



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Benyttes samvalg av allmennleger, og kan samvalg ha betydning for beslutningskonflikt?

En systematisk litteraturgjennomgang

—

Ola William Hunsdal

Masteroppgave i MED-3950 våren 2019



Forord

Arbeidet med masteroppgaven begynte høsten 2017. På forhånd visste jeg at jeg ville skrive om kommunikasjon. Personlig har jeg vært gjennom en hendelse der jeg har opplevd betydningen av god kommunikasjon mellom lege og helsepersonell. I august 2017 tok jeg kontakt med Unni Ringberg, som ble min hovedveileder, og hun tipset meg om temaet *samvalg*. Jeg begynte å lese meg opp på samvalg og fant raskt ut at dette ønsket jeg å skrive mer om.

I oktober 2017 ble det skrevet en foreløpig problemstilling. Problemstillingen gjennomgikk flere endringer i løpet av perioden jeg arbeidet med MED-3950. I mars 2019 bestemte jeg meg for å undersøke i *hvilken grad* samvalg benyttes i allmennpraksis, i stedet for *hvordan* samvalg kan benyttes i klinisk praksis. Videre bestemte jeg meg for å undersøke effekten av samvalg i behandling av pasienter med depresjon. Nærmere bestemt ønsket jeg å undersøke om samvalg kan ha betydning for den personlige usikkerheten som kan oppstå når et valg skal tas.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min hovedveileder Unni Ringberg. Gjennom prosessen har vi hatt flere møter på hennes kontor samt hyppig kontakt per e-post. Ringberg har bidratt med viktige innspill til oppgaven og har veiledet meg gjennom hele perioden.

Jeg har trivdes å arbeide med oppgaven på fulltid. Videre har jeg innsett at samvalg kanskje er noe jeg kan tenke meg å forske videre på en gang i fremtiden.

Ola William Hunsdal

Hammerfest, 31. mai 2019

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Teori	1
1.2	Problemstilling.....	8
2	Metode.....	10
2.1	Introduksjon til systematisk litteraturgjennomgang	10
2.2	Metode for del 1 av problemstillingen	13
2.3	Metode for del 2 av problemstillingen	15
3	Resultater	17
3.1	Benyttes samvalg i allmennpraksis (del 1)?	17
3.2	Samvalg og effekt på beslutningskonflikt (del 2)?.....	22
4	Diskusjon	27
4.1	Lav OPTION-skår i allmennpraksis	27
4.2	Samvalg kan redusere beslutningskonflikt.....	32
4.3	Sterke sider ved oppgaven	37
4.4	Svake sider ved oppgaven	38
4.5	Praktiske implikasjoner	39
5	Konklusjon.....	40
6	Referanser	41
	Figurer.....	49
	Figur 1	49
	Figur 2	50
	Tabeller	51
	Tabell 1.....	51
	Tabell 2.....	52

Tabell 3.....	53
Tabell 4.....	54
Vedlegg	55
Vedlegg 1 - Søkeprotokoll for del 1	55
Vedlegg 2 – Søkeprotokoll for del 2	58
Vedlegg 3 – Kunnskapsevaluering for del 1 av problemstillingen	61
Vedlegg 4 – Kunnskapsevaluering for del 2 av problemstillingen	78

Sammendrag

Bakgrunn: Samvalg er at lege og pasient tar beslutninger i lag, og er et aktuelt og viktig tema i norsk helsevesen. Den personlige usikkerheten som kan oppstå når et valg skal tas kalles beslutningskonflikt.

Formål: I hvilken grad benyttes samvalg av allmennleger, og hvilke faktorer er assosiert med samvalg? Hvordan kan samvalg ha betydning for pasientens beslutningskonflikt i behandling av pasienter med depresjon?

Metode: Det ble gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang etter litteratursøk i de elektroniske databasene Medline, EMBASE, PsycINFO og Cochrane Clinical Trials.

Resultater: 17 referanser ble inkludert for å undersøke om samvalg benyttes av allmennleger. I flertallet av studiene var det leger som viste dårlige ferdigheter i samvalg. Konsultasjonstid var signifikant assosiert med samvalgsrelatert atferd. Både legens og pasientens kjønn og alder kunne ha betydning for samvalgsrelatert atferd, men funnene var ikke entydige på dette punktet. Fire referanser ble inkludert for å undersøke om samvalg kunne ha betydning for den personlige usikkerheten som kan oppstå når et valg skal tas. Samtlige inkluderte studier viste til signifikant reduksjon av beslutningskonflikt og dermed redusert personlig usikkerhet. To av studiene reduserte usikkerheten til et nivå som ikke er assosiert med utsettelse av kliniske beslutninger.

Konklusjon: Til tross for at samvalg er svært aktuelt og er viet stor oppmerksomhet fra statlig hold, indikerer funnene i denne litteraturgjennomgangen at samvalg benyttes i begrenset grad av allmennleger. Videre har denne litteraturgjennomgangen vist at samvalg kan redusere den personlige usikkerheten i forbindelse med valgtaking i behandling av depressive lidelser.

Sentrale begreper

Definisjonene på *allmennlege* og *allmennpraksis* varierer mellom land da oppbygningen av helsevesenet er forskjellig. En allmennlege fra USA er ikke nødvendigvis det samme som en norsk allmennlege. I denne oppgaven er en allmennlege forenelig med de utenlandske begrepene *primary care physicians*, *general practitioners* og *family physicians*. Videre er allmennpraksis dekkende for *primary care practices*, *primary care clinics*, *general practices* og *general practice surgeries*.

Decision aids (DA) omtales som beslutningsverktøy.

Decisional conflict (DC) omtales som beslutningskonflikt.

Decisional conflict scale (DCS) omtales som beslutningskonflikt-skala*.

DCS score omtales som beslutningskonflikt-skår*

DCS subscore omtales som beslutningskonflikt-delskår*

OPTION-5 og *OPTION-12* omtales som instrumenter, verktøy eller redskaper. Det skal tydeliggjøres hvilket verktøy som omtales i relevant avsnitt.

OPTION-5 og *OPTION-12 score* omtales som totalskår* og totalsum*. Det skal tydeliggjøres hvilket verktøy som omtales i relevant avsnitt.

OPTION-5- og *OPTION-12-subscore* omtales som delskår* eller delsum*. Det skal tydeliggjøres hvilket verktøy som omtales i relevant avsnitt.

Residents omtales som leger i spesialisering.

Shared decision making (SDM) omtales som samvalg.

* er egne begreper eller oversettelser som ikke er anerkjent i norsk litteratur etter det undertegnede vet.

1 Innledning

1.1 Teori

1.1.1 Introduksjon til samvalg

1.1.1.1 Den autonome pasient

Historisk sett har det vært en utvikling i helsevesenet fra paternalisme til økende grad av pasientautonomi (1-3). Autonomi er prinsippet om rett til selvbestemmelse (4). Det beskrives i FNs menneskerettigheter og er formalisert i Pasient- og brukerrettighetsloven (3, 5-7). Pasientene har rett til medvirkning, noe som blant annet innebærer å kunne velge mellom tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmodaliteter (7).

Videre må pasientens samtykke foreligge før helsepersonell kan yte helsehjelp (visse unntak foreligger). Et gyldig samtykke innebærer at pasienten har fått opplysninger om sin egen helsetilstand og informasjon om helsehjelpen som gis. Samtidig skal pasienten være informert om eventuelle fordeler og ulemper med behandlingen. Utveksling av informasjon skal være tilpasset faktorer som alder og modenhet. Helsepersonells plikt til å informere faller bort dersom pasienten ikke ønsker slik informasjon (visse unntak foreligger) (7).

1.1.1.2 Beslutningstaking og samvalg

Samvalg er den norske oversettelsen for *shared decision making (SDM)* (8). Et samvalg er at pasient og lege tar beslutninger i lag, og interessen for samvalg har vært økende de siste årene (8-10). I internasjonal litteratur har enkelte omtalt samvalg som et sentralt moment i pasientsentrert medisin (11, 12). Det har vært foreslått fra norsk hold at samvalg kan være med å ivareta pasientens helsetjeneste (13-20).

Kort fortalt går samvalg ut på at man kombinerer ekspertisen fra henholdsvis pasient og behandler (8, 21, 22). All relevant personlig og medisinsk informasjon utveksles mellom partene, og den medisinske informasjonen skal være basert på beste tilgjengelige kunnskap (21-26). Videre skal det tilstrebes at diskusjonen skjer mellom likeverdige parter (24).

Behandlingsalternativene skal veies opp mot pasientens egne verdier og preferanser (22).

Etter diskusjonen enes partene om en beslutning i fellesskap (15-18, 23, 24, 27, 28). Det

fremheves at helsepersonell fremdeles har ansvaret for at valget som tas er forsvarlig, selv om valget gjøres i samråd mellom pasient og behandler (27, 29).

Det finnes andre former for beslutningstaking (10, 24). På den ene siden er paternalismen, der legen tar beslutninger etter hva han eller hun mener er det beste for pasienten.

