci, 2000b). Adfærd motiveret af den introjeret motivation er derfor ustabil og kun svagt relateret til vedholdenhed (E. L. Deci & Ryan, 2012).

Ved ekstern motivation udfører individet en adfærd som følge af en instrumental konsekvens (Sheldon, 2012). Individet finder ikke nogen personlig værdi i adfærd guidet af ekstern motivation (R. M Ryan & Deci, 2000a), og ved adfærd motiveret af denne motivationsform oplever individet en følelse af tvang. Ekstern motivation er, ligesom introjeret motivation, baseret på en kontrollerende reguleringsform. Introjeret motivation udspringer af en intrapersonel kontrollerende regulering, mens ekstern motivation udspringer af en interpersonel kontrollerende regulering (R. M Ryan & Deci, 2000b).

Amotivation er et udtryk for individets manglende intention til at handle og dermed udeblivelsen af en given adfærd. Amotivation opstår, hvis individet ikke finder adfærden

meningsfuld, eller hvis individet ikke forventer et positivt resultat (R. M Ryan & Deci, 2000a, 2000b).

SDT anerkender, at ydre motiveret adfærd kan blive selvdetermineret, såfremt individet internaliserer og integrerer adfærdsreguleringen i sin selvopfattelse. Internalisering og integration kan dermed gøre ydre motiveret adfærd selvdetermineret, hvilket vil øge individets engagement i adfærden (R. M Ryan & Deci, 2000b). I teorien skelnes der således også mellem autonom motivation, som udgøres af indre, integreret og identificeret motivation samt kontrollerende motivation, som udgøres af introjiceret og ekstern motivation (R. M Ryan & Deci, 2000a, 2000b). Ved integreret og identificeret motivation er de ydre reguleringer blevet internaliseret og integreret i individets selvopfattelse. Ved internalisering har individet taget adfærdsreguleringen samt den underliggende værdi til sig, og ved integration har individet inkorporeret adfærdsreguleringen i sin selvopfattelse (R. M Ryan & Deci, 2000a). Individets motivation for en bestemt adfærd er således afhængig af, om adfærden samt dens værdi er internaliseret og integreret i individets selvopfattelse (jf. OIT)(R. M Ryan & Deci, 2000b). Internalisering og integration af en adfærd sker i varierende grad afhængigt af tidligere samt nutidige kontekstuelle faktorer (jf. CET) (E. L. Deci & Ryan, 2012).

### **Behovet for kompetence, autonomi og tilhørsforhold**

Ifølge teorien om selvdeterminering har mennesket fundamentale behov for at føle sig kompetent og autonomt samt et behov for samhørighed og tilhørsforhold (E. L. Deci & Ryan, 2012). Ryan og Deci (2012) definerer behov som *"organismiske fornødenheder for sund udvikling"* (s. 87) og de psykologiske behov som *"fornødenheder, der er essentielle for psykologisk vækst, integritet og trivsel"* (s. 87). SDT associerede oprindeligt behovet for autonomi, kompetence og tilhørsforhold med individets indre motivation (jf. CET), men behovene er efterfølgende blevet

relateret til individets internalisering og integration af ydre motiveret adfærd (R. M Ryan & Deci, 2000b).

*Kompetence.* Behovet for kompetence er individets behov for at kunne håndtere dets indre og ydre miljø (E. L. Deci & Ryan, 2012). Identificering af kompetence som et fundamentalt behov udspringer af Whites (1963) og Harters (1978) arbejde med begrebet ”*effekt motivation*” (eng: *effectance motivation*). Individets adfærd har til formål at have en effekt på omgivelserne, og at være kompetent kan sidestilles med at have en effektiv påvirkning på miljøet (E. L. Deci & Ryan, 1985; Harter, 1978). Ifølge SDT vil individets indre motivation faciliteres i interpersonelle kontekster, hvor individet modtager feedback og kommunikation, der signalerer over for individet, at det er kompetent (R. M Ryan & Deci, 2000b). Derudover er udeblivelse af nedgørende evaluering og optimale udfordringer forbundet med indre motivation (R. M Ryan & Deci, 2000b).

*Autonomi.* Behovet for autonomi er et udtryk for mennesket stræben efter frihed og regulering ud fra selvet. Autonomi sidestilles i SDT med individets behov for at opleve sin adfærd og livsudførelse som selvdetermineret (E. L. Deci & Ryan, 2012). Behovet for autonomi interagerer med behovet for kompetence, da individet skal have et vist kompetenceniveau for at kunne handle autonomt. Hvis individet ikke har kompetencerne til at påvirke miljøet, vil individet i højere grad være påvirket af miljøet, hvilket er modsvarende til autonomi (E. L. Deci & Ryan, 1985). Ifølge SDT vil individets indre motivation faciliteres i interpersonelle kontekster, der fordrer autonomi og undermineres i interpersonelle kontekster, der er karakteriseret ved kontrollerende instanser (Sheldon, 2012). Muligheden for at vælge samt miljøets anerkendelse af individets følelser og tanker er ligeledes forbundet med indre motivation (E. L. Deci & Ryan, 1985). Identificering af autonomi, som et fundamentalt menneskeligt behov, udspringer af deCharms (1968) begreb ”*locus of causalitty*”. Begrebet omhandler menneskets tendens til at tilskrive en indre eller ydre kausalitet til deres adfærd, hvor autonomi kan sidestilles med en indre kausalitet (R. M Ryan & Deci, 2000a).



*Tilhørsforhold.* Behovet for tilhørsforhold er et udtryk for menneskets behov for at indgå i meningsfulde relationer (E. L. Deci & Ryan, 2012). Behovet for tilhørsforhold og behovet for autonomi påvirker hinanden gensidigt, da autonomiunderstøttende relationer øger følelsen af tilhørsforhold. Ifølge SDT vil individet i højere grad opleve indre motivation i interpersonelle kontekster, der er karakteriseret ved indbyrdes relation, og i sociale relationer der er tryghedsskabende (R. M Ryan & Deci, 2000b). Deci og Ryan (2000b) relaterer behovet for tilhørsforhold og samhørighed til Bowlbys (2005) arbejde med tilknytning. Individets oplevelse af tilhørsforhold er dermed både afhængig af de interpersonelle relationer i den konkrete situation samt individets mere generelle relationelle base, der skal opleves som sikker, før individets behov for samhørighed opfyldes (R. M Ryan & Deci, 2000b).

Eftersom behovene også har betydning for internalisering og integrering af ydre motiveret adfærd, vil individets sociale kontekster også have betydning for individets integrerede, identificerede og introjicerede motivation (jf. OIT). Internaliseringen af ydre motiveret adfærd er påvirket af individets tilhørsforhold, da individet oftere internaliserer adfærd, som de har set andre relevante personer udføre eller værdsætte (R. M Ryan & Deci, 2000b). Oplevet kompetenceniveau menes ligeledes at være væsentligt for individets internalisering af en adfærd, da individet i højere grad overtager adfærd fra sociale kontekster, de finder sig kompetente til at udføre (R. M Ryan & Deci, 2000b). Autonomi har betydning for internalisering og integration af en adfærdsregulering, da individet skal finde reguleringen meningsfuld i relation til dets mål og værdier, hvilket kræver integritet (R. M Ryan & Deci, 2000b).

SDT angiver kontekstuelle faktorer, der kan anvendes til at generere hypoteser om individets motivation i en given situation, samt identificere relevante tiltag, der ville kunne understøtte individets autonome motivation.

## **Del 4. Teoretisk analyse og diskussion**

### **Shared decision-making og selvdeterminering**

Der er generel enighed om, at SDM tager udgangspunkt i en samarbejdende relation mellem kliniker og patient (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Den samarbejdende relation kommer til udtryk i SDM ved at informationsudvekslingen løber fra kliniker til patienten samt fra patienten til kliniker. Derudover er formålet med SDM, at kliniker og patient når til en fælles forståelse af problematikken og når til enighed om fremadrettede behandlingstiltag (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Ifølge SDT er individets væren i verden påvirket af den kontekst, individet indgår i og især de relationelle aspekter, der kendetegner konteksten (R. M Ryan & Deci, 2000b). SDM giver rammerne for en særlig relationel kontekst mellem kliniker og patient, hvorved SDM har potentiale til at understøtte patientens engagement og initiativ i behandlingen. I relation til behandlingen af psykiske lidelser, kan engagement og initiativ sidestilles med behandlingskomplians, hvor patienten fast tager sin medicin eller rutinemæssigt deltager i psykoterapeutisk behandling. Behandlingen af psykiske lidelser omhandler generelt identificering af relevante behandlingstiltag og patientadfærd, der kan reducere patientens symptomer (Freidl et al., 2016; Hamann et al., 2008). Forsøg på at fremme en bestemt behandlingsadfærd hos patienten kan tænkes at føre til en motivation for den pågældende adfærd, der enten er engageret, hvilket svarer til autonom motivation eller passiv eftergivende, hvilket svarer til ekstern eller introjiceret motivation (R. M Ryan & Deci, 2000a). Herudover er det muligt, at patienten stiller sig uvillig overfor den pågældende behandling og vælger ikke at udvise den påkrævede behandlingsadfærd, hvilket er et udtryk for amotivation (R. M Ryan & Deci, 2000a). SDM er ikke udformet til eksplicit at motivere patienten til at indgå i behandling eller udvise en bestemt behandlingsadfærd (G. Elwyn, 2016). Ud fra et teoretisk perspektiv kan SDM motivere den enkelte patient indirekte, idet tilgangen inddrager patienten og

giver patienten en relationel base. Ifølge SDT vil en klinisk kontekst, der fremmer patientens oplevelse af kompetence, autonomi og samhørighed være en forudsætning for patientens motivation for at indgå i behandling og fastholde behandlingen (Holtforth & Michalak, 2012).

Indre motivation er i høj grad associeret med udførelsen af adfærd eller aktiviteter, som individet finder interesse i eller fornøjelighed med (R. M Ryan & Deci, 2000b) Anvendelsen af SDM har derfor ikke potentiale til at etablere en indre motivation hos patienten i relation til behandlingsadfærd, da de fleste behandlingstiltag fordrer adfærd, som ikke er forbundet med lyst og indre interesse. Anvendelsen af SDM kan dog have betydning for, hvorvidt patienten oplever en af de ydre motivationsformer eller amotivation i forbindelse med behandlingen. Hvorvidt tilgangen faciliterer patientens internalisering og integrering af behandlingsadfærden i sit selvsystem, vil således have betydning for effekten af SDM på patientens motivation og dermed behandlingskomplians. Ved adfærdsreguleringer, der ikke er helt internaliseret fx ekstern og introjiceret motivation, vil motivationen være ustabil, og adfærden vil ikke være konsekvent eller længerevarende (E. L. Deci & Ryan, 2012). Ekstern og introjiceret motivation er dermed ikke optimale motivationsformer for patienter med psykiske lidelser, hvor behandlingen kræver, at de investerer tid og energi over længere perioder. Indre motivation, integreret og identificeret motivation guider selvdetermineret adfærd, og selvdetermineret adfærd er forbundet med større vedholdenhed og præstation, da individet finder adfærden meningsfuld. At SDM ikke fører til indre motivation hos patienten, er således ikke ensbetydende med, at SDM ikke kan have en positiv effekt på behandlingsengagementet og -initiativet hos patienter med psykiske lidelser.

Internalisering og integrering af en adfærdsregulering i patientens selvsystem antages at være påvirket af individets behov for kompetence, autonomi og tilhørsforhold (R. M Ryan & Deci, 2000b). Da SDM inddrager patienten i en samarbejdende relation, med hensigten om at nå til en fælles beslutning vedrørende behandlingstiltag, er det muligt, at SDM formår at opfylde patientens

behov for kompetence, autonomi og tilhørsforhold. Integreret og identificeret motivation er to ydre motivationsformer, hvor adfærden og formålet med adfærden er blevet internaliseret og integreret i individets selvopfattelse. Såfremt anvendelsen af SDM medfører, at patienten oplever sig selv som kompetent og autonom i håndteringen af sin psykiske tilstand, og at patienten oplever at have et klinisk tilhørsforhold, kan tilgangen facilitere integreret eller identificeret motivation hos patienten.

Individer, der er autonom motiveret for at ændre adfærd, så adfærden er sundhedsfremmende, formår oftere at lave en adfærdsændring og fastholde adfærden over tid (E. L. Deci & Ryan, 2012). Autonom motivation skal forstås som indre motivation, integreret motivation og identificeret motivation. Forskning viser, at autonom motivation er en god forudsigende faktor for det kliniske resultat i behandlingen af depression (Zuroff et al., 2007). Patienter, som havde autonom motivation for behandlingen, opnåede et bedre klinisk resultat som følge af interpersonel terapi, kognitiv adfærdsterapi eller medicinsk behandling (Zuroff et al., 2007). Ud fra et teoretisk perspektiv med udgangspunkt i SDT, har SDM potentiale til at påvirke patientens motivation, hvilket kan tænkes at have betydning for behandlingskomplians og dermed betydning for det kliniske resultat. Dette understøttes empirisk af forskning i patientmotivation og klinisk udbytte hos patienter med depression, der viser, at autonom motivation fremmer positive behandlingsresultater på tværs af behandlingstiltag (Zuroff et al., 2007). Der er dog ingen studier, der har undersøgt sammenhængen mellem SDM, patientmotivation, behandlingskomplians og klinisk udbytte. Studierne fra litteraturgennemgangen er modstridende i deres fund i relation til effekten af SDM på behandlingskomplians. Et studie fandt forbedret behandlingskomplians som følge af SDM (Mott et al., 2014), mens tre studier ikke fandt nogen forskel mellem SDM og den vanlige behandling i relation til behandlingskomplians (Hamann et al., 2006; Ishii et al., 2017; Loh, Simon, et al., 2007). Derudover var der kun et studie, der fandt en positiv effekt af SDM på patientens kliniske udtryk, og studiet inddrog ikke mål for patientens behandlingskomplians (Joosten et al., 2009). Til trods for

at SDM har et teoretisk potentiale til at understøtte patientens autonome motivation, er det således muligt, at dette potentiale ikke manifesteres i praksisanvendelsen af SDM.

### **Den kompetente, autonome og relationelle patient**

Teorien om selvdeterminering illustrerer, hvordan motivation guider individets adfærd, og hvordan individets motivation afhænger af internalisering og integrering af adfærdsreguleringerne (jf. OIT). Derudover viser empirien vigtigheden af autonom motivation i behandlingen af psykiske lidelser (Zuroff et al., 2007). For at forstå anvendeligheden af SDM ud fra et motivationsteoretisk perspektiv, er det således væsentligt at forstå, hvordan SDM fremmer eller hæmmer individets internalisering og integration af adfærdsreguleringer, der er relevante for behandlingen.

*Behovet for kompetence.* Behovet for kompetence er individets behov for at kunne håndtere dets indre og ydre miljø (E. L. Deci & Ryan, 2012). Ifølge SDT vil feedback og kommunikation, der signalerer over for individet, at det er kompetent, facilitere autonome motivation (R. M Ryan & Deci, 2000b). I SDM italesættes patienten som en ekspert på lige fod med klinikerens. Patienten har ekspertise i sygdomsoplevelsen og besidder relevant information om egne værdier, præferencer og mål for behandlingen (Charles et al., 1997). Anvendelsen af SDM i behandlingen af psykiske lidelser kan dermed tænkes at signalere til patienten, at de er kompetente i håndteringen af deres lidelse, og at de besidder kompetencer, der er vigtige for identificeringen af den rette behandling. Samtidig er der generelt enighed om, at klinikerens skal følge op på mulige misforståelser under anvendelsen af SDM (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). Denne komponent af SDM vil formentlig enten understøtte eller hæmme patientens oplevelse af kompetence. Hvis der er opstået misforståelser, eller patienten udviser problemer med forståelse af de sundhedsfaglige informationer, kan det reducere patientens oplevede kompetenceniveau. Individet internaliserer oftere adfærdsmål i selvsystemet, hvis de forstår baggrunden for målene (R. M Ryan & Deci, 2000a). Dermed er patientens forståelse af de sundhedsfaglige informationer vigtig for

patientens internalisering af behandlingsmålene, der ifølge SDT vil føre til autonom motivation for behandlingen. Hvordan informationen deles med patienten samt informationens kompleksitet er dermed væsentlig, såfremt SDM skal opfylde patientens behov for kompetence. Individets internalisering af adfærdsmål afhænger ligeledes af, hvorvidt individet oplever at besidde relevante ressourcer og evner til at nå målene (R. M Ryan & Deci, 2000a). I de forskellige defineringer af SDM fremgår det ikke, hvorvidt tilgangen hjælper patienten med at tilegne sig redskaber, der er relevante for at indgå i og fastholde behandlingen (Charles et al., 1997; G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). I den Integrative model for SDM tager beslutningen vedrørende behandlingstiltag dog udgangspunkt i patientens self-efficacy (Makoul & Clayman, 2006), hvilket på nogle områder kan sidestilles med patientens kompetenceniveau og evne til effektivt at håndtere sit indre og ydre miljø.

I SDM modtager patienten information om de forskellige behandlingstiltag ud fra ideen om, at information reducerer den asymmetriske relation mellem kliniker og patient og giver patienten kontrol over sin sygdomssituation (Trevena & Barratt, 2003). Denne tilgang er i kontrast til den paternalistiske model, hvor patienten modtager information om behandlingstiltag for at sikre informeret samtykke (Charles, Whelan, et al., 1999). SDM har således til formål at reducere patientens oplevelse af afmagt via informering. At SDM leder til øget informationsniveau hos patienten understøttes empirisk af studiet af Hamann et al. (2006), hvor patienterne fra SDM-gruppen udviste signifikant mere viden om deres lidelse og behandlingsmuligheder end patienterne fra kontrolgruppen efter den kliniske konsultation. Information muliggør effektiv håndtering af miljøet, hvorved information er en vigtig komponent for, at patienten kan føle sig kompetent. Informationsfasen i SDM kan således opfylde patientens behov for kompetence. Samtidig er det muligt, at informationsfasen i SDM er overvældende for patienten, da der fremlægges meget ny information, samtidig med at patienten skal deltage aktivt i beslutningsprocessen. Det kan tænkes,

at patienter, der oplever inddragelsen og informationerne som overvældende, i højere grad vil opleve en følelse af inkompetence end en følelse af kompetence. I Elwyns (2016) model for SDM, præsenteres patienten for de potentielle behandlingsmuligheder over to gange, så behandlingsmulighederne løbende beskrives mere detaljeret. Denne tilgang kan reducere risikoen for, at patienten bliver overvældet og oplever at føle sig inkompetent i forbindelse med beslutningsprocessen men også i forhold til at kunne gennemføre behandlingen og varetage sin psykiske tilstand. Inddragelse af beslutningsværktøjer kan formodentlig også reducere risikoen for, at patienten bliver overvældet i forbindelse med informationsfasen.

Internaliseringen af ydre motiveret adfærd fremmes, når individet føler sig kompetent (R. M Ryan & Deci, 2000b). Tilgange, der understøtter patientens behov for at være kompetent, autonom og i relation til andre, vil ud fra et teoretisk perspektiv internalisere behandlingsadfærden i patientens selvopfattelse, hvormed patientens behandlingskomplians muligvis øges og patienten oplever et forbedret resultat. Ud fra definitionen af SDM kan tilgangen formentlig opfylde patientens behov for kompetence, men det er samtidig muligt, at tilgangen utilsigtet reducerer patientens oplevede kompetenceniveau. Derudover afhænger internaliseringen og integreringen af ydre motiveret adfærd ligeledes af behovet for autonomi og behovet for tilhørsforhold.

*Behovet for autonomi.* Behovet for autonomi er individets behov for at opleve sin adfærd som selvdetermineret og ikke styret af ydre faktorer. Formålet med SDM er at inddrage patienten i beslutningerne vedrørende behandlingstiltag, og SDM anerkender dermed patienten som autonom. Charles og kollegaer (1997) samt Makoul og Clayman (2006) understreger patienten som et autonomt individ, idet rolleafklaring indgår i deres definition af SDM. I rolleafklaringen tydeliggøres det over for patienten, at de har del i beslutningsprocessen, og at processen, med at nå frem til behandlingstiltag, tager udgangspunkt i deres behandlingspræference. Ifølge Ryan og Deci (2000b) er kontekster, der indeholder valgmuligheder forbundet med internalisering af ydre

motiveret adfærd. Idet SDM er en tilgang, der omhandler valg og inddrager patienten i valget, opfylder tilgangen muligvis patientens behov for autonomi og fremmer internalisering af behandlingsadfærden. Forskning inden for behandling af misbrugslidelser indikerer, at patienter, der presses til at indgå i behandling, oftere stopper behandlingen præmatur end patienter, der selv har taget initiativ til behandling (R. M Ryan, Plant, & O'Malley, 1995). Samme studie viste, at patienter, der udviste autonom motivation ved behandlingens opstart, udviste øget involvering og behandlingskomplians. Empirien understøtter således relevansen af autonomi for individets fastholdelse af behandlingstiltag, samt antagelsen om at autonom motivation har betydning for patientens behandlingskomplians. Ud fra et teoretisk perspektiv kan det tænkes, at SDM opfylder patientens behov for autonomi, og at det kan føre til autonom motivation, der vil have en positiv effekt på behandlingskomplians og det kliniske resultat.

Patientens autonominiveau og selvstændighed varierer på tværs af de forskellige SDM definitioner. Hos Elwyn (20016) anses patienten i høj grad som autonom, idet klinikerens kun skal give udtryk for sin præference, såfremt patienten beder om den. I andre defineringer af SDM er der generel enighed om, at klinikerens skal præsentere sine anbefalinger for patienten i overvejelserfasen, hvorved patientens status er mindre selvstændig (Charles et al., 1997; Makoul & Clayman, 2006). Det er muligt, at de forskellige tilgange til SDM påvirker patientens oplevelse af autonomi forskelligt. Anerkendelse af individets følelser og tanker er dog ligeledes forbundet med internalisering af ydre motiveret adfærd (R. M Ryan & Deci, 2000b), hvorved det muligvis er klinikerens anerkendelse af patientens informationer og præferencer, der har potentiale til at fremme patientens motivation for behandlingen. I SDM anerkendes patienten og dennes holdninger til behandlingsmetoderne, og SDM kan derfor føre til identificeret eller integreret motivation. I relation til behandlingen af psykiske lidelser, vil identificeret og integreret motivation være væsentlig for patientens behandlingskomplians. Forskning underbygger relevansen af autonome



motivationsformer for behandlingsresultatet hos patienter med depression samt misbrugslidelser (R. M Ryan et al., 1995; Zuroff et al., 2007). Zuroff og kollegaer (2007) fandt, at hvis klinikerens fordrer patientautonomi, vil patienterne i højere grad udvise autonom motivation for behandlingen og opnå et bedre resultat.

Eftersom SDM er en samarbejdende tilgang, vil patientens oplevelse af autonomi formodentlig ikke kun afhænge af anvendelsen af SDM, men ligeledes af klinikerens der har ansvaret for konsultationen. Hvis klinikerens ikke formår at inddrage og lytte til patienten under de forskellige faser i SDM, vil tilgangen ikke føre til en oplevelse af autonomi hos patienten. De fleste klinikere er vant til en paternalistisk tilgang i den kliniske kontekst, hvorved de ubevidst kan trække på rutinepræget adfærd, der ikke inddrager patienten i den grad, som er tiltænkt ved SDM. Træning af klinikerens samt anvendelse af beslutningsværktøjer kan formentlig hjælpe klinikerens til oprigtigt at indgå i SDM og aktivt inddrage patienten. Det er uvist, hvor ofte der opstår uenigheder og konflikter i forbindelse med den sidste fase af SDM, hvor kliniker og patient skal nå frem til en fælles beslutning om fremadrettede behandlingstiltag. I studiet af Hamann et al. (2006) rapporterede klinikerne, at de endelige behandlingstiltag for patienterne med skizofreni i 22 % af tilfældene endte med en behandling, som var en anden end den behandling, klinikerens oprindeligt havde tiltænkt. Ud fra studiet er Hamann og kollegaer (2006) tyder det på, at klinikerne formår at støtte patientens autonomi og tilsidesætte eget perspektiv. I et andet studie undersøgte Joosten og kollegaer (2011) ændringer i patientens interpersonelle adfærd som følge af en SDM-intervention. Til trods for at patienterne fra SDM-gruppen udviste mere autonom adfærd ved afslutningen af behandlingen, så viste studiet, at adfærdsændringen i højere grad kunne forklares ud fra forskellene i klinikerens og patientens interpersonelle adfærd ved baseline end med selve SDM-interventionen. Sammenhængen mellem anvendelsen af SDM og klinikerens interpersonelle adfærd er således interessant for at forstå sammenhængen mellem anvendelsen af SDM og patientautonomi.

Anvendelsen af SDM er ikke ensbetydende med at patientens behov for autonomi opfyldes, og at patienten derigennem etablerer en autonom motivation for at indgå i behandlingen. Klinikerens samt kvaliteten af SDM-tilgangen har betydning for, om tilgangen fører til opfyldelse af patientens behov for autonomi, kompetence og tilhørsforhold. Hvilket understreger vigtigheden af korrekt implementering af SDM og oplæring af fagpersoner, såfremt SDM skal anvendes i behandlingen af psykiske lidelser. I den systematiske litteratursøgning blev der kun identificeret fem studier, der havde en acceptabel anvendelse af SDM i behandlingen af psykiske lidelser, hvilket indikerer, at SDM som tilgang og som begreb ikke bliver anvendt stringent.

*Behovet for tilhørsforhold.* Behovet for tilhørsforhold er individets behov for at indgå i meningsfulde relationer (E. L. Deci & Ryan, 2012). I relation til behandlingen af psykiske lidelser, kan behovet for tilhørsforhold relateres til den terapeutiske relation mellem patienten og klinikerens. SDM søger at reducere den asymmetriske relation mellem klinikerens og patientens, hvilket kan antages at fremme den terapeutiske relation og patientens oplevelse af et klinisk tilhørsforhold. Derudover tydeliggøres det for patientens, at klinikerens vil hjælpe og støtte patientens i identificering af præferencer og i processen med at nå frem til en beslutning (G. Elwyn, 2016). Tilgangen har dermed ikke kun potentiale til at opfylde patientens behov for autonomi men ligeledes at opfylde patientens behov for samhørighed, da patientens ikke overlades alene med beslutningen.

Kommunikation om personlige forhold, deltagelse i fælles aktiviteter, udeblivelse af diskussioner og konflikter, forståelse og værdsættelse samt reducere af selvbevidste, usikre følelser er forbundet med oplevelsen af samhørighed og tilhørsforhold (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000). SDM tager udgangspunkt i patientens personlige forhold i relation til den psykiske lidelse, og klinikerens skal søge at forstå og værdsætte patientens perspektiv. SDM indeholder dermed elementer, der menes at bidrage til individets oplevelse af tilhørsforhold. Som det fremgår af afsnittet om autonomi, er det uvist, hvorvidt SDM kan føre til konflikter i den

endelige beslutningsfase, og hvorvidt den uvante inddragelse kan føre til usikkerhed hos patienten. Konflikter vil, ifølge Reis og kollegaer (2000), føre til en distance mellem parterne og reducere oplevelsen af samhørighed, mens usikkerhed hos patienten vil rette dennes opmærksomhed mod sit indre frem for den fælles interaktion. SDM kan tænkes at opfylde patientens behov for samhørighed, men det er også muligt, at tilgangen utilsigtet hindrer etableringen af en god terapeutisk relation og et klinisk tilhørsforhold. Formålet med SDM er dog at etablere en positiv samarbejdende relation, og såfremt dette lykkes, kan tilgangen opfylde patientens behov for samhørighed. Oplevelsen af tilhørsforhold er væsentlig for patientens internalisering af adfærdsreguleringer, da individet oftere internaliserer adfærd, der værdsættes af signifikante andre (R. M Ryan & Deci, 2000b). Samhørighed som følge af SDM kan dermed fordre autonom motivation hos patienten, hvilket er relevant for behandlingskomplians, ud fra et teoretisk perspektiv.

Det er tvivlsomt, om SDM over en enkelt klinisk konsultation kan opfylde patientens behov for tilhørsforhold. Forskning viser, at patienter i behandling af depression udviste signifikant lavere autonom motivation, hvis de indgik i medicinsk behandling sammenlignet med psykoterapeutisk behandling (Zuroff et al., 2007). Behandlingsformerne varierede i mængden af klinisk interaktion, hvorved det kan overvejes om forskellen skyldes, at medicingruppen havde mindre kontakt med en kliniker. I relation til anvendelsen af SDM i behandlingen af psykiske lidelser, er det muligt, at SDM over flere sessioner skal være en præmis. Det vil være muligt, da et psykoterapeutisk behandlingsforløb består af flere sessioner, og medicinsk behandling med fordel kan suppleres med løbende opfølgningssamtaler. Det eneste studie, der fandt et forbedret klinisk resultat som følge af SDM, anvendte en intervention, hvor SDM blev anvendt over fem kliniske sessioner (Joosten et al., 2009). Samme forskningsgruppe viste, at patienternes og klinikernes behandlingsmål blev mere kongruente, som SDM-konsultationerne skred frem (Joosten, De Weert-Van Oene, Sensky, Van

Der Staak, & De Jong, 2011). Dette er relevant i relation til patientens oplevelsen af et klinisk tilhørsforhold, da fælles mål er et af de tre karakteristika ved en god terapeutisk alliance (Bordin, 1979). Derudover angiver Deci og Ryan (2000b), at mål, der pålægges individet, reducerer deres autonome motivation, hvilket understreger relevansen af fælles mål i behandlingen af psykiske lidelser.

Ifølge de teoretiske definitioner af SDM skal kliniker og patienten nå til en fælles forståelse af patientens problematikker, før det er meningsfuldt at overveje, hvordan problematikkerne skal adresseres (G. Elwyn, 2016; Makoul & Clayman, 2006). En fælles forståelse af patientens problematikker og den samarbejdende tilgang i SDM vil teoretisk set have en positiv effekt på den terapeutiske relation. Den terapeutiske relation kan sidestilles med oplevelsen af klinisk tilhørsforhold, der opfylder patientens behov for at indgå i meningsfulde relationer. SDM kan tænkes at fremme patientens behandlingskomplians, idet tilgangen inddrager elementer, der har potentiale til at opfylde patientens behov for samhørighed og fremme patientens motivation for de endelige behandlingstiltag. Et studie fra litteraturgennemgangen undersøgte relationen mellem kliniker og patienten som følge af SDM. SDM førte ikke til en bedre terapeutisk relation end den vanlige behandling (Hamann et al., 2006). Målene var dog baseret på klinikerrapporteringer, hvorved det ikke er muligt at udlede, hvilken betydning SDM har for patientens oplevelse af det kliniske tilhørsforhold.

#### **Konklusion på del 4**

I ovenstående afsnit blev SDM analyseret og diskuteret ud fra motivationsteorien SDT. Formålet var at belyse, hvordan SDM skaber en interpersonel kontekst for beslutningsprocessen, og hvordan denne kontekst kan tænkes at øge patientens motivation for behandlingen og således påvirke behandlingskomplians og klinisk udtryk.

Ifølge teorien om selvdeterminering skyldes lav behandlingskomplians kliniske kontekster, der ikke opfylder patientens behov for kompetence, autonomi og samhørighed, hvorved konteksten hæmmer patientens autonome motivation. SDM indeholder komponenter, der har potentiale til at opfylde disse behov. Den samarbejdende relation, tilstedeværelsen af valgmuligheder og udvekslingen af information har et særligt fokus i SDM og kan fremme patientens internalisering af behandlingsadfærd samt fremme patientens autonome motivation. Forskning i patientmotivation illustrerer relevansen af autonom motivation for behandlingskomplians og de kliniske resultater i behandlingen af henholdsvis depression og misbrugslidelser. SDM har dermed potentiale til at øge behandlingskomplians hos patienter med psykiske lidelser og reducere deres kliniske symptomer.

Teorien om selvdeterminering samt forskningen inden for motivation og behandling af psykiske lidelser, understøtter anvendelsen af SDM. Eftersom SDM er en interaktiv proces mellem to individer, har tilgangen dog også potentiale til utilsigtet at påvirke patientens autonome motivation negativt. Hvis patienten bliver overvældet af beslutningsprocessen eller oplever at klinikerne ikke lytter til dem, vil patienten formodentlig opleve amotivation for behandlingstiltagene. I alle interaktioner mellem en kliniker og en patient er der dog risiko for, at patienten oplever den interpersonelle kontekst som negativ. Selvom anvendelsen af SDM ikke garanterer at disse problemstillinger undgås, kan tilgangen reducere risikoen for, at patienten oplever den kliniske kontekst som amotiverende.

Det kan overvejes, om SDM over en enkel session kun vil øge patientens motivation for at indgå i beslutningstagningen, og at tilgangen dermed ikke har en længerevarende effekt på patientens behandlingsmotivation. En løbende anvendelse af SDM i behandlingen af psykiske lidelser kan tænkes at øge sandsynligheden for, at der opnås en positiv effekt på behandlingskomplians og klinisk mål, da tilgangen dermed har længerevarende effekt på patientens motivation.

## Del 5. Diskussion, konklusion og perspektivering

Det følgende afsnittet samler viden og refleksioner på tværs af de tidligere opgavedele i en diskussion over opgavens metode samt en opsummerende konklusion og perspektivering.

### Diskussion

I følgende afsnit vil den anvendte metode diskuteres. I afsnittet gennemgås opgavens definition af SDM, den systematiske søgning og de anvendte søgeord samt de teoretiske forståelsesrammer, der er anvendt til at besvare opgavens problemformulering. Afslutningsvis diskuteres en alternativ forståelsesramme.

*Defineringen af SDM.* Opgaven har søgt at redegøre bredt for begrebet og tilgangen SDM ved at sammenholde tilgangen med andre former for beslutningstagning og ved at præsentere tre konkrete modeller for SDM. Grundet de mange definitioner af SDM, er det muligt, at opgaven ikke har belyst bredden af SDM tilstrækkeligt. De anvendte modeller er dog alle veletablerede i den videnskabelige verden, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at Charles et al. (1997) er citeret i 609 artikler, Elwyn et al. (2000) er citeret i 454 artikler, og Makoul og Clayman (2006) er citeret i 632 artikler (Scopus, 2019). Derudover repræsenterer modellerne en teoretisk, en procesorienteret og en integrativ model for SDM. Formålet med begrebsafklaringen var at illustrere, hvordan de forskellige definitioner overlapper og afviger fra hinanden samt hvordan tilgangen kan relateres til behandlingen af psykiske lidelser. Der kan således argumenteres for, at begrebsafklaringen af SDM er tilstrækkelig bred for opgavens problemformulering, men det anerkendes, at opgaver med større omfang med fordel kan inddrage og sammenholde flere definitioner.

I processen med at definere SDM er det blevet tydeligt, at de forskellige definitioner placerer stort fokus på informationsudvekslingen, hvilket udviklingen og anvendelsen af beslutningsværktøjer også illustrerer. Beskrivelse af selve beslutningskomponenten er sparsom, og det fremgår ikke af definitionerne, hvordan man når frem til en fælles beslutning, eller hvordan

klinikerens skal håndtere konflikter og uenigheder. Derudover er det uvist, om SDM giver patienten redskaber og strategier til at handle i overensstemmelse med den endelige beslutning, hvilket er væsentligt, hvis tilgangen skal sikre behandlingskomplians. Det er således svært at vurdere anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser udover anvendeligheden af, at patienten er velinformeret og har mulighed for at ytre sin mening. Informationsudveksling er relevant, da patienter tidligere ikke har følt, de besad tilstrækkelig viden til at udforme en behandlingspræference (Gonzalez et al., 2005). Viden og information giver dog ikke patienten tilstrækkelig magt til at indgå i beslutningsprocessen på lige fod med klinikerens (Joseph-Williams et al., 2014), hvorved SDM skal række udover informationsudveksling. SDM er således både et bredt og forholdsvist vagt koncept, og en teoretisk specificering kan tænkes at optimere både forskning og praksisanvendelse af SDM. Til trods for manglerne i definitionen af SDM er det vigtigt at påpege, at SDM er mere specificeret end begrebet patientinddragelse (Institute of Medicine, 2001), hvilket er en positiv kvalitet ved SDM (G. Elwyn et al., 2000).

*Den systematiske søgning og litteraturgennemgang.* Opgavens metodiske udgangspunkt er den systematiske søgning og gennemgang af litteraturen. Den systematiske søgning var guidet af opgavens problemformulering og havde til formål at identificere studier med et tydeligt fokus på SDM i interaktionen mellem kliniker og patient. Som det fremgår af *Del 2*, medførte den smalle operationalisering, at der blev identificeret få relevante artikler. Fravær af studier kan dog anses som et vigtigt fund i sig selv, da det indikerer huller i evidensbasen (Boland et al., 2017). De få artikler tydeliggør opgavens underliggende problemstilling om, at SDM anvendes til trods for manglefuld og modstridende evidens, og fraværet af relevante studier retfærdiggør inddragelsen af teoretiske analyser i opgaven.

Andre forhold, der kan have betydning for antallet af identificeret studier, er den anvendte søgestrategi, som bestod af søgeblok a) psykiske lidelser, b) shared decision-making/SDM og c)

effektmål. Søgeblok a) definerer populationen som personer med psykiske lidelser. Denne bredde findes acceptabel, da SDM er forholdsvis udforsket, hvorved det blev antaget, at der kun eksisterede få studier om SDM i behandlingen af de enkle diagnoser. En begrænsning ved søgeblok a) er, at de specifikke lidelser ikke fremgår som selvstændige søgeord i søgningen. MeSH-termer blev anvendt for at kompensere for denne mangel. Der kan forekomme forsinkelser i indeksering af MeSH-termer, da artiklerne skal gennemgås, før de får en indeksering (Rosenberg et al., 2016).

Anvendelsen af MeSH-termer kan derfor være problematisk, hvis der skal identificeres studier af nyere dato.

Søgeblok b) illustrerer søgningens samt opgavens entydige fokus på SDM. Søgeblokken kunne være udvidet med flere søgeord fx "treatment matching" og "patient choice" for at identificere studier, der har anvendt tilgange, der ikke introduceres som SDM, men som kan sidestilles med tilgangen. Grundet opgavens omfang blev søgeblok b) holdt simpel og konkret.

Søgeblok c) består af forskelligartede effektmål, hvilket er atypisk for systematiske reviews, der normalt fokuserer på enkelte variabler og afgrænsende hypoteser (Rosenberg et al., 2016). Joosten og kollegaer (2008) argumenterer for anvendelsen af forskellige mål, når effekten af SDM skal undersøges grundet kompleksiteten af SDM. Søgeblokken indeholder derfor forskellige mål, der tidligere er anvendt i forskningslitteratur om patientcenteret kommunikation og behandling (Ong et al., 1995). Da SDM anses som en strategi til at opnå patientcenteret behandling (Joosten et al., 2008), findes målene relevant til at registre og vurdere effekten af SDM i behandling af psykiske lidelser.

Som det fremgår, er søgestrategien underlagt forskellige valg og fravalg, der kan have haft betydning for identificering af studierne. Derudover kan udvælgelsen af relevante studier, kvalitetsvurderingen samt datasyntesen være påvirket af, at være foretaget af en enkel person. Det anbefales, at screening, udvælgelse og dataudtræk til systematiske reviews udføres af flere personer



for at sikre inter-rater reliabilitet (Furlan et al., 2009). Som følge af søge- og udvælgelsesprocessen er det muligt, at litteraturgennemgangen ikke inkluderer alle, publicerede studier og relevante fund, hvilket kan have en betydning for opgavens konklusion. Da der ikke blev identificeret relevante studier via kædesøgninger eller gennemgang af tidligere systematiske reviews, kan det tyde på, at de identificerede artikler er repræsentative for feltet. Den valgte søgestrategi er baseret på relevant forskningslitteratur, og udvælgelsen af studier tog udgangspunkt i en systematisk proces via Covidence. Risikoen for bias blev vurderet ud fra et redskab udviklet af Cochrane, og dataudtræk blev foretaget systematisk via en dataform, se bilag 1. Der er således taget forbehold for at sikre, at opgavens metode er transparent og systematisk, men opgavens fund skal betragtes med ovenstående metodologiske valg i mente.

En styrke ved opgaven er inddragelsen af det systematiske review. Det systematiske review er øverst i evidenshierarkiet, da det samler evidens på tværs af studier, men kvaliteten af et review er samtidig underlagt kvaliteten af de inkluderede studier (Rosenberg et al., 2016). Kvaliteten af de inkluderede studier i opgavens review er fornuftig, da studierne er baseret på RCT studiedesign. RCT har et højt evidensniveau og er det studiedesign, der bedst kan vise kausale forhold (Rosenberg et al., 2016). I alle studierne var der en forholdsvis høj risiko for bias, hvilket har betydning for den samlede kvalitet af opgavens review og konklusion. Høj risiko for bias er ensbetydende med, at man ikke kan være sikker på, at studiernes fund er troværdige eller repræsenterer en sand effekt af den undersøgte intervention (Boland et al., 2017). Kvaliteten af litteraturgennemgangen kunne øges, hvis studier med større metodologiske begrænsninger var blevet ekskluderet. Grundet det lave antal af relevante artikler ansås det ikke som en mulighed i det konkrete tilfælde. Selv hvis der var identificeret flere studier, er det muligt, at de ville udvise samme metodologiske mangler, eftersom begrænsningerne ved de inkluderede studier skyldes udførelsen i en naturalistisk, klinisk kontekst. Opgavens systematiske review vil ligeledes

optimeres, hvis den kvalitative syntese af studierne fund blev suppleret med en kvantitativ syntese (Rosenberg et al., 2016). Der blev ikke foretaget metaanalyser grundet studierne kliniske heterogenitet (Rosenberg et al., 2016), hvilket bl.a. skyldes opgavens fokus på anvendeligheden af SDM på tværs af diagnoser og behandlingskontekster. Ovennævnte begrænsninger, er væsentlige for kvaliteten af litteraturgennemgangen, men skyldes i nogen grad opgavens fokus og problemformulering. Det har således ikke været muligt at undgå disse metodiske begrænsninger.

*Teoretiske forståelsesrammer.* Opgaven tager udgangspunkt i to teoretiske tilgange. Da SDM er tidligere sat i relation til SDT (G. Elwyn et al., 2012), og var det væsentligt at undersøge om teorien faktisk understøtter anvendelsen af SDM. Samtidig blev det fundet relevant at drage et nyt teoretisk perspektiv på SDM via teori om beslutningstagning, eftersom tilgangen anses som en beslutningstagningsmodel. De præsenterede teorier er velunderstøttet af eksperimentelle studier (Kahneman, 2013; R. M Ryan & Deci, 2000b), og de antages at kunne bidrage til at belyse delelementer af SDM. Det er dog væsentligt at overveje, om teorierne og deres underliggende empiri kan generaliseres til patienter med psykiske lidelser. SDT er tidligere blevet anvendt i sundhedsfremmende sammenhænge (Ng et al., 2012) og beslutningsteorierne udspringer af generelle psykologiske tendenser, der kan tænkes at være gældende på tværs af beslutningstagningskontekster (Newell et al., 2015). Opgaven er baseret på antagelsen om, at teorierne og deres bagvedliggende empiri kan generaliseres til patienter, der indgår i en kliniske beslutningsproces. Det har været relevant at inddrage flere teoretiske perspektiver for at belyse anvendeligheden af SDM. Grundet kompleksitet af SDM, er de teoretiske analyser ikke fyldestgørende, da de kun belyser tilgangens relationelle komponent samt dele af beslutningskomponenten.

*En alternativ forståelsesramme.* Begrebet Shared mind kan relateres til SDM, og danner således udgangspunkt for en alternativ forståelsesramme. Begrebet omhandler, hvordan nye

perspektiver kan opstå, når to eller flere personer deler tanker, følelser og intentioner (Epstein & Street, 2011). Shared mind kan enten føre til øget refleksion eller konformitet (Epstein & Street, 2011), hvilket gør begrebet interessant i forhold til opgavens teoretiske analyser.

Konformitet er interessant i relation til patientens beslutningstagningsadfærd samt patientens behov for kompetence og autonomi. Derudover er konformitet interessant i relation til SDM, da personlige værdier, præferencer og mål menes at være socialt medieret (Epstein & Street, 2011), hvorved konformitet muligvis er uundgåelig i interaktioner mellem kliniker og patient. En alternativ forståelsesramme for SDM kunne således tage udgangspunkt i konformitet og forskning af Solomon Asch (1956). Denne forståelsesramme ville kunne bidrage med nye perspektiver på SDM og supplere opgavens nuværende analyser. Fremtidige analyser om anvendelse af SDM i behandlingen af psykiske lidelser kan med fordel inddrage teorier af mere socialpsykologisk karakter om fx konformitet og konflikthåndtering. Dette fokus ligger dog uden for opgavens problemformulering, hvorved det ikke er blevet inddraget i opgaven.

## **Konklusion**

Formålet med opgaven var at undersøge anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser med udgangspunkt i problemformuleringen: Hvilken effekt har anvendelsen af shared decision-making på behandlingen af psykiske lidelser, og hvilke perspektiver giver teori inden for beslutningstagnung og motivation på anvendeligheden af shared decision-making? Besvarelsen af problemformuleringen har taget udgangspunkt i et empirisk og et teoretisk perspektiv på anvendelsen af SDM.

Ud fra opgavens empiriske perspektiv, kan det konkluderes, at SDM har en varierende effekt på behandlingen af psykiske lidelser. Det tyder på, at SDM er forbundet med øget patientdeltagelse, højere vidensniveau hos patienten, alternative behandlingstiltag og varierende behandlingsfredshed. SDM blev dog kun forbundet med øget behandlingskomplians og klinisk

bedring i et ud af fire studier. Litteraturgennemgangen indikerer, at SDM har en effekt på affektive og kognitive mål, men at tilgangen ikke har nogen konsekvent effekt på adfærds- og sundhedsmæssige mål. Dette fund er i overensstemmelse med tidligere systematiske reviews om SDM i behandlingen af medicinske og somatiske lidelser (Shay & Lafata, 2015).

Effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser er relevant i vurderingen af tilgangens anvendelighed. Anvendeligheden af SDM er dog ligeledes afhængig af, om vurderingen tager udgangspunkt i de etiske principper om patientinddragelse eller de etiske principper om nytteværdi. Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem interventionsgrupperne og kontrolgrupperne, der antyder, at SDM har en negativ effekt på relevante variabler. Derfor kan det konkluderes, at effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser som minimum afspejler effekten af den sædvanlige behandling. Såfremt anvendelsen af SDM er baseret på det etiske princip om patientinddragelse, kan SDM anses som anvendelig. Omkostningerne ved SDM i forhold til interventionens effektivitet er relevant for anvendelse af SDM i praksis. Flere af studierne viste, at konsultationstiden ikke blev forlænget som følge af anvendelse af tilgangen, og et studie viste, at klinikerne oplevede større tilfredshed med behandlingen, når SDM blev anvendt. Disse samt de positive resultater i forhold til affektive og kognitive mål understøtter anvendelsen af SDM, så længe der ikke foreligger studier, der viser, at SDM fører til reduceret symptomreduktion.

Ud fra det empiriske perspektiv, støtter opgaven ikke anvendelsen af SDM, såfremt anvendelsen er baseret på argumenter om øget behandlingskomplians og bedre kliniske resultater, da empirien ikke entydigt understøtter disse argumenter. At SDM fører til forbedringer, i relation til deltagelse, vidensniveau og tilfredshed, har dog potentiale til at have en positiv effekt på det kliniske udbytte, og eftersom der kun blev identificeret fem studier, bør effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser fortsat undersøges.

Ud fra opgavens teoretiske perspektiv, kan det konkluderes, at psykologiske teorier bidrager med forskellige perspektiver på anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser. Hvis SDM skal føre til patientadfærd, der fremmer psykisk trivsel fx via medicinindtag eller deltagelse i psykoterapi, skal behandlingsadfærden værdsættes personligt af patienten. Ud fra motivationsteori kræver det, at individets behov for autonomi, kompetence og samhørighed opfyldes, mens teorier om beslutningstagning påpeger relevansen af behandlingstiltag, patienten associerer med et positivt resultat og få personlige omkostninger.

Ifølge teorien om selvdeterminering kan SDM opfylde patientens behov for kompetence, autonomi og samhørighed, hvorved tilgangen fremmer patientens autonome motivation. Autonom motivation er af andre relateret til behandlingskomplians, hvorved det ud fra teorien om motivation kan konkluderes, at SDM har potentiale til at øge behandlingskomplians hos patienter med psykiske lidelser og reducere deres kliniske symptomer. Dette teoretiske perspektiv støttes dog ikke af opgavens empiriske fund. Ud fra teorien om selvdeterminering kan anvendelse af SDM også utilsigtet påvirke patientens autonome motivation negativt, hvis patienten bliver overvældet af beslutningsprocessen eller oplever, at klinikerne ikke lytter til dem. Teorien bidrager således med en mulig forklaring på den modstridende empiri. Dette perspektiv understreger betydningen af korrekt implementering af SDM samt oplæring af relevante fagpersoner, såfremt SDM skal anvendes i behandlingen af psykiske lidelser. Det kan konkluderes, at SDM er anvendelig i behandlingen af psykiske lidelser ud fra teorien om selvdeterminering.

Teori om beslutningstagning understøtter kun delvist anvendelsen af SDM i behandlingen af psykiske lidelser. Den generiske model understøtter tilgangens fokus på informationsudveksling og modellen illustrerer en mulig sammenhæng mellem patientpræference, behandlingskomplians og klinisk udtryk. Dette teoretiske perspektiv støttes ikke af opgavens empiriske fund, da empirien ikke konsekvent viser øget behandlingskomplians eller klinisk bedring som følge af SDM.

Anvendeligheden af SDM bliver således et spørgsmål om, hvorvidt SDM formår at udvikle og identificere behandlingspræferencer, som er tilstrækkelige til at guide et behandlingsvalg, der fører til behandlingskomplians.

Ud fra teorien om expected utility vil SDM føre til ideelle behandlingsvalg samt øget behandlingskomplians og klinisk remission. Ifølge prospektteorien vil anvendelsen af SDM føre til varierende resultater afhængig af patientens referencepunkt og individuelle karakteristika samt de præsenterede behandlingsinformationer. Eftersom SDM er blevet formet ud fra en empirisk, realistisk videnskabstradition, tager tilgangen udgangspunkt i det rationelle menneske, der tager rationelle beslutninger. Med udgangspunkt i teori om beslutningstagning og forskning i præferencer, kan det uddrages, at SDM er baseret på et teoretisk udgangspunkt, der ikke afspejler menneskets reelle beslutningstagningsadfærd. En vigtig pointe ifølge prospektteorien er, at patienter har en tendens til at evaluere valgmuligheder ud fra værdienheder og sandsynligheder, der har undergået en mental forvrængning. Det kan således konkluderes, at patienten ikke nødvendigvis tager rationelle valg, hvilket kan forklare den modstridende empiri i relation til SDM og behandlingen af psykiske lidelser.

Inddragelsen af beslutningsteoriene har således tilføjet et uventet fund til opgaven. Teoriene skulle bidrage med perspektiver på anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser, men den teoretiske analyse har samtidig tilføjet en forståelsesramme for den modstridende empiri og således bidraget med et nyt teoretisk udgangspunkt for SDM. Fremtidig forskning bør undersøge om prospektteorien kan bidrage til optimeringen af SDM og tilgangens effekt på behandlingen af psykiske lidelser.

På baggrund af ovenstående konkluderes det, at SDM udviser varierende effekt i behandlingen af psykiske lidelser, hvor det især er empiri i relation til øget behandlingskomplians og klinisk bedring, der findes mangelfuld. Teori inden for motivation bidrager med et positivt

perspektiv på anvendeligheden af SDM mens teori inden for beslutningstagning bidrager med perspektiver, der illustrerer problematikkerne ved menneskets beslutningstagningsadfærd og dermed anvendelsen af tilgangen. Disse perspektiver menes dog at kunne bidrage konstruktivt til optimeringen af SDM. Alle perspektiverne har bidraget til belysning af anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser, men de illustrerer samtidig relevansen af fremtidig forskning.

Opgavens konklusion og fund skal tolkes med forbehold, eftersom de empiriske fund er baseret på få studier og de teoretiske perspektiver kun udgør to ud af flere potentielle forståelsesrammer. De teoretiske analyser skal ses som potentielle forklaringsmodeller for anvendeligheden af SDM i behandlingen af psykiske lidelser samt toneangivende for, hvordan man kan undersøge SDM. Det er vigtigt at pointere, at anvendeligheden af SDM kan vurderes ud fra etiske principper om patientens rettighed til at deltage i beslutninger vedrørende dem selv eller nytteetiske principper om vigtigheden af at levere den bedste sundhedsindsats. Det etiske udgangspunkt har betydning for den endelige konklusion. Ovenstående opgave har undersøgt anvendeligheden af SDM med særlig fokus på det nytteetiske princip om, at tilgangen kan føre til øget tilfredshed, behandlingskomplians og et bedre klinisk resultat.

### **Perspektivering**

Da der løbende er blevet draget perspektiver til fremtidig forskning, vil afsnittet være en opsummerende afrunding på opgaven og et udgangspunkt for fremadrettet forskning.

Som følge af den systematiske litteraturgennemgang er der identificeret flere tiltag, der kan optimere forskning i SDM og behandlingen af psykiske lidelser. Det findes især væsentligt at fremtidige studier dokumenterer, at SDM-interventioner fører til en acceptabel grad af SDM i det kliniske møde. Fremtidig forskning bør ligeledes undersøge, om de positive resultater eller manglen på samme skyldes informationsudvekslingen, anvendelsen af beslutningsværktøjer eller træningen af klinikerne. Derudover er det relevant, at fremtidig forskning undersøger effekten af SDM over

flere sessioner, da det eneste studie, der fandt en positiv effekt af SDM på kliniske mål, anvendte SDM over fem sessioner. Teori inden for beslutningstagning og motivation støtter ligeledes relevansen af en løbende SDM proces.

Udover specifikke tiltag, der kan optimere fremtidig RCT-studier, har de teoretiske analyser og diskussioner ført til hypoteser om SDM, som kan være relevante for kortlægningen af tilgangens anvendelighed i behandlingen af psykiske lidelser. En af hypoteserne er, at autonom motivation kan være en medierende variabel mellem SDM og behandlingskomplians samt klinisk remission hos patienter med psykiske lidelser. Det vil kunne undersøges via RCT studier, hvor Intrinsic Motivation Inventory (IMI; Center for Self-determination theory, 2019) inddrages. Ud over at måle indre motivation, måler IMI patientens identificeret og integreret motivation. Autonom motivation som medierende variabel vil ligeledes kunne undersøges via The Motivators' Orientations Questionnaires (MOO; Center for Self-determination theory, 2019), der måler klinikerens tendens til at være kontrollerende eller autonomiunderstøttende. MOO vil ligeledes kunne belyse sammenhængen mellem anvendelsen af SDM, klinikerens interpersonelle adfærdsstil og patientautonomi.

En anden hypotese er, at patientens behandlingspræferencer er ustabile og kontekstafhængig, hvilket vil kunne undersøges via studier, der er inspireret af studiedesignene udviklet af Lichtenstein og Slovic (1971), Redelmeier & Shafir (1995) samt List (2002). Hermed er det muligt at fastlægge, hvorvidt patientens behandlingspræferencer er stabile eller kontekstafhængige. Derudover er det relevant at undersøge, om effekten af SDM påvirkes af menneskets tabsaversion. Det ville kunne undersøges ved, at effekten af SDM med fokus på behandlingsmetoder sammenholdes med effekten af SDM, hvor fokus er på behandlingsmål. Hvis identificering af patientens præferencer tager udgangspunkt i behandlingsmål, vil tilgangen i mindre grad rette patientens opmærksomhed mod bivirkninger og usikkerheden ved diverse udfald, hvilket



reducerer risikoen for at patientens præference bliver påvirket af tabsaversion. Det kan diskuteres om det er korrekt at modificere SDM i en sådan grad, da tilgangen er kendetegnet ved præsentation af forskellige behandlingsmetoder samt associerede fordele og ulemper. De positive fund fra studiet af Joosten og kollegaer (2009) retfærdiggør, at forskere undersøger om fokus på behandlingsmål kan optimere anvendelsen og effekten af SDM i behandlingen af psykiske lidelser. SDM med udgangspunkt i behandlingsmål vil fortsat kunne opfylde patientens behov for autonomi, kompetence og samhørighed.

Effekten og anvendeligheden af SDM kan være vanskelig at fastsætte, da tilgangen er kompleks og undersøgelse af SDM kræver et naturalistisk studiedesign, der er tidskrævende og forbundet mange omkostninger. Disse problemstillinger skal dog ikke mindske vigtigheden af at undersøge tilgangen og dens effekt i behandlingen af psykiske lidelser.

**Referencer**

- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 58*, 1219-1221. doi:10.1176/ps.2007.58.9.1219
- Alegria, M., Nakash, O., Johnson, K., Ault-Brutus, A., Carson, N., Fillbrunn, M., . . . Shrout, P. E. (2018). Effectiveness of the DECIDE Interventions on Shared Decision Making and Perceived Quality of Care in Behavioral Health With Multicultural Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 75*, 325-335. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4585
- American Psychological Association (2019a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). (30.05.2019) Retrived from: [https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm?\\_ga=2.191240106.1632530440.1559199465-479381946.1559199465](https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm?_ga=2.191240106.1632530440.1559199465-479381946.1559199465).
- American Psychological Association (2019b). Evidence-Based Practice in Psychology (29.05.2019) Retrived from: <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/>.
- An, S. Y., Kim, G. H., & Kim, J. Y. (2017). Effectiveness of Shared Decision-Making Training Program in People With Schizophrenia in South Korea. *Perspectives in Psychiatric Care, 53*, 111-118. doi:10.1111/ppc.12144
- Andrews, A. O., Kearing, S. A., & Vidal, D. C. (2016). Case study: Changing cultur and delivery to achive shared decision making at Dartmounth-Hitchcock Medical Center, New Hampshire. In G. Elwyn, A. Edwards, & R. Thompson (Eds.), *Shared decision making in health care. Achiving evidence based patient choice* (3th ed., pp. 204-209). United Kingdom: Oxford University Press.
- Asch, S. E. (1956). Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied, 70*, 1-70.
- Awad, A. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 19*, 609-618.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behanvioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Beitinger, R., Kissling, W., & Hamann, J. (2014). Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 222-229. doi:10.1097/ycp.0000000000000057
- Bieber, C., Müller, K. G., Blumenstiel, K., Schneider, A., Richter, A., Wilke, S., . . . Eich, W. (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 63*, 357-366. doi:10.1016/j.pec.2006.05.003
- Boland, A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (2017). *Doing a systematic review* (2. edi ed.). London: SAGE
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge Classics.
- Center for Fælles Beslutningstagning (2019). Seneste nyt. Nyheder fra Sygehus Lillebælt. (08.05.2019) Hentet fra: <http://www.cffb.dk/seneste-nyt/>.
- Center for Self-determination theory, C. (2019). Metrics & Methods: Questionnaires (21.05.2019) Retrived from: <http://selfdeterminationtheory.org/questionnaires/>.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine, 49*, 651-661. doi:10.1016/S0277-9536(99)00145-8

- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, *44*, 681-692. doi:10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *Bmj*, *319*, 780-782. doi:10.1136/bmj.319.7212.780
- Cheng, H., Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Martin, K., Chapman, L., & Wolpert, M. (2017). What approaches for promoting shared decision-making are used in child mental health? A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*, 01495-01511. doi:10.1002/cpp.2106
- Compton, W. M., Cottler, L. B., d'orsey, K. B., Spitznagel, E. L., & Mager, D. E. (1996). Comparing assessments of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug and Alcohol Dependence*, *41*, 179-187.
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology* (6. edi. ed.). Great Britain: Psychology Press
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Rochester, USA: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: and overview of self-determination theory. In R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of human motivation*. New York, US: Oxford University Press.
- Dewight-Johnson, M., Unutzer, J., Sherbourne, C., Tang, L., & Wells, K. B. (2001). Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? *Medical Care*, *39*, 934 - 944.
- DiMatteo, M. R., & Haskard, K. B. (2006). Further challenges in adherence research - measurements, methodologies, and mental health care. *Medical Care*, *44*, 297-299. doi:10.1097/01.mlr.0000214527.98190.2a
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, *96*, 1725 - 1742. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Holmes-Rovner, M., . . . Russel, I. (2003). The development of COMRADE - a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Education and Counseling*, *50*, 311-322. doi:10.1016/S0738-3991(03)00055-7
- Elwyn, G. (2016). The three talk model of shared decision making. In G. Elwyn, A. Edwards, & R. Thompson (Eds.), *Shared decision making in health care: Achieving evidence-based patient choice* (Third Edition ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D. L. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *The Annals of Family Medicine*, *12*, 270-275. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821899>. doi:10.1370/afm.1615
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. . *British Journal of General Practitioner*, *50*, 892-897.
- Elwyn, G., Edwards, A., & Thompson, R. (2016). *Shared decisions making in health care* (Third Edition ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, *27*, 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6

- Elwyn, G., Hutchings, H., Edwards, A., Rapport, F., Wensing, M., Cheung, W. Y., & Grol, R. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8, 34-42. doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. A. (1989). Measuring patients desire for autonomy: decision making and information seeking preferences among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 23-30.
- Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in serious illness. *Annals of Family Medicine*, 9, 454 - 461. doi:10.1370/afm.1301
- Evans, J. S. B. T., & Stanovich, k. E. (2013). Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 223–241. doi:10.1177/1745691612460685
- Freidl, M., Pesola, F., Konrad, J., Puschner, B., Kovacs, A. I., De Rosa, C., . . . Slade, M. (2016). Effects of Clinical Decision Topic on Patients' Involvement in and Satisfaction With Decisions and Their Subsequent Implementation. *Psychiatric Services*, 67, 658-663. doi:10.1176/appi.ps.201500083
- Frosch, D. L., & Carman, K. L. (2016). Embracing patient and family engagement to advance shared decision making. In G. Elwyn, A. Edwards, & R. Thompson (Eds.), *Shared decision making in health care: Achieving evidence-based patient choice* (Third Edition ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Furlan, A. D., Pennick, V., Bombardier, C., & van Tulder, M. (2009). 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 34, 1929-1941. doi:10.1097/BRS.0000000000001061
- Gonzalez, J., Williams, J. W., P., H. N., & Lee, S. (2005). Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *Journal of American Board of Family Medicine*, 18, 87-96.
- Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning. A modified scale. . *Psychosomatics*, 36, 267-275.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 992-997.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 403-409.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 170, 403-409. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x
- Hamann, J., Mendel, R., Fink, B., Pfeiffer, H., Cohen, R., & Kissling, W. (2008). Patients' and Psychiatrists' Perceptions of Clinical Decisions During Schizophrenia Treatment. *J Nerv Ment Dis*, 196, 329-332. doi:10.1097/NMD.0b013e31816a62a0
- Hamann, J., Mendel, R., Meier, A., Asani, F., Pausch, E., Leucht, S., & Kissling, W. (2011). "How to speak to your psychiatrist": shared decision-making training for inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 62, 1218-1221. doi:10.1176/ps.62.10.pss6210\_1218
- Hamann, J., Parchmann, A., Sassenberg, N., Bronner, K., Albus, M., Richter, A., . . . Kissling, W. (2017). Training patients with schizophrenia to share decisions with their psychiatrists: a randomized-controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52, 175-182. doi:10.1007/s00127-016-1327-z

- Hansen, K., Hróbjartsson, A., & Brorson, S. (2007). Fortolkning af resultater fra randomiserede kliniske forsøg med komplementære og alternative behandlinger. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, *6*, 45-55.
- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., . . . Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression - Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 16-23. doi:10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, *1*, 34-64. doi:10.1159/000271574
- Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K., Albus, C., Herzig, S., & Matthes, J. (2015). Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making. *Deutsches Arzteblatt International*, *112*, 665-671. doi:10.3238/arztebl.2015.0665
- Hill, S. A., & Laugharne, R. (2006). Decision making and informationseeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, *15*, 175 - 182. doi:10.1080/09638230500512250
- Holtforth, M. G., & Michalak, J. (2012). Motivation in psychotherapy. In R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of human motivation* (pp. 441-462). New York, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic research process: A research handbook* (pp. 529-556): Guilford Press.
- Institute of Medicine, I. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academies Press.
- Ishii, M., Okumura, Y., Sugiyama, N., Hasegawa, H., Noda, T., Hirayasu, Y., & Ito, H. (2014). Efficacy of shared decision making on treatment satisfaction for patients with first-admission schizophrenia: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *14*, 111-117. doi:10.1186/1471-244x-14-111
- Ishii, M., Okumura, Y., Sugiyama, N., Hasegawa, H., Noda, T., Hirayasu, Y., & Ito, H. (2017). Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, *17*, 52-57. doi:10.1186/s12888-017-1218-1
- Jacobsen, C. B., & Baker, V. H. (2017). Fælles beslutningstagning. In K. Jørgensen (Ed.), *Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. Denmark: Gads forlag.
- Joosten, E. A., de Jong, C. A., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 245-253. doi:10.1159/000219524
- Joosten, E. A., De Jong, C. A., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. (2011). Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Substance Use & Misuse*, *46*, 1037-1038. doi:10.3109/10826084.2011.552931
- Joosten, E. A., De Weert-Van Oene, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P., & De Jong, C. A. (2011). Treatment goals in addiction healthcare: the perspectives of patients and clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*, 263-276. doi:10.1177/0020764009354835
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 219-226. doi:10.1159/000126073
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to

shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94, 291–309.

doi:10.1016/j.pec.2013.10.031

- Kahneman, D. (2013). *At tænke - hurtigt og langsomt* (3. udg. ed.). Denmark: Lindhardt og Ringhof.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & O'pler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W., Demler, O., Glantz, M. L., M. A. , Jin, R., . . . Wells, K. B. (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the united states. In R. C. Kessler & T. B. Üstün (Eds.), *The WHO world Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. (pp. 165-209). United States of America Cambridge universiy press.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 696-703. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19491314>. doi:10.1093/schbul/sbp046
- La Forge, R., & Suczek, R. F. (1955). The interpersonal dimension of personality III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lamers, L. M., Stalmeier, P. F., McDonnell, J., Krabbe, P. F., & van Brusschbach, J. J. (2005). Measuring the quality of life in economic evaluations: the Dutch EQ-5D tariff. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1574-1578.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Légaré, F., Labrecque, M., Cauchon, M., Castel, J., Turcotte, S., & Grimshaw, J. (2012). Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: A cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 184, E726 - E734. doi:10.1503/cmaj.120568
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counselling*, 73, 526-535. doi:10.1016/j.pec.2008.07.018
- Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, C., Smith, D. G., L'azaro, C. G., & Wolfson, H. G. (1990). Patients perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 5, 29-33.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P., . . . Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLOS Medicine*, 6, e1000100. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621070>. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Lichtenstein, S., & Slovic, P. (1971). Reversals of preference between bids and choices in gambling decisions. *Journal of Experimental Psychology*, 89, 46-55.
- List, A. J. (2002). Preference reversals of a different kind: The 'more is less' phenomenon. *American Economic Association*, 92, 1636-1643. doi:10.1257/000282802762024692

- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., & Häter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, *65*, 69-78. doi:10.1016/j.pec.2006.05.007
- Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W., & Harter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *67*, 324-332. doi:10.1016/j.pec.2007.03.023
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, *60*, 301-312. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051459>. doi:10.1016/j.pec.2005.06.010
- Man-Son-Hing, M., Laupacis, A., O'Conner, A. M., Biggs, J., Drake, E., Yetisir, E., & Hart, R. G. (1999). A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation. A randomized controlled trial. *Jama*, *282*, 737-743.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous Mental Disease*, *168*, 26-33.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., . . . Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *1751* - 1761. doi:10.1017/S0033291710002291
- Montori, V. M., Gafni, A., & Charles, C. (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, *9*, 25-36. doi:10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x
- Mott, J. M., Stanley, M. A., Street, R. L., Jr., Grady, R. H., & Teng, E. J. (2014). Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: a pilot study. *Military Medicine*, *179*, 143-149. doi:10.7205/milmed-d-13-00363
- Newell, B. R., Lagnado, D. A., & Shanks, D. R. (2015). *Straight Choices. The Psychology of Decision Making* (2. ed.). London & New York: Psychology Press.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. D., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, *7*, 325-340. doi:10.1177/1745691612447309
- O'Connor, A. M. (2010). User-manual-decisional conflict scale (16 item statement format, 1993 updated 2010). *Ottawa Hospital Research Institute*, (11.05.2019) Retrived from: [https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User\\_Manuals/UM\\_decisional\\_conflict.pdf](https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_decisional_conflict.pdf)
- Ong, L. M. K., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-Patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, *40*, 903-918.
- Patel, S. R., & Bakken, S. (2010). Preferences for participation in decision making among ethnically diverse patients with anxiety and depression. *Community Mental Health Journal*, *46*, 466-473. doi:10.1007/s10597-010-9323-3
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., & Holloway, F. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 589-595.
- Redelmeier, D. A., & Shafir, E. (1995). Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *Journal of the American Medical Association*, *273*, 302-305.
- Redfern, J., Briffa, T., Ellis, E., & Freedman, S. B. (2009). Choice of secondary prevention improves risk factors after acute coronary syndrome: 1-year follow-up of the CHOICE

- (Choice of Health Options In prevention of Cardiovascular Events) randomised controlled trial. *British Medical Association*, 95, 468-475. doi:10.1136/hrt.2008.150870
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435. doi:10.1177/0146167200266002
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 23, 325 - 334. doi:10.1017/S135246580001643X
- Rosenberg, J., Kristoffer, A., & Burchart, J. (2016). *Systematisk review og meta-analyse* ( 2. udg. ed.). Denmark: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Rothert, M. L., Holmes-Rovner, M., Rovner, D., Kroll, J., Breer, L., Talarczyk, G., . . . Wills, C. E. (1997). An Educational Intervention as Decision Support for Menopausal Women. *Research in Nursing & Health*, 20, 377-387.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. doi:10.1037//0003-066x.55.1.68
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatments: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297. doi:10.1016/0306-4603(94)00072-7
- Sayer, N. A., Friedman-Sanchez, G., Spont, M., Murdoch, M., Parker, L. E., Chiros, C., & Rosenheck, R. (2009). A Qualitative Study of Determinants of PTSD Treatment Initiation in Veterans. *Psychiatry*, 52, 238-255. doi:10.1521/psyc.2009.72.3.238
- Scopus. (2019). Document search. (07.05.2019) Retrieved from: <https://www.scopus.com/home.uri>.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35, 114-131. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351843>. doi:10.1177/0272989X14551638
- Sheldon, K. (2012). *Motivation. Viden og værktøj fra positiv psykologi*. (1 udg. ed.). København: Mindspace.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Jama*, 282, 1737-1744.
- Stacey, D., Legare, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., . . . Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD001431. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402085>. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-247. doi:10.1016/S0920-9964(99)00130-9
- Thompson, R., & Trevena, L. (2016). Demystifying decision aids: A practical guide for clinicians. In G. Elwyn, A. Edwards, & R. Thompson (Eds.), *Shared decision making in health care. Archiving evidence-based patient choice* (third ed., pp. 51-56). United Kingdom: Oxford University Press.
- Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Buchholz, A., . . . Fischer, K. (2013). Shared decision-making in antihypertensive therapy: A cluster randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 14, 135-148. doi:10.1186/1471-2296-14-135



- Treadwell, J. R., & Lenert, L. A. (1999). Health values and prospect theory. *Medical Decision Making, 19*, 344-352. doi:10.1177/0272989X9901900313
- Trevena, L., & Barratt, A. (2003). Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Education and Counseling, 50*, 265-268. doi:10.1016/s0738-3991(03)00047-8
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1986). Rational Choice and the Framing of Decisions. *The Journal of Business, 59*, S251-S278.
- van Roosmalen, M. S., Stalmeier, P. F. M., Verhoef, L. C. G., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Oosterwijk, J. C., Hoogerbrugge, N., . . . van Daal, W. A. J. (2004). Randomized Trial of a Shared Decision-Making Intervention Consisting of Trade-Offs and Individualized Treatment Information for BRCA1/2 Mutation Carriers. *Journal of Clinical Oncology, 22*, 3293-3301. doi:10.1200/JCO.2004.05.066
- Velligan, D. I., Wang, M., Diamond, P., Glahn, D. C., D., C., Bendle, S., . . . Miller, A. L. (2007). Relationships Among Subjective and Objective Measures of Adherence to Oral Antipsychotic Medications. *Psychiatric Services, 58*, 1187-1192. doi:10.1176/ps.2007.58.9.1187
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonson, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., . . . Wells, J. E. (2008). Recent treatment of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. In R. C. Kessler & T. B. Üstün (Eds.), *The WHO world Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. (pp. 541-555). United States of America Cambridge university press.
- Wang, P. S., Berglund, P., & Kessler, R. C. (2000). Recent care of common mental disorders in the united states. Prevalence and conformance with Evidence-based recommendations. *Journal of General Internal Medicine, 15*, 284-292.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, October, San Antonio, TX.*
- Wills, C. E., & Holmes-Rovner, M. (2006). Integrating decision making and mental health interventions research: Research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 9-25. doi:10.1111/j.1468-2850.2006.00002.x
- Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J., . . . Holup, J. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 181*, 566-577. doi:10.1164/rccm.200906-0907OC
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 357-376. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961293>. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- World Health Organisation (2019). Classifications. ICD-10 online versions. (30.05.2019) Retrived from: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>.
- Zisman-Ilani, Y., Barnett, E., Harik, J., Pavlo, A., & O'Connell, M. (2017). Expanding the concept of shared decision making for mental health: Systematic search and scoping review of interventions. *Mental Health Review Journal, 22*, 191-213.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 137-147. doi:10.1080/10503300600919380

**Bilag 1: Blanket til systematisk dataudtræk****Artikel:** \_\_\_\_\_**Informationsark:**

<b>Population: Diagnoseværktøj:</b>	
<b>N =</b>	
<b>N<sub>control</sub>= (+ kontrolintervention)</b>	
<b>Land</b>	
<b>Alder</b>	
<b>Kønsfordelingen</b>	
<b>Behandlingskontekst:</b>	
<b>Beslutningskontekst</b>	
<b>Studiedesign</b>	
<b>Opfølgningstidspunkter</b>	
<b>Måleinstrumenter</b>	
<b>Resultater</b>	
<b>Andet:</b>	

**SDM-intervention:**

<b>Fire nøglekarakteristika ved SDM. Af: Charles et al. (1997)</b>	
1) Mindst to parter er involveret	
2) Begge parter faciliterer beslutningsprocessen*	
3) De to parter deler oplysninger og præferencer om behandlingsmuligheder	
4) Enighed om behandlingstiltag	
<b>Total:</b>	
Beslutningsværktøj	
Antal sessioner	
Træning af kliniker	
Andet	

### Risiko for bias.

<b>Baseret på Cochranes tool for assessment of risk of bias (Furlan et al., 2009).</b>	
Tilstrækkelig randomisering	
Skjult interventionstildeling	
Blindedede patienter	
Blindedede kliniker	
Blindedede udfaldsvurderer	
Frafald adresserede tilstrækkeligt	
Analysen er baseret på alle forsøgspersonerne	
Fravær af selektiv rapportering	
Ens baseline karakteristika	
Fravær af eller ens co-interventioner	
Acceptabel kompliance	
Ens tidspunkt for målinger	