



NY PATIENTLAG ÄR EN UTMANING FÖR VÅRDEN

Att ge patienter möjlighet att vara delaktiga i beslut om sin vård ger bättre vårdresultat. För att skapa förutsättningar för detta krävs informerade och uppmärksamma vårdgivare. **Annelie Lagerquist**, leg sjuksköterska och **Carin Lundgren**, specialistsjuksköterska, onkologiska kliniken, Gävle sjukhus redogör för sin litteraturstudie om vikten av patienters delaktighet i sina vårdbeslut.

En ny patientlag trädde i kraft 1 januari 2015. Den beskriver professionens skyldighet att göra patienten delaktig i sin vård, med syfte att stärka patientens ställning'. I vårt arbete som kliniskt verksamma sjuksköterskor på en onkologisk klinik träffar vi ofta patienter som blir föreslagna olika behandlingsstrategier mot bröstcancer. Vår upplevelse är att patienten inte alltid är delaktig vid behandlingsbeslutet. Vi gjorde därför en litteraturstudie för att undersöka bröstcancerpatienters upplevelse av delat beslutsfattande vid val av behandling.

Vi har sett att patienter som är delaktiga vid sitt behandlingsval ges större möjlighet att påverka sin situation, det kan handla om hur de ska pendla till en långvarig behandling, vilka likvärdiga behandlingar som finns och vilka biverkningar de har eller hur de ska kunna ha en god livskvalité under behandlingstiden. Detta leder i sin tur till att patienten känner sig trygg och behandlingsresultatet blir bättre. Delaktighet motiverar och underlättar för patienten att vara följsam i föreslagna behandling vilket säkrar kvaliteten². En förutsättning för det är att alla professioner runt patienten har

insikt och kunskap om hur patienten ska göras delaktig i behandlingsvalet när det ska genomföras. Det är därför viktigt att undersöka patienters upplevelser av delaktighet för att utarbeta arbetssätt som stödjer detta. I vår litteraturstudie har vi gjort just det.

BAKGRUND

Forskning och dokumentation om cancerpatienters upplevelse av delaktighet har pågått länge. Ofta får bröstcancerpatienter information om sin behandling vid diagnostillfället, vilket inte är optimalt. Patienten befinner sig ofta i kris med ångest och/eller depressiva besvär som följd³. De individuella förutsättningarna för att vara delaktig i beslutsfattandet varierar. Socioekonomiska förhållanden, utbildningsnivå och ålder har stor betydelse. För att vara delaktig vid val av behandling behöver vårdgivaren ge patienten beslutsstöd. Det kan ske genom muntlig eller skriftlig information, bildmedia, via internet eller stödgrupper. Patienten behöver också få information om behandlingsalternativ utifrån aktuell evidens⁴. De flesta patienter vill vara delaktiga och påverka sin vård, men i olika grad. Viljan att vara delaktig kan förändras under sjukdomsförloppet, vilket bör beaktas⁵. Vårdgivare bör också ta hänsyn till patientens ålder, eftersom det som upplevs vara viktigt initialt kan minska i betydelse i ett senare skede.⁶ Patienter som upplevde att de inte fått tillräcklig information om sjukdomen vid diagnostillfället och kvinnor som upplevde att de fick ta för stort ansvar för behandlingsbeslutet, ångrade beslutet i hög grad⁷.

BESLUTSSTÖD

Olika typer av beslutsstöd är betydelsefulla för att patienten ska kunna vara delaktig i beslut om sin behandling⁸. I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys "Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - en extern utvärdering" 2013, beskrivs att Sverige brister i involvering av patienterna och att de inte får den information som krävs för delaktighet.

Resultatet i vår litteraturstudie bearbetades utifrån ramverket SDM -Shared Decision Making⁹. I detta ramverk beskrivs tre viktiga steg för att nå delat beslutsfattande i klinisk

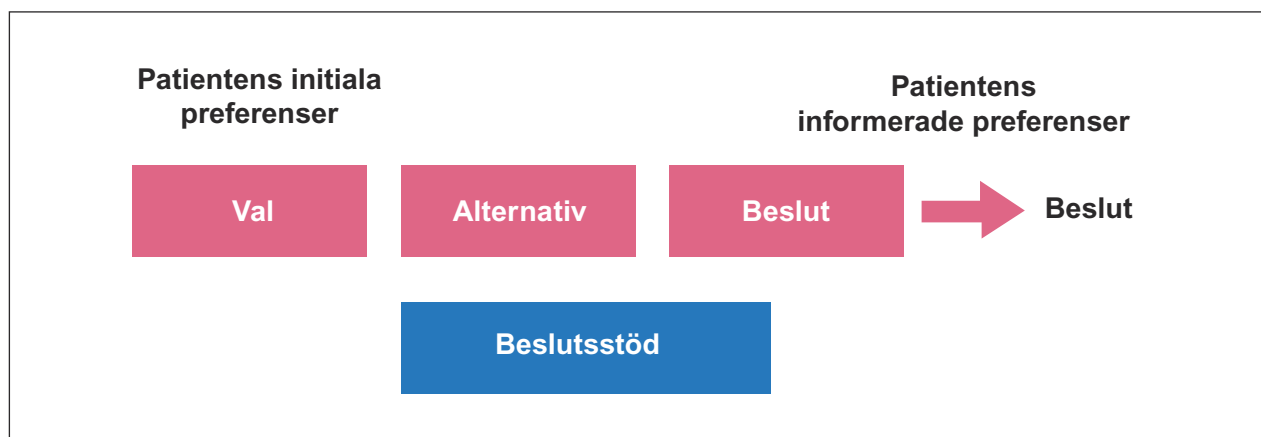
praxis: choice talk (val), option talk (alternativ) och decision talk (beslut). Det är en väldokumenterad modell, som bland annat belyser bristen på tidigare beskrivningar av hur delat beslutsfattande nås. Ramverkets syfte är att skapa förslag om hur man använder delat beslutsfattande i den kliniska vardagen, att integrera god kommunikationsförmåga med hjälp av beslutsstöd.

”Politiker och beslutsfattare måste medvetandegöras om att det behövs mer resurser för att detta ska komma till stånd. Uteblir utökade resurser blir det svårt för vårdgivarna att följa lagen.”

Vid granskningen av artiklarna framkom upprepade upplevelser som sorterades in i följande kategorier: information, emotioner, kommunikation och psykosocialt stöd. Betydelsen av kategorierna växlade mellan de olika begreppen i trestegsmodellen. Faktorer som påverkade val av behandling beskrevs som viktigast i början av beslutsprocessen. Tydliga skillnader framkom i beskrivningarna av kvinnornas upplevelser av delaktighet i de olika faserna i trestegsmodellen.

Resultatet visade att det varierade i vilken utsträckning kvinnorna ville informera sig inför behandlingsvalet. Behovet av att vara informerad var tydligast i alternativfasen. En del kvinnor ville inte vara delaktiga utan de överlämnade behandlingsbeslutet till vårdgivaren. Vissa kvinnor använde beslutsstödet och sin relation till vårdgivaren som ett sätt att få kontroll, vilket var tydligast i alternativ och beslutsfasen. I be-

DELAT BESLUTFATTANDE



Figur 1. Trestegsmodell för delat beslutsfattande, processbeskrivning fritt efter SDM beskrivning i Elwyn et al. 2012.

STUDIENS RESULTAT

Hur bröstcancerpatienter vill vara informerade

	Val	Alternativ	Beslut
	Beslutsstöd		
Information	få förberedande information	få utbildande information	få förankrande information
Emotioner	individuella preferenser	hämmande/stärkande preferenser	bekräftade preferenser
Kommunikation		uppleva bekräftande kommunikation	uppleva stödande kommunikation
Psykosocialt stöd	få inledande stöd	få bekräftande stöd	stärkande relationer

Hur bröstcancerpatienter upplever delaktighet vid val av behandling.

	Val	Alternativ	Beslut
	Beslutsstöd		
Information	få förväntad information	få beskrivande information	
Emotioner	sårbarhet	bekräftande relation	självbekräftelse
Kommunikation	styrd kommunikation	bekräftande dialog	stärkande dialog
Psykosocialt stöd	villkorslöst stöd	bekräftande stöd	beslutsstärkande stöd

slutsfasen hade kvinnorna oftast inhämtat den information de behövde för att nå ett beslut. Därför beskrev de inte någon upplevelse av information.

Den emotionella upplevelsen var mångfasetterad och påverkade i vilken utsträckning kvinnorna ville förbereda sig. Kvinnorna uttryckte tillit och bekräftelse av vårdgivaren som viktiga faktorer för att kunna vara delaktig.

Upplevelsen av kommunikation beskrevs tydligast i alternativfasen vid förberedelse inför behandlingsbeslut. Att ha en god kommunikation med vårdgivaren, där bekräftelse och bemötande var viktigt, underlättade när kvinnorna skulle välja behandling.

Kvinnorna upplevde att de fick stöd av andra som hade liknande erfarenheter, eller från vårdgivaren för att kunna uttrycka relevanta frågor vid beslutsfattandet. Inhämtandet av stöd från både närstående och vårdgivare var tydligast i beslutsfasen.

Utifrån resultatet i litteraturstudien vet vi att specifika beslutsstöd behöver utformas för att ge patienter möjlighet till evidensbaserad och standardiserad information. Beslutsstöden bör vara utformade på olika sätt, så att det möter patientens behov.

Det finns begränsad kunskap hos dem som informerar patienterna om hur de ska gå till väga för att göra patienterna delaktiga. En satsning behöver göras för att öka kompetensen och medvetenheten hos vårdgivaren, om att vara

uppmärksam på den enskilde patientens specifika förutsättningar samt vilka faktorer som gör att patienten upplever delaktighet.

Verksamheterna behöver skapa tid för att ge patienten möjlighet till reflektion och återkoppling med vårdgivaren. Detta skulle kunna ske genom kontaktsjuksköterska eller sjuksköterskemottagning för att effektivt utnyttja befintlig kompetens.

Politiker och beslutsfattare måste medvetandegöras om att det behövs mer resurser för att detta ska komma till stånd. Uteblir ökade resurser blir det svårt för vårdgivarna att följa lagen.

REFERENSER

1. Sverige. Socialstyrelsen 2015).
2. Brown, Butow et al. 2012
3. Ivanauskiene, Padaiga et al. 2014, Keyzer-Dekker, de Vries et al. 2014
4. (Mac Bride, Neal et al. 2013, Hawley, Lantz et al. 2007)
5. (Brom, Pasman et al. 2014)
6. (Sio, Chang et al. 2014)
7. Livaudais, Franco et al. 2013 ska vara 5.
8. (Hollen, Gralla et al. 2013) ska vara 6.
9. (Elwyn, Frosch et al. 2012)

ANNELIE LAGERQUIST, LEG SJUKSKÖTERSKA ONKOLOGISKA KLINIKEN, GÄVLE SJUKHUS, ANNELIE.LAGERQUIST@REGIONGAVLEBORG.SE



CARIN LUNDGREN, SPECIALISTSIJUKSKÖTERSKA ONKOLOGI/VÅRDENHETSCHEF, GÄVLE SJUKHUS, CARIN.LUNDGREN@REGIONGAVLEBORG.SE