Motstykket er de valgene der pasienten er en informert og autonom beslutningstaker, og legens rolle er i denne sammenhengen å gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan fatte et valg alene (10, 28). Makoul og Clayman mener samvalg må sees på som et kontinuum mellom disse ytterpunktene, mens Elwyn *et al* (2000) og Charles, Gafni og Whelan har ment at samvalg er en egen modell et sted i mellom ytterpunktene (9, 24, 30).

Det har vært diskutert hvilke sammenhenger samvalg kan benyttes. Simon *et al* har fortalt at samvalg er viktig i situasjoner hvor det er mer enn et behandlingsalternativ, og det beste valget avhenger av pasientens egne preferanser og verdier (31). Joosten *et al* har påpekt at samvalg ikke kan benyttes i akutte situasjoner (32). Elwyn *et al* (2005) har sagt at det må skilles mellom ulike former for beslutningssituasjoner (33). I den ene situasjonen er kliniske retningslinjer veiledende for valget som tas, og den andre situasjonen er der det er reelle alternativer å velge mellom. Samvalg har av Elwyn *et al* (2005) vært ansett å være mest relevant for det siste eksempelet (33). Videre er det andre kilder som har påpekt at samvalg er aktuelt i situasjoner der det mangler evidens på beste behandlingsalternativ, eller der alternativene er like i den grad de medfører omtrent samme positive og negative konsekvenser (34-37).

Behandling av depresjon har vært identifisert som et av de kliniske områdene der samvalg kan være aktuelt fordi det er flere behandlingsalternativer (38).

1.1.1.3 Samvalg er aktuelt i Norge

Samvalg har hatt økende oppmerksomhet i helse- og omsorgstjenesten de siste tiårene (27, 29, 39). I den Nasjonale helse- og sykehusplanen (2015-2019) har regjeringen hatt som hovedmål å styrke pasientens rettigheter (14). Dette skal blant annet skje ved samvalg

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utvikle flere verktøy som kan legge til rette for samvalg (14-17, 39, 40). Frem til 2017 var det publisert seks verktøy, og det var planlagt å

publisere åtte til i løpet av 2018 (40). Det er også opprettet en faggruppe for å sikre at verktøyene følger bestemte kvalitetskrav (40).

For leger i spesialisering er et av læringsmålene at legen skal «selvstendig kunne gjennomføre en god beslutningsprosess om behandlingsalternativer sammen med pasienten (samvalg)» (41). For studenter i radiograf- og fysioterapiutdanningene er også samvalg beskrevet som et av læringsmålene for opptaksårene 2020-2021 (42, 43).

1.1.1.4 Samvalg er aktuelt internasjonalt

Land som Italia, Canada og Storbritannia har hatt helsepolitikk som støtter samvalg (44, 45).

Det ble gitt statlig støtte til forskning på samvalg i Canada i 2011, og offentlige myndigheter i flere provinser har sikret tilgang til et stort antall samvalgsverktøy (46). I USA er samvalg implementert i helselovgivningen i flere stater (44, 47, 48).

1.1.1.5 Eksisterende forskning

Det er skrevet flere systematiske litteraturgjennomganger om samvalg (49-53). Coxeter *et al* har undersøkt om samvalg kan ha betydning for bruk av antibiotika i behandling av øvre luftveisinfeksjoner i allmennpraksis (49). Det ble konkludert av Coxeter *et al* at samvalg kunne redusere forskrivning av antibiotika på kort sikt (49). Videre har det vært undersøkt om samvalg kan ha betydning for behandling av astma og psykiatriske lidelser, uten at det ble trukket entydige konklusjoner (50, 51).

Couët *et al* gjorde en systematisk litteraturgjennomgang og undersøkte i hvilken grad samvalg ble benyttet i klinisk praksis (52). Det ble konkludert av Couët *et al* at samvalgsatferd var lav og at det var liten grad av pasientinvolvering (52). Videre trakk Couët *et al* frem at lengre konsultasjoner, samt intervensjoner for å implementere samvalg, var assosiert med mer samvalg under konsultasjonen (52). Légaré *et al* undersøkte effekten av intervensjoner for å øke ferdigheter i samvalg hos helsepersonell, men kunne ikke konkludere med hvilke intervensjoner som var meste effektive (53).

1.1.2 Beslutningsverktøy

Beslutningsverktøy kan benyttes for å øke grad av samvalg (54). Verktøyene støtter prosessen der et valg skal tas og der det står mellom flere alternativer (21). Tanken er at

beslutningsverktøyet skal være en informasjonskilde for pasienten og hjelpe pasienten å vurdere ulike alternativer når et valg skal tas (22, 55).

Verktøyene kommer i ulike formater og kan finnes som pamfletter eller interaktive nettsider (21, 22). Vanligvis inneholder de informasjon om tilstand, symptomer og prognose. Videre kan de opplyse om behandlingsalternativer og om eventuelle positive og negative virkninger, og verktøyene kan hjelpe pasienten å klargjøre sine egne verdier (22).

Beslutningsverktøyene kan derfor legge til rette for samvalg. Det er utarbeidet verktøy for flere tilstander i Norge, som prostatakreft, kronisk nyresvikt og sykkelig overvekt (22, 56).

Stacey *et al* har undersøkt effekten av beslutningsverktøy (54). Det ble vist at verktøyene kunne bidra til at pasientene tok et valg i tråd med egne verdier, samtidig som pasientene følte seg mer informert om behandlingsalternativene. Videre var pasientene mer fornøyd med beslutningen som ble tatt. Stacey *et al* fant også at flere pasienter valgte konservativ terapi sammenliknet med invasiv kirurgi ved bruk av beslutningsverktøy (54).

1.1.3 OPTION – et verktøy for å måle samvalgsatferd

OPTION er et akronym for *Observing Patient Involvement* og er et verktøy for å måle samvalgsrelatert atferd i klinisk praksis (57, 58).

1.1.3.1 OPTION-12

Den første versjonen av OPTION-12 ble publisert i 2003 og deretter revidert i 2005. Kun 2005-versjonen omtales i dette avsnittet. Ved bruk av OPTION-verktøyet undersøker forskere lyd- eller videoopptak fra konsultasjoner, og det gjennomføres ingen intervjuer med pasient eller lege (57, 58).

Verktøyet består av 12 underpunkter som undersøker legens ferdigheter i samvalg.

Underpunktene omfatter legens evne til å: 1. forklare at det må tas en beslutning; 2. fortelle at det er ulike alternativer; 3. undersøke på hvilken måte pasienten ønsker å motta informasjon; 4. liste opp tilgjengelige alternativer; 5. redegjøre de ulike alternativenes fordeler og ulemper; 6. utforske pasientens forventninger; 7. forhøre seg om pasientens bekymringer; 8. undersøke om pasienten har forstått informasjonen som ble gitt; 9. kartlegge om pasienten fikk muligheten til å stille spørsmål underveis; 10. undersøke i

hvilken grad pasienten ønsker å delta i beslutningen; 11. forklare at en beslutning må tas; 12. avtale oppfølging av beslutningen i fremtiden (det bemerkes at disse punktene er oversatt av undertegnede og at alle underpunktene finnes i sin helhet på nettsiden til Elwyn (59))

Hvert underpunkt gis en *delskår* og skåres på en skala fra 0 til 4. 0 indiker at ferdigheten *ikke* ble observert, mens skår 1-4 indikerer økende grad av samvalgsferdigheter. En verdi på 1 er forenelig med *minimale* eller *dårlige* ferdigheter, mens 2 indikerer at klinikerer har *grunnleggende* ferdigheter i samvalg. Skår 3 betyr at legen har *gode* ferdigheter i samvalg, mens skår 4 er forenelig med *utmerkede* ferdigheter i samvalg (33). Verdiene fra samtlige underpunkt summeres. Deretter omgjøres totalsummen etter en metode av Elwyn og presenteres på en skala fra 0 til 100, der økende skår er forenelig med mer samvalgsrelatert atferd (59).

OPTION-12 er et av de mest brukte verktøyet i forskningssammenheng hva gjelder vurdering av samvalgsrelatert atferd. Videre er OPTION-12 oversatt til flere språk, deriblant tysk, italiensk og norsk (60-62). Testegenskapene er undersøkt og den engelske versjonen har vært ansett som valid og reliabelt når totalsummen tolkes (33, 57, 63). Delskårene kan derimot ikke tolkes selvstendig (33). Nicolai *et al* har likevel påpekt at reliabiliteten er varierende mellom studiene som benytter OPTION-12 (64).

1.1.3.2 OPTION-5

Siden 2005 er OPTION-12 kommet i flere utgaver (57, 61, 65). En av disse er OPTION-5, og om en sammenliknet OPTION-5 med OPTION-12 er antall underpunkter redusert til 5. Videre skal OPTION-5 skal i større grad å ta hensyn til pasientperspektivet. Forskerne undersøker lyd- og videopptak fra konsultasjoner, og det gjennomføres ingen intervjuer med lege eller pasient (66).

Underpunktene undersøker om: 1. det settes fokus på at det er flere tilgjengelige behandlingsalternativer; 2. pasienten støttes i beslutningsprosessen; 3. legen redegjør for de ulike behandlingsalternativene, og om pasienten forstår informasjonen som blir gitt; 4. legen undersøker pasientens preferanser; 5. pasientens preferanser tas hensyn til når

beslutningen skal tas (det bemerkes at disse punktene er oversatt av undertegnede og at alle underpunktene finnes i sin helhet i artikkelen til Elwyn *et al* (2013) (66)).

Hvert underpunkt skåres fra 0 til 4 og alle underpunktene summeres. Deretter omgjøres totalsummen og presenteres på en skala fra 0 til 100 etter metoden angitt av Elwyn *et al* (2013) (66). Verktøyet OPTION-5 har vært ansett som reliabelt og valid, og kan benyttes for å måle samvalgsrelatert atferd (61).

1.1.3.3 Praktisk betydning av OPTION-skår

Både OPTION-5 og OPTION-12 totalskår presenteres på en skala fra 0 til 100 (59, 66).

Økende skår indikerer mer pasientinvolvering og betyr at det observeres mer samvalgsrelatert atferd under konsultasjonen (58).

Couët *et al* hadde gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår på 25 som grenseverdi for å sammenlikne legers ferdigheter innen samvalg (52). Videre har Menear *et al* foreslått at gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår ≤ 25 indikerer *dårlige ferdigheter* innen samvalg (67).

1.1.4 Beslutningskonflikt

Beslutningskonflikt er den norske oversettelsen for *Decisional conflict (DC)*, og beslutningskonflikt er den personlige usikkerheten som kan oppstå når et valg skal tas (68). Usikkerheten antas å kunne øke i flere situasjoner. Et eksempel er når pasienten må velge mellom alternativer der utfallet er usikkert, eller når hvert alternativ potensielt kan gi store konsekvenser for pasienten (69).

Det har vært beskrevet hovedsakelig tre faktorer som kan bidra til å øke den personlige usikkerheten ytterligere. Manglende kunnskap om alternativene er den første faktoren. Den andre faktoren er usikkerhet om hvilke personlige verdier som er viktige for pasienten. Tredje og siste faktor er at pasienten følte seg presset til å ta et bestemt valg, eller opplevde manglende støtte når valget skulle tas (69). Konsekvensene av økt beslutningskonflikt kan være at pasienten bruker lengre tid på å fatte en beslutning, at stressnivået øker eller at pasienten ikke klarer å bestemme seg for et behandlingsalternativ (69-71).

1.1.4.1 Beslutningskonflikt-skala - et verktøy for å måle beslutningskonflikt

Undertegnede har oversatt det engelske begrepet *Decisional Conflict Scale (DCS)* til *beslutningskonflikt-skala* på norsk. Beslutningskonflikt-skalaen kan benyttes for å kvantitere beslutningskonflikt, og skalaen er et spørreskjema som fylles ut av pasienten selv (69).

Beslutningskonflikt-skalaen består av 5 hovedkategorier. Disse er *informert, klarhet i verdier, støtte, usikkerhet og konsekvenser av beslutningen*. *Informert* kartlegger om pasienten vet hvilke alternativer som er tilgjengelige, og om pasienten er klar over fordeler og ulemper med de ulike alternativene. *Klarhet i verdier* undersøker om pasienten vet hvilke fordeler og ulemper som kan ha størst betydning for han eller henne. *Støtte* forsøker å finne ut om pasienten opplever nok støtte til å kunne ta ønsket beslutning. *Usikkerhet* undersøker om pasienten er sikker på hvilket valg som skal tas. *Konsekvenser av beslutningen* kartlegger om pasienten føler at hun eller han har tatt et informert valg, og om pasienten tror hun eller han kommer til å holde fast ved dette valget i fremtiden (hele verktøyet finnes på nettsiden til O'Connor (1993)) (69, 70).

Hver hovedkategori i beslutningskonflikt-skala består av ulike underpunkter. Disse graderes på en 5-punktsskala fra enten 0-4 eller 1-5 og det gis en delskår for hvert underpunkt. For ordens skyld omtales kun skalaen fra 0 til 4 videre i dette avsnittet. 0 indikerer *helt enig* med oppgitt påstand, mens 1 betyr *enig*. 2 tilsvarer *verken enig eller uenig*, mens 3 betyr *uenig*. 4 indikerer at man er *helt uenig* med påstanden. Delskåren fra underpunktene i én hovedkategori legges sammen og gir en *beslutningskonflikt-delskår*, slik at man har en beslutningskonflikt-delskår for hver kategori. Beslutningskonflikt-delskår fra samtlige verdier legges deretter sammen og omgjøres etter metoden til O'Connor (1993), og det presenteres en *beslutningskonflikt-skår* på en skala fra 0 til 100 (69). Høyere skår indikerer økende grad av beslutningskonflikt (69).

Skalaens egenskaper er undersøkt og validiteten samt reliabiliteten anses som akseptabel (70). Videre er beslutningskonflikt-skalaen oversatt til flere språk, deriblant spansk og nederlandsk (35, 72).

1.1.4.2 Betydningen av beslutningskonflikt-skår

O'Connor (1993) og Stacey *et al* har fortalt at beslutningskonflikt-skår < 25 indikerer større sannsynlighet for at pasienten holder fast ved beslutningen som tas (54, 69). Videre har O'Connor (1993) og Stacey *et al* berettet at beslutningskonflikt-skår > 37 leder til økt risiko for at beslutninger utsettes (54, 69). I brukermanualen til O'Connor ble ikke disse påstandene begrunnet med annen forskning (69). Stacey *et al* henviste til en annen studie, men da undertegnende søkte opp studien det henvises til av Stacey *et al* fant jeg heller ingen begrunnelse der (54).

Thompson-Leduc *et al* har definert beslutningskonflikt-skår ≥ 25 som klinisk signifikant (73). Beslutningskonflikt-skår ≥ 25 innebærer at beslutningskonflikten er av en slik grad at pasientene potensielt utsetter beslutningene som skal tas, eller at pasientene angres på valget som ble tatt. Thompson-Leduc *et al* henviste til flere kilder for å forklare betydningen av klinisk signifikant beslutningskonflikt, men da undertegnede søkte opp disse referansene fant jeg ingen begrunnelse på hvorfor beslutningskonflikt-skår ≥ 25 kan anses som klinisk signifikant (73).

1.1.5 Andre verktøy omtalt i oppgaven

I følgende avsnitt beskrives kort de andre verktøyene som omtales i oppgaven. Disse anses ikke å være sentrale for oppgaven, men er likevel nødvendig å nevne. *Shared Decision Making Questionnaire (SDMQ)* undersøker samvalgsprosessen fra pasientens side og høyere skår er assosiert med mer samvalg (74, 75). SDMQ er i senere tid revidert til *The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)*. SDM-Q-9 gir en skår mellom 0 til 100, hvor høyere skår er forbundet med økt bruk av samvalg (76).

The Satisfaction with Decision (SWD) forsøker å skåre pasientens tilfredsstillelse med en beslutning som ble tatt og høyere skår indikerer mer tilfredsstillelse (74, 77).

1.2 Problemstilling

1.2.1 Valg av problemstilling

Prosessen med å finne problemstilling startet i august 2017. Det ble initialt gjort generelle søk for å finne ut hva som er skrevet om temaet på forhånd. Deretter ble det gjort mer avgrensede søk for å finne en tilnærming til litteraturgjennomgangen. Etter at

prosjektbeskrivelsen ble skrevet, har ordlyden i problemstillingen blitt noe endret. Dette har sammenheng med at denne oppgaven var en dynamisk prosess over en lengre tidsperiode og det stadig skjedde små endringer. Den endelige problemstillingen ble derfor:

- (1) *I hvilken grad benyttes samvalg av allmennleger, og hvilke faktorer er assosiert med samvalg?*
- (2) *Hvordan kan samvalg ha betydning for pasientens beslutningskonflikt ved valg av behandling for pasienter med depresjon?*

1.2.2 Avgrensning av problemstilling

1.2.2.1 Benyttes samvalg av allmennleger (del 1)?

Oppgaven har undersøkt i hvilken grad samvalg ble benyttet av allmennleger og hvilke faktorer som var assosiert med samvalg. Definisjonen av allmennlege er spesifisert i *avsnitt Sentrale begreper*.

Samvalgsrelatert atferd ble undersøkt med verktøyene OPTION-5 og OPTION-12. For å besvare problemstillingen ble det gjort en systematisk litteraturgjennomgang.

1.2.2.2 Samvalg og beslutningskonflikt ved behandling av depresjon (del 2)

Annen del av problemstillingen skulle undersøke om samvalg kunne ha betydning for pasientens *beslutningskonflikt* ved valg av behandling for *depressive lidelser*.

Beslutningskonflikt ble målt med *beslutningskonflikt-skala*.

Det ble også gjort en systematisk litteraturgjennomgang for å besvare del 2 av problemstillingen

1.2.3 Lignende studier

Couët *et al* har undersøkt OPTION-skår i klinisk praksis og tematikken er derfor liknende del 1 av min problemstilling (52). Denne oppgaven skiller seg likevel på enkelte områder. Couët *et als* gjennomgang fra 2015 inkluderte kun studier til og med 2012, mens jeg inkluderte studier fra 2005 til mai 2018 (52). Jeg har kun tatt med studier som benyttet seg av 2005 utgaven OPTION-12, samt OPTION-5, noe som skiller seg fra Couët *et al* (52). Samtidig undersøkte jeg kun skåring av samvalgsrelatert atferd i allmennpraksis, og jeg inkluderte bare konsultasjoner mellom lege og pasient.

2 Metode

2.1 Introduksjon til systematisk litteraturgjennomgang

2.1.1 Systematisk litteraturgjennomgang som metode

En systematisk litteraturgjennomgang skal forsøke å skape et overblikk av eksisterende forskning innenfor et område (78, 79). I denne oppgaven ble det gjort systematiske litteraturgjennomganger for å besvare problemstillingens del 1 og del 2.

I arbeidet med en systematisk litteraturgjennomgang må det først utarbeides en problemstilling. Videre skal det formuleres inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke kilder som skal inkluderes i litteraturgjennomgangen. Det velges elektroniske databaser og søkeord og det gjøres deretter et eller flere litteratursøk. Etter litteratursøket begynner litteraturgjennomgangen. Initialt leses titler og abstrakt, og seleksjonskriteriene avgjør hvilke artikler som skal leses i fulltekst. Artiklene som leses i fulltekst blir på ny vurdert etter seleksjonskriteriene, før det avgjøres hvilke referanser som inkluderes i den systematiske litteraturgjennomgangen. Det gjøres en kritisk vurdering av innholdet, og problemstillingen skal besvares med funnene fra litteraturgjennomgangen (78-80).

2.1.2 PICO – et prinsipp for å formulere presise spørsmål

PICO består av fire elementer: pasient/problem, tiltak (intervention), sammenlikning (comparison) og utfall (outcome). *Pasient/problem* omfatter en bestemt populasjon, pasientgruppe eller et problem, og *tiltak* beskriver en *intervensjon* eller *eksposisjon*. *Sammenlikning* er aktuelt når det skal vurderes effekten av to ulike tiltak. *Utfall* er hvilke endepunkter tiltaket gir for pasientgruppen som skal undersøkes (81-83).

Ved bestemte kliniske spørsmål benyttes gjerne alle de fire elementene i PICO. Således kan PICO også benyttes som oppsett eller inspirasjon for søk etter andre kliniske problemstillinger (81, 82).

2.1.3 Elektroniske databaser

Elektroniske databaser som EMBASE (Excerpta Medica), Medline, PsycINFO og Cochrane Clinical Trials kan være kilder til forskning. Hver database har ulikt utgangspunkt. Medline er en database innen biomedisin og er den største og mest brukte (82). EMBASE er Medlines

europiske motstykke og indekserer flere europeiske tidsskrifter. PsycINFO er en database som først og fremst inneholder referanser til psykologisk forskning (78). Cochrane Clinical Trials inneholder randomiserte kontrollerte studier (82).

2.1.4 Søkord

Det utarbeides søkord for hvert av de fire elementene i PICO. Det skilles mellom emneord og fritekstsøk og i et litteratursøk benytter man seg av begge (80-82).

2.1.4.1 Emneord

Emneordene beskriver innholdet i referansen presist og anses å være den mest nøyaktige måten å søke på. Emneordene er organisert i et hierarkisk system og dess lenger ut i hierarkiet du kommer, desto mer spisset vil søket være. Samtidig gir emneordene synonymkontroll. Ulike databaser benytter forskjellige emneord og ved litteratursøk må dette tas hensyn til (80-82).

Referansene får emneord manuelt når de legges inn i de elektroniske databasene. Dette innebærer at en referanse kan bli beskrevet med feil emneord (82). Samtidig kan det ta tid før nye begreper får et eget emneord, derfor må det også benyttes fritekstsøk i litteratursøket (80, 81).

2.1.4.2 Fritekst

Ved å bruke fritetekst kan man unngå å miste potensielt viktige resultater. Fritekst generer flere treff og er derfor mer upresist sammenliknet med emneordene. Når en benytter fritetekst er det viktig å finne synonymer til valgt søkord, ettersom søkemotoren kun søker etter den frasen man har valgt (80, 81).

Trunkering kan benyttes for å øke antall treff ved fritekstsøk. Søkemotoren søker etter en bestemt ordstamme med alternative endelser. Tegnet for trunkering varierer mellom databasene og kan for eksempel være * eller \$ (82).

I Medline og EMBASE settes fritekstsøket opp som *søkord.kommando*. Kommandoen avgjør i hvilke deler av referansen du vil at søkemotoren skal søke i. Her kan man eksempelvis velge «søkord.ti» for å finne artikler som har «søkord» i tittelen. Dersom man ønsker å søke gjennom tittel, abstrakt med flere velger man funksjonen «.mp» (84).

2.1.4.3 Boolske operatører

Boolske operatører er også kjent som logiske operatører og disse er viktig om det benyttes flere søkeord (81). De mest brukte er «AND» og «OR» (82). AND finner referanser som inneholder begge søkeordene. OR finner studier inneholder kun et av søkeordene, eller begge (80-82). Andre eksempler på boolske operatører er ADJ(*siffer*), og ved å bruke denne funksjonen tillater søkemotoren at det er et visst antall ord mellom søkeordene (82).

2.1.5 Litteraturevaluering etter GRADE

En GRADE-vurdering forteller noe om *kvaliteten* på dokumentasjonen. GRADE benyttes ofte i systematiske litteraturgjennomganger for å vurdere den samlede kvaliteten på inkluderte studier og det gis en GRADE-kvalitet enten er *høy, middels, lav* eller *svært lav*. Faktorer som har betydning for GRADE-kvaliteten er blant annet studiekvalitet. Randomiserte forsøk får automatisk høy kvalitet, mens observasjonsstudier får lav kvalitet. Videre vil faktorer som konsistens mellom inkluderte studier, direktehet, presisjon og rapportertingskjevhet ha betydning, og nevnte faktorer kan være årsak til nedgradering av GRADE-kvalitet. Om det observeres dose-responseffekter kan det være grunn til å oppgradere kvaliteten (85, 86).

Poenget med GRADE er å fortelle noe om hvilken *tillit* en kan ha til et gitt effektestimert. Dersom kvaliteten vurderes til høy vil man anta at det som observeres ligger tett opp mot den sanne effekten. Likeledes vil svært lav kvalitet innebære at en har liten tillit til effektestimert (85, 86).

Utfyllende bestemmelser for MED-3950 har angitt at nøkkellitteratur i masteroppgaven skal litteraturevalueres (87). I Canvas er det publisert skjemaer for dette formålet, og det fremkommer av skjemaene at GRADE-kvalitet skal vurderes. Undertegnede forsto bestemmelsen slik at det ikke skulle gis GRADE-kvalitet for den *samlede dokumentasjonen*, men at det skulle gjøres en vurdering av *enkeltstudiene* i oppgaven i henhold til skjemaene i Canvas. Under arbeidet med GRADE-vurdering ble derfor publiserte GRADE-skjemaer i Canvas benyttet. Videre ble «GRADE handbook» av *GRADEpro GDT* og «Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen» av *Vist et al* også benyttet i denne oppgaven for å vurdere studienes kvalitet (85, 88).

2.2 Metode for del 1 av problemstillingen

2.2.1 Problemstilling

Del 1 av problemstillingen skulle undersøke i hvilken grad *samvalg* benyttes av *allmennleger* med *OPTION-verktøyene*. Etter inspirasjon fra PICO ble derfor del 1 av problemstillingen oppdelt i tre deler: *samvalg*, *allmennlege* og *OPTION-verktøyet*. Disse tre delene ble benyttet som utgangspunkt for litteratursøket.

2.2.2 Seleksjonskriterier

Utfallet i studiene måtte være målt ved OPTION-5 eller OPTION-12. Ettersom OPTION-12 ble publisert i 2005, ble det kun inkludert studier fra og med 2005. Kun studier som presenterte gjennomsnittlig OPTION-skår for alle legene ble inkludert. Hvis det kun ble presentert OPTION-skår for enkeltlegene måtte det være mulig for undertegnede å finne en gjennomsnittlig skår for samtlige leger ved enkel omregning. Studier hvor det måtte kalkuleres *vektede (pooled)* gjennomsnitt eller lignende ble ekskludert.

Enkelte studier hadde som intervensjon å forbedre samvalgsferdigheter, og bare resultatene fra legene som *ikke* hadde benyttet intervensjonen ble inkludert i denne studien. Dette fordi undertegnede ønsket å undersøke *bruk* av samvalg i klinisk praksis og ikke effekten av intervensjoner for å *forbedre* samvalgsferdigheter. Studier som ikke var gjort i Europa, Australia eller Nord-Amerika ekskludert som følge av begrenset mulighet til å generalisere resultatene til Norge.

2.2.3 Litteratursøk

2.2.3.1 Kilder til litteratur

Det ble søkt i databasene Medline, EMBASE, PsycINFO og Cochrane Clinical Trials. Videre ble kildelister i inkluderte studier lest og vurdert for å identifisere mulige studier.

2.2.3.2 Søkeord

Det ble funnet søkeord for *allmennlege*, *samvalg* og *OPTION*, og en fullstendig oversikt over søkeordene finnes i *vedlegg 1*. Bibliotekar på Universitetsbiblioteket i Tromsø ble kontaktet på et tidlig tidspunkt for å få råd om generelle søketips.

Allmennlege var definert som spesialist i allmenmedisin, eller leger som arbeidet i allmennpraksis (se *avsnitt Sentrale begreper* for avklaring). Det ble derfor benyttet fritekstsøkeord som «general practitioner*», «GP*» og emneordet «exp general practitioner/» i Embase. Videre ble det søkt etter uttrykk dekkende for allmennpraksis, deriblant fritekst som «Primary care» og emneord som «exp Primary Health Care/» i Medline. Det ble deretter utarbeidet egne søkeord for samvalg. Dette inkluderte fritekst som «shared decision making*» og «SDM» samt emneord som «exp Decision Making/» i PsycINFO. For OPTION-skår ble det benyttet emneord som «Psychometrics/» i Medline og fritekstord som «option 5» og «option 12».

Begrepene *allmennlege*, *samvalg* og *OPTION-skår* dannet tre ulike *søkerækker* med søkeord. Søkeordene innad en rekke ble kombinert med operatøren «OR». Eksempelvis ble det søkt etter «Primary care» «OR» «exp Primary Health Care/» . Videre ble hver søkerække kombinert med operatøren «AND».

2.2.3.3 Søkeprotokoll

Det endelige litteratursøket ble gjennomført 13. mai 2019. Søkeprotokollen ligger vedlagt i *vedlegg 1*.

2.2.4 Litteraturgjennomgang

Figur 1 viser en skjematisk oversikt over litteraturgjennomgangen. Samtlige treff etter litteratursøket ble importert til EndNote. Deretter ble duplikater fjernet ved EndNotes egen funksjon *Finn duplikater (Find duplicates)* og ved manuell gjennomgang. Totalt ble 17 studier inkludert i denne litteraturgjennomgangen.

2.2.5 Litteraturevaluering

Samtlige inkluderte referanser for del 1 av problemstillingen ble litteraturevaluert med GRADE-skjema for kasus-kontroll studier. Punkter som ikke var relevante for prevalensstudier ble besvart med «ikke aktuelt».

2.2.6 Merknad

Flere av studiene hadde to eller flere forskere som vurderte OPTION-12 skår. I enkelte studier ble det oppgitt total gjennomsnittlig OPTION-12 skår for *hver* av forskerne og ikke et

samlet gjennomsnitt for *alle* forskerne (63, 65). Et samlet gjennomsnitt ble utregnet ved å summere OPTION-12 skåren til *alle* forskerne og dividere dette tallet på *antall* forskere.

Videre oppga enkelte av studiene en total OPTION-12 skår som ikke var omgjort til en skala fra 0 til 100 (38, 63, 65, 89). I henhold til metoden av Elwyn ble totalskåren omgjort ved å dividere summen på 48 og deretter multiplisere med 100 (59).

2.3 Metode for del 2 av problemstillingen

2.3.1 PICO

Del 2 av problemstillingen skulle undersøke om *samvalg* kunne ha betydning for beslutningskonflikt ved behandling av *depressive lidelser*. Populasjon var i dette tilfellet *pasienter med depresjon*, intervensjonen var *samvalg* og utfallet var *beslutningskonflikt*.

2.3.2 Seleksjonskriterier

Et av inklusjonskriteriene var at pasientene måtte ha en depressiv lidelse. Det ble ikke tatt hensyn til ulike grader av depresjon, men det ble satt som krav at pasientene ikke kunne ha bipolare lidelser. Videre var det et inklusjonskriterium at utfallet var kvantitert ved hjelp av beslutningskonflikt-skalaen. Om effekten av samvalg skulle sammenliknes med et annet tiltak, ble det bestemt at samvalg måtte sammenliknes med ordinær behandling. Pasientene måtte være ≥ 12 år, og studier som ikke var gjort i Europa, Australia eller Nord-Amerika ble ekskludert.

2.3.3 Litteratursøk

2.3.3.1 Kilder til litteratur

Det ble søkt i databasene Medline, EMBASE, PsycINFO og Cochrane Clinical Trials. Videre ble kildelister i inkluderte studier lest og vurdert for å identifisere mulige studier.

2.3.3.2 Søkeord

For del 2 av problemstillingen ble det funnet søkeord for *pasienter med depresjon*, *samvalg* og *beslutningskonflikt*, og en fullstendig oversikt over søkeordene finnes i *vedlegg 2*. Det ble søkt med fritekstord som «depression» for å søke etter *pasienter med depresjon*. Videre ble det også funnet passende emneord. Videre ble det søkt med fritekst etter «antidepressent

agent» og emneord som «exp antidepressant agent/» i Embase for å fange opp deltagere med depressive lidelser.

I *avsnitt 2.2.3.2* er det allerede beskrevet hvilke søke- og emneord som ble benyttet for samvalg. For beslutningskonflikt ble det blant annet brukt fritekstordene «decisional conflict scale» og emneordene exp outcome assessment/ i Embase. ADJ1 ble også benyttet i søket etter beslutningskonflikt og et eksempel er «decision* adj1 conflict*».

Pasienter med depresjon, samvalg og beslutningskonflikt dannet tre søkerekker med søkeord. Søkeordene i en rekke ble kombinert med operatøren «OR». Hver søkerekke ble deretter kombinert med «AND».

2.3.3.3 Søkeprotokoll

Det endelige litteratursøket ble gjennomført 8. mai 2019. Søkeprotokollen ligger vedlagt i *vedlegg 2*.

2.3.4 Litteraturgjennomgang

Figur 2 viser en skjematisk oversikt over litteraturgjennomgangen. Samtlige treff etter litteratursøket ble importert til EndNote. Deretter ble duplikater fjernet ved EndNotes egen funksjon *Finn duplikater (Find duplicates)* og ved manuell gjennomgang. Totalt ble fire studier inkludert i denne litteraturgjennomgangen.

2.3.5 Litteraturevaluering

Samtlige inkluderte referanser for del 2 av problemstillingen ble litteraturevaluert med GRADE-skjemaer publisert i Canvas.

2.3.6 Merknad

Litteratursøket ga referansen til en studieprotokoll av Metz *et al* (2015) (90). Det ble kartlagt om studien var ferdigstilt ved søk etter forfatterne i Medline, noe det viste seg å være. Studien til Metz *et al* (2018) ble derfor inkludert i denne gjennomgangen (91).

3 Resultater

3.1 Benyttes samvalg i allmennpraksis (del 1)?

3.1.1 Karakteristika til inkluderte studier

Totalt ble 17 studier inkludert for å undersøke i hvilken grad samvalg ble benyttet av allmennleger, og for å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med samvalg (34, 38, 63, 65, 67, 89, 92-102). En oversikt over inkluderte studier finnes i *tabell 1* og *tabell 2*.

Studiene var publisert i perioden 2006 til 2018. Videre ble studiene gjort i totalt åtte land, deriblant Canada, Italia og Storbritannia. Samtlige hadde tverrsnittdesign. Det ble inkludert data fra 1789 konsultasjoner, hvorav 287 var med simulerte pasienter. Rekruttering av deltagere varierte mellom studiene. Enkelte deltagere ble invitert av forskerne på venterommet, mens andre ble rekruttert av behandlende lege på kontoret.

Studiene inkluderte allmennleger. Begrepet allmennleger omfattet leger med ulikt utdanningsnivå og forskjellige spesialiseringer, som arbeidet i allmenntidmedisin. Det var eksempelvis leger uten spesialisering og leger i spesialisering. Videre var det leger med spesialisering, eksempelvis innen allmenntidmedisin, ortopedi og psykiatri. Se *avsnitt Sentrale begreper* for nærmere beskrivelse om hva som inngår i begrepet i denne oppgaven.

Tverrsnittsundersøkelsen til Brenner *et al* inkluderte konsultasjoner fra spesialister i lungemedisin som ikke arbeidet i allmenntidmedisin (92). Tverrsnittstudien til Brenner *et al* inkluderte også data fra allmennleger, og det ble presentert egen OPTION-12 skår for allmennlegene (92). Kun skåren fra allmennlegene ble inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Studien til Bakhit *et al* benyttet data fra et randomisert forsøk, der intervensjonsgruppen brukte et beslutningsverktøy (93). Kontrollgruppen mottok ordinær behandling, og kun kontrollgruppens OPTION-12 skår ble inkludert i denne oppgaven.

Hirsch *et al* og Keller *et al* benyttet samme datamateriale (63, 65). Legene som var inkludert i studiene til Hirsch *et al* og Keller *et al* hadde på et tidligere tidspunkt fått trening i samvalg (63, 65). Scholl *et al* og Kolker *et al* innhentet data fra samme utvalg, men hadde ulike

seleksjonskriterier for hvilke konsultasjoner som ble inkludert (95, 96). Legene i studien til Menear *et al* var tilknyttet klinikker som var involvert i forskning og utdanning (67).

3.1.2 Skåring

Videoopptak ble brukt som utgangspunkt for skåring i fire av de inkluderte studiene (63, 65, 97, 98). For de resterende undersøkelsene ble det gjort lydopptak. 16 av forsøkene brukte OPTION-12 (34, 38, 63, 65, 67, 89, 92-95, 97-102). Kun Kolker *et al* benyttet OPTION-5 (96).

Studiene til Hirsch *et al* og Keller *et al* delte datasett og det ble ikke gjort ny vurdering av OPTION-12 skår (63, 65). Kolker *et al* og Scholl *et al* gjorde ny skåring hva gjelder OPTION-12 (95, 96).

OPTION-skår ble undersøkt av to eller flere forskere i elleve av studiene (34, 63, 65, 67, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 102). I de gjenværende referansene var det én forsker som ga skår til alle, og minst to forskere som vurderte et definert utvalg av de inkluderte konsultasjonene (38, 89, 94, 97, 100, 101).

3.1.3 I hvilken grad benyttes samvalg i klinisk praksis? (del 1)

3.1.3.1 Gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår

Gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår for alle inkluderte leger ble presentert i 13 av studiene (34, 38, 63, 65, 67, 89, 92-95, 99-101). McKinstry *et al*, Meijers *et al* og Siriwardena *et al* oppga ikke et samlet gjennomsnitt av OPTION-12 skår for alle leger (97, 98, 102). I studien til Meijers *et al* ble det presentert egen OPTION-12 skår for henholdsvis 2007 og 2015 (97). McKinstry *et al* skilte mellom telefonkonsultasjoner og konsultasjoner gjort ansikt til ansikt (102). Siriwardena *et al* presenterte egen skår for legene som oppfylte kriteriene for innpass i foreningen for allmennleger og en annen skår for de legene som ikke fikk innpass i foreningen (98).

Tabell 1 viser en oversikt over OPTION-12 skår. Lavest gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår ble observert i studien til Sonntag *et al* og var på 1.5 (89). Hirsch *et al* og Keller *et al* presenterte gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår på 38.4, og dette var den høyeste skåren blant inkluderte studier (63, 65). Bare fire av 16 studier hadde gjennomsnittlig OPTION-12

totalskår ≥ 25 (63, 65, 67, 98). Dette indikerer at flertallet av studiene, 12 av 16, hadde leger som viste dårlige ferdigheter i samvalg (34, 38, 89, 92-95, 97, 99-102).

Ni studier presenterte lavest- og høyest observerte OPTION-12 skår (34, 38, 67, 89, 92, 94, 95, 99, 100). I studiene til Brenner *et al* og Scholl *et al* var det leger som fikk 0 i OPTION-12 skår (92, 95). Dette kan tolkes dithen at samvalg *ikke* skjedde i disse konsultasjonene. Legen med høyest OPTION-12 skår var i studien til Goss *et al* og oppnådde en skår på 54 (94).

3.1.3.2 Gjennomsnittlig OPTION-12 delskår

Gjennomsnittlig delskår for underpunktene i OPTION-12 ble angitt i 7 av 16 referanser, og en fullstendig oversikt finnes i *tabell 1* (34, 67, 92, 94, 97, 99, 100). Ingen av legene hadde gjennomsnittlig delskår ≥ 2 , og det var dermed ingen leger som i gjennomsnitt viste *grunnleggende* ferdigheter i samvalg for noen av underpunktene i OPTION-12 (se *avsnitt 1.1.3.1* for oversikt over samtlige underpunkt og delskårenes betydning). Alle studiene rapporterte delskårer ≤ 1 for enkelte av underpunktene. Alle gjennomsnitt for underpunktene 2, 3 og 10 under 1, og dette er underpunkt som omfatter legens evne til å: forklare pasienten at det er flere alternativer for problemstillingen (punkt 2); undersøke på hvilken måte pasienten ønsker å motta informasjon (punkt 3); undersøke i hvilken grad pasienten ønsker å delta i beslutningen (punkt 10) (59). For underpunktene 3, 6, 7 og 12 ble det også rapportert delsummer på 0, som indikerer at det *ikke* ble observert ferdigheter i samvalg i for de nevnte underpunktene.

De tre underpunktene med høyest skår var 1, 4 og 11. Disse omfatter legens evne til å: informere pasienten om at en problemstilling må tas stilling til (punkt 1); liste opp tilgjengelige alternativer (punkt 4); fortelle pasienten at en beslutning må fattes (punkt 11) (59).

3.1.3.3 OPTION-5

OPTION-5 ble kun benyttet i studien til Kolker *et al* (96). Gjennomsnittlig OPTION-5 totalskår var 11.84 (se *tabell 2*). Det var ingen av legene som hadde delsum ≥ 2 for noen av underpunktene i studien til Kolker *et al* (96).

3.1.4 Faktorer assosiert med samvalg

3.1.4.1 Faktorer knyttet til konsultasjonene

Åtte studier observerte signifikant korrelasjon mellom høyere OPTION-12 skår og lengre konsultasjonstid (34, 38, 67, 89, 97, 100-102). Gagnon *et al* og Sonntag *et al* undersøkte om sammensetningen av pasient-lege forholdet hadde betydning (34, 89). Sonntag *et al* rapporterte at konsultasjoner med kvinnelig lege og mannlig pasient hadde signifikant høyere OPTION-12 skår, sammenliknet med konsultasjoner med mannlig lege og mannlig pasient (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 1.73 mot 0.52, $p=0.002$) (89).

3.1.4.2 Faktorer knyttet til pasientene

Pasientens alder hadde også betydning for OPTION-12 skår. Goss *et al* observerte at pasienter ≥ 63 år hadde høyere totalskår sammenliknet med yngre pasienter (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 21.36 og 16.66, $p=0.037$) (94). Derimot fant Meijers *et al* at konsultasjoner med eldre hadde lavere OPTION-12 skår ($p<0.05$) (97). Det ble ikke funnet assosiasjon mellom pasientens alder og OPTION-12 skår i studiene til Gagnon *et al* og Weiss og Peters (34, 101).

Pellerin *et al* observerte ingen assosiasjon mellom pasientens egen preferanse for beslutningstaking og OPTION-12 skår (100). Menear *et al* rapporterte at klinisk signifikant beslutningskonflikt, målt ved beslutningskonflikt-skår ≥ 25 , var assosiert med høyere OPTION-12 skår ($\beta=7.15$, $p=0.002$) (67). Videre fant Menear *et al* at arbeidsledige hadde lavere skår ($\beta=-6.48$, $p=0.02$) (67). I studien til Young *et al* ble det benyttet simulerte pasienter, og det ble observert høyere OPTION-12 skår når pasientene spurte etter et bestemt medikament (38).

3.1.4.3 Faktorer knyttet til legene

Legens alder kunne ha betydning for OPTION-12 skår. Menear *et al* observerte en trend der yngre leger hadde høyere OPTION-12 skår ($\beta=-0.18$, $p=0.07$) (67). Disse funnene var signifikant i studiene til Siriwardena *et al* og Young *et al* (henholdsvis koeffisient estimat - 0.65, $p=0.0049$; $\beta=-0.09$, $p<0.01$) (38, 98). Pellerin *et al* fant på motsatt side ingen assosiasjon mellom legens alder og OPTION-12 skår (100).

Young *et al* rapporterte at hvilken *type* praksis hadde betydning for samvalgsatferd (38). Type praksis kunne eksempelvis være klinikker tilknyttet et universitet eller et forsikringsselskap (såkalt *Health Maintenance Organization - HMO*). Blant legene som arbeidet i en HMO-setting observerte Young *et al* lavere OPTION-12 skår (38).

Gagnon *et al*, Pellerin *et al* og Sonntag *et al* undersøkte om legens kjønn hadde betydning for samvalgsatferd (34, 89, 100). Sonntag *et al* observerte signifikant høyere OPTION-12 skår i konsultasjoner med kvinnelige leger (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 1.56 mot 0.875, $p=0.001$) (89). Gagnon *et al* fant ingen forskjell på legens kjønn, og Pellerin *et al* observerte ingen signifikante forskjeller etter at det ble justert for konsultasjonstid (34, 100).

Meneer *et al* og Pellerin *et al* undersøkte om legens deltagelse i komitéer eller lignende (*social participation*) kunne ha betydning for OPTION-12 skår (67, 100). Det ble vist høyere totalskår for legene i studien til Meneer *et al* (67). Pellerin *et al* observerte at legens utdanning hadde betydning, og de som hadde tatt en akademisk grad før medisinstudiet hadde lavere OPTION-12 skår kontra de som ikke hadde det (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 22 og 25, $p=0.005$) (100). Videre rapporterte Scholl *et al* og Sonntag *et al* om signifikante forskjeller *mellom* hver enkelt lege hva gjelder OPTION-12 skår (89, 95).

Det var signifikant lavere OPTION-12 skår hos leger i spesialisering sammenliknet med spesialister i studien til Gagnon *et al* (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 17 og 21, $p=0.02$) (34). Pellerin *et al* fant ingen signifikante forskjeller på hvor langt man var kommet i LIS-utdanningen (100). Siriwardena *et al* undersøkte OPTION-12 skår til leger som fikk innpass i en britisk forening for allmennleger, og det ble sett høyere skår blant de som ble tatt opp i foreningen (gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår 36.1 og 28.6, mean difference (MD) 7.5, 95% konfidensintervall (KI) [1.13, 13.87], $p=0.022$) (98).

3.1.5 Litteraturevaluering

Samtlige studier hadde tverrsnittdesign og oppnår automatisk lav GRADE-kvalitet. Ingen av studiene ble nedgradert til *veldig lav*. GRADE-skjemaer ligger i *vedlegg 3*.

3.2 Samvalg og effekt på beslutningskonflikt (del 2)?

3.2.1 Antall treff

Fire referanser ble inkludert for å undersøke om samvalg kunne ha effekt på beslutningskonflikt ved behandling av depressive lidelser (35, 68, 74, 91). En oversikt finnes i *tabell 3* og *tabell 4*.

3.2.2 Karakteristika til inkluderte studier

Inkluderte studier var publisert i perioden 2012 til 2018. Av disse var det to cluster-RCT (68, 91), en RCT (35) og en ukontrollert kohortstudie (74). Samlet ble det analysert data fra 558 deltagere med depresjon i de fire inkluderte studiene (35, 68, 74, 91).

Det ble ikke vist signifikante forskjeller blant deltagerens karakteristika i studiene til LeBlanc *et al*, Metz *et al* (2018) og Perestelo-Perez *et al* (35, 68, 91). LeBlanc *et al* og Simmons *et al* fant ingen signifikante ulikheter om en sammenliknet frafalte deltagere med de gjenværende deltagerne (68, 74). I studien til Metz *et al* (2018) var det signifikante forskjeller hva gjelder pasientens egen opplevelse av å kunne påvirke faktorer som har betydning for egen livssituasjon (*locus of control*) ($p=0,034$) (90, 91). Metz *et al* (2018) fant ingen forskjeller når en sammenliknet frafalte fra henholdsvis intervensjon og kontroll (91).

LeBlanc *et al*, Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* inkluderte kun pasienter med depressive lidelser (35, 68, 74). Metz *et al* (2018) inkluderte andre psykiske lidelser og presenterte egen skår for pasienter med depresjon (91).

3.2.3 Intervensjon og kontroll

LeBlanc *et al* undersøkte om et beslutningsverktøy hadde effekt på beslutningskonflikt-skår ved valg av medikamenter i behandling av depresjon (68). Verktøyet til LeBlanc *et al* ble benyttet under konsultasjonen med legen (68).

I studiene til Metz *et al* (2018), Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* ble intervensjonen benyttet for å velge mellom ulike behandlingsalternativer (35, 74, 91). Metz *et al* (2018) utviklet en 5-steps modell for beslutningstaking (91). Modellen tok hensyn til kliniske tilbakemeldinger og ble brukt under hele behandlingsperioden. Perestelo-Perez *et al* lagde et nettbasert beslutningsverktøy som ble benyttet ved én anledning (35). Verktøyet til

Perestelo-Perez *et al* presenterte informasjon om *hva* depresjon er og *hvilke* symptomer tilstanden kan gi (35). Beslutningsverktøyet utviklet av Simmons *et al* var også nettbasert og ble brukt av lege og pasient sammen, og det ga informasjon om evidensbaserte behandlingsalternativer ved depresjon (74).

Alle kontrollgruppene i de randomiserte forsøkene fikk ordinær behandling (35, 68, 91).

3.2.4 Randomisering og blinding

LeBlanc *et al* gjennomførte et cluster randomisert forsøk (68). Klinikene ble delt i to grupper etter antall pasienter og deltagelse i et program for å forbedre behandling av depresjon. Innad i begge gruppene ble klinikene randomisert til enten intervensjon eller kontroll, og hver gruppe hadde altså klinikker i både kontroll- og intervensjon. LeBlanc *et al* blindet pasientene for forskningshypotesen, men det var ingen blinding av klinikere og forskere (68). Metz *et al* (2018) inkluderte 14 behandlingsteam, og to tilnærmet like team ble satt sammen i par (91). I et par ble det ene teamet randomisert til intervensjon og det andre til kontrollgruppen. Datainnsamling ble gjort av uavhengige personer fra forskningsteamet, men det var ingen blinding av klinikere eller pasienter i studien til Metz *et al* (91).

Perestelo-Perez *et al* randomiserte deltagerne til enten intervensjon eller kontroll og både klinikerne og forskerne ble blindet (35). I kohortstudien til Simmons *et al* var det ikke aktuelt med randomisering (74).

3.2.5 Statistiske metoder

Hierarkisk generalisert lineærmodell ble benyttet av LeBlanc *et al* for å undersøke effekten av intervensjonen (68). Det ble gjort lineær multilevel regresjonsanalyse med tre nivåer og to-utvalgs t-test for å undersøke effekten rett etter intervensjon (T1) og etter 6 måneder (T2) i studien til Metz *et al* (2018) (91). For å undersøke effekten av intervensjon benyttet Perestelo-Perez *et al* multippel lineær regresjon, der avhengige og uavhengige variabler var henholdsvis beslutningskonfliktskår og deltagere (35). Simmons *et al* gjennomførte paret t-test og uavhengig t-test for å undersøke effekten av intervensjonen (74).

Ved regresjonsanalyse har betakoeffisienten negativt fortegn om intervensjonen hadde effekt. Det innebærer at lavere verdi indikerer større reduksjon av beslutningskonflikt (54).

3.2.6 Reduksjon av beslutningskonflikt?

3.2.6.1 Beslutningskonflikt-skår

Alle studiene benyttet seg av beslutningskonflikt-skala for å måle utfallet (35, 68, 74, 91).

Beslutningskonflikt-skår ble angitt på en skala fra 0-100. For alle referansene, med unntak av LeBlanc *et al*, indikerte høyere beslutningskonflikt-skår mer beslutningskonflikt (35, 68, 74, 91). Funnene fra studien til LeBlanc *et al* er presentert i *tabell 3*, mens resultatene fra studiene til Metz *et al* (2018), Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* er anført i *tabell 4* (35, 68, 74, 91).

Metz *et al* (2018), LeBlanc *et al* og Perestelo-Perez *et al* rapporterte signifikant reduksjon av beslutningskonflikt for pasienter med depresjon i intervensjonsgruppen (henholdsvis MD 5.3, 95% KI [1.1-9.5], $p=0.01$; $\beta = -11.173$, 95% KI [-22.176, 0.170], $p = 0.047$; $\beta=-9.98$, 95% KI [-15.6, -4.38] $P<0.001$) (35, 68, 91). I studien til Metz *et al* (2018) var det ikke signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-skår for alle deltagerne, men det ble gjort posthoc analyser som avdekket effekt for pasienter med depresjon (91). Videre ble reduksjon av beslutningskonflikt i studien til Metz *et al* (2018) først observert etter 6 måneder (ved T2) (91). Simmons *et al* observerte signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-skår etter at beslutningsverktøyet var brukt (differanse beslutningskonflikt-skår før intervensjon til etter intervensjon 17.8, 95% KI [13.25, 22.94], $p<0.001$) (74).

3.2.6.2 Beslutningskonflikt-delskår

LeBlanc *et al* og Perestelo-Perez *et al* presenterte beslutningskonflikt-delskår (se *avsnitt 1.1.4.1* for oversikt over alle underpunktene i beslutningskonflikt-skalaen) (35, 68). Begge studiene viste til signifikante forskjeller for delskår i kategorien *informert* i favør av intervensjonsgruppen (MD 7.8, 95% KI [1.9, 13.6], $p=0.009$; $\beta -20.8$, 95% KI [-30.9, -10.8], $p<0.05$). *Informert* undersøker blant annet om pasienten føler seg informert om behandlingens fordeler og ulemper (69).

I studien til LeBlanc *et al* ble det observert signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-delskår for kategorien *klarhet i verdier* (MD 8.4, 95% KI [3.3, 13.5], $p<0.05$) (68). *Klarhet i*

verdier undersøker eksempelvis om pasienten har reflektert over hvilke fordeler som er viktigst for seg (69). Perestelo-Perez *et al* rapporterte om signifikante forskjeller for kategoriene *usikkerhet* og *konsekvenser av beslutningen* (henholdsvis β -11.9, 95% KI [-21.3, 2.48], $p < 0.05$; β -11.3, 95% KI [19.4, 3.14], $p < 0.05$). *Usikkerhet* kartlegger om pasienten følte seg sikker i valget og om beslutningen var lett å ta. *Konsekvenser av beslutningen* undersøker om pasienten opplevde at det ble tatt et informert valg og om pasienten er fornøyd med beslutningen (69).

3.2.7 Utvalg av andre funn

Enkelte av studiene benyttet ulike verktøy for å måle grad av samvalg i inkluderte konsultasjoner. Simmons *et al* brukte SDM-Q og rapporterte at pasientene opplevde høy grad av involvering i beslutningsprosessen (SDM-Q skår 37.4) (74). LeBlanc *et al* benyttet OPTION-12 og det var signifikant høyere skår for intervensjonsgruppen (MD 15.8, 95% KI [6.5, 25] $p = 0.001$) (68). Det ble derimot ikke observert signifikante forskjeller hva gjelder SDM-9-Q skår i studien til Metz *et al* (2018) (91).

Simmons *et al* undersøkte pasientens tilfredsstillelse med SWD rett etter intervensjon (T1) og etter åtte uker (T2) (74). Funnene indikerte at pasientene var tilfredse med beslutningen etter 8 uker (SWD skår: T1 25.4, T2 25.3,).

3.2.8 Litteraturevaluering

GRADE-skjemaer ligger vedlagt i *vedlegg 4*.

3.2.8.1 Studiene til LeBlanc *et al* og Metz *et al* (2018) (68, 91)

Randomiserte forsøk oppnår høy GRADE-kvalitet om ingen andre faktorer taler for nedgradering av kvaliteten (85). LeBlanc *et al* og Metz *et al* (2018) gjennomførte begge cluster randomiserte forsøk, men ingen blindet deltagerne (68, 91). Begge studiene nedgraderes derfor med et nivå til *middels* kvalitet.

I studien til Metz *et al* (2018) ble det observert signifikante forskjeller mellom intervensjon- og kontrollgruppene hva gjelder *locus of control* (91). Dette ble tatt med i vurderingen av GRADE-kvalitet og undertegnede å beholde GRADE-kvaliteten på *middels* for studien til Metz *et al* (2018) (91).

3.2.8.2 Studien til Perestelo-Perez *et al* (35)

Perestelo-Perez *et al* gjennomførte et randomisert kontrollert forsøk (35). Ingen av deltagerne ble blindet, men det var blinding av klinikere og forskere. Videre var det flere deltagere i kontrollgruppen, men det var ingen signifikante forskjeller på deltagerkarakteristika. Studien til Perestelo-Perez *et al* nedgraderes som følge av manglende blinding av deltagerne fra høy GRADE-kvalitet til *middels* kvalitet (35).

3.2.8.3 Studien til Simmons *et al*

Studien til Simmons *et al* var en kohortstudie uten kontrollgruppe (74). Deltagerne benyttet seg av et beslutningsverktøy, og effekten av intervensjonen ble målt ved start (T0), rett etter intervensjon (T1) og etter åtte uker (T2). Simmons *et al* beskrev flere faktorer som skulle måles ved T2, men disse resultatene ble ikke presentert i forskningsartikkelen (74). Mangelen på kontrollgruppe og manglende rapportering av enkelte utfall gjør at GRADE-kvaliteten vurderes til *veldig lav*.

4 Diskusjon

4.1 Lav OPTION-skår i allmennpraksis

4.1.1 Hva betyr resultatene?

Denne oppgaven skulle blant annet undersøke i hvilken grad samvalg benyttes i allmennpraksis. Gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår ≥ 25 ble kun observert i fire studier (63, 65, 67, 98). Dette indikerer at det var *dårlige* samvalgsferdigheter i flesteparten av de inkluderte studiene. Samtidig var det også enkelte konsultasjoner hvor det *ikke* ble observert samvalsrelatert atferd, vist med laveste OPTION-12 verdi på 0.

Det påpekes igjen at delskårene for OPTION-12 ikke kan vurderes selvstendig som følge av verktøyets manglende reliabilitet og validitet (33). Likevel kan delskårene indikere hvor legene svikter hva gjelder samvalg. De laveste delskårene ble observert for underpunktene 2, 3 og 10 i OPTION-12 verktøyet (se *avsnitt 1.1.3.1* for en oversikt over alle underpunktene). Hvordan kan et samvalg gjennomføres, når det ikke undersøkes *i hvilken grad* pasienten ønsker å involveres i beslutningen? Hvordan kan man sikre at pasienten får informasjon via rett medium, når det ikke kartlegges *hvordan* pasienten ønsker å motta informasjon?

De høyeste delskårene ble observert i kategoriene 1, 4 og 11. Om en sammenlikner med underpunktene 2, 3 og 10, kan det virke som legene var flinkere til å redegjøre for behandlingens ulike alternativer og fortelle pasienten at et valg må tas. Likevel er forskjellene små og samtlige verdier er forskjøvet mot 0. Det var heller ingen av legene som i gjennomsnitt viste *grunnleggende* ferdigheter i samvalg da ingen oppnådde delskår ≥ 2 .

Funnene indikerer lite samvalsrelatert atferd og dette er tankevekkende. Det kan tilsynelatende virke som om den kliniske praksisen ikke er på nivå med de politiske målsetningene. For Norges del er samvalg blant annet omtalt i den siste Nasjonale helse- og sykehusplanen og i en rekke Stortingsmeldinger (14-17, 39, 40).

Ingen av studiene er gjort i Norge, men en kan anta at forholdene er lignende også her. Selv om enkelte av studiene inkluderer allmennleger som kanskje ikke passer den «norske» definisjonen av allmennlege, er det visse aspekter ved lege-pasientforholdet som er lik

uavhengig av klinisk setting. Samtidig sees det en trend med lav OPTION-skår i flere land, noe som ytterligere kan styrke påstanden om at forholdene er liknende i Norge. Enkelte av landene er har kanskje et helsevesen som er mer likt med Norge enn andre, eksempelvis Storbritannia og Canada, og dette har også betydning for muligheten til å generalisere funnene til Norge.

4.1.2 Faktorer som påvirker samvalgsatferd

I åtte studier ble det sett positiv assosiasjon mellom lengre konsultasjoner og høyere OPTION-12 skår (34, 38, 67, 89, 97, 100-102). Menear *et al* har påpekt at det behøves tilstrekkelig med tid for at et samvalg skal skje (67). Samtidig har Scholl *et al* påstått at et samvalg kan skje i løpet av flere konsultasjoner (95). En kan med dette tenke seg at det tar lengre tid for legen å forklare pasienten om ulike behandlingalternativer, samt å vurdere alternativene opp mot pasientens egne preferanser. Dette kan være med å forklare hvorfor det sees sammenheng mellom konsultasjonstid og OPTION-12 skår. Couët *et al* gjorde en systematisk litteraturgjennomgang og rapporterte også positiv korrelasjon mellom samvalgsrelatert atferd og konsultasjonstid (52).

Gagnon *et al*, Goss *et al*, Meijers *et al* samt Weiss og Peters undersøkte om pasientens alder hadde betydning for OPTION-12 skår (34, 94, 97, 101). Funnene er sprikende da Goss *et al* rapporterte høyere OPTION-12 skår hos eldre pasienter, mens Meijers *et al* observerte lavere OPTION-12 skår (94, 97, 101). Derimot fant Gagnon *et al* samt Weiss og Peters ingen assosiasjon mellom alder og OPTION-12 skår (34, 101). Er det mer eller mindre samvalg i konsultasjoner med eldre pasienter sammenliknet med yngre? Funnene spriker i begge retninger på dette punktet.

Videre kan funnene fra litteraturgjennomgangen indikere at *legens* alder kan ha betydning for samvalgsferdigheter. Menear *et al* observerte en trend der yngre leger hadde høyere OPTION-12 skår, og Young *et al* og Siriwardena *et al* observerte signifikante forskjeller der eldre leger hadde lavere OPTION-12 skår (38, 67, 98). Hvorfor det er slik er ikke nødvendigvis enkelt å svare på. Det kan tenkes at eldre leger utdannet seg i en periode der paternalismen sto sterkere. Innledningsvis ble det beskrevet endringer i helsevesenet med blant annet økende fokus på pasientautonomi, og samvalg er eksempelvis omtalt i Spesialistforskriften

(41). Disse faktorene kan være med å forklare hvorfor det observeres mer samvalgsrelatert atferd hos yngre leger. Det påpekes at Pellerin *et al* ikke fant assosiasjon mellom legens alder og samvalgsrelatert atferd, og det kan indikere at betydningen av legens alder må utforskes nærmere i fremtiden (100).

Legens utdanningsnivå kan påvirke samvalgsrelatert atferd. Pellerin *et al* observerte at leger som hadde tatt en annen akademisk grad før medisinstudiet hadde lavere OPTION-12 skår (100). Kan dette forklares med at legene med en annen akademisk grad er *eldre* og at dette påvirker resultatet? Eller er det andre forhold som gjør at OPTION-12 skår er lavere? Videre fant Pellerin *et al* at det ikke hadde betydning for OPTION-12 skår hvor langt man var kommet i LIS-utdanningen, mens Gagnon *et al* observerte at det var forskjell på totalskår mellom LIS og spesialister (34, 100). En skulle kunne forvente at de nyutdannede legene er yngre, sammenliknet med eksempelvis spesialister i allmennmedisin.

Siriwardena *et al* opplyste at leger som oppfylte kriteriene for innpass i en forening for allmennleger hadde høyere skår, og dette kan indikere at ferdigheter i samvalg kommer med klinisk erfaring (98). Samtidig rapporterte Scholl *et al* og Sonntag *et al* om signifikante forskjeller mellom hver enkelt legene hva gjelder OPTION-12 skår, og Menear *et al* observerte at leger som deltok i komiteer eller lignende også hadde høyere skår (67, 89, 95). Funnene til Menear *et al*, Scholl *et al*, Sonntag *et al* og Siriwardena *et al* kan videre bety at det sannsynligvis er flere faktorer foruten utdanning og klinisk erfaring som har betydning for samvalgsrelatert atferd (67, 89, 95, 98). Dette er noe som kan undersøkes videre i fremtidige studier.

4.1.3 Kan man stole på resultatene?

4.1.3.1 Begrensninger med inkluderte studier

Enkelte forskere undersøkte videoopptak fra konsultasjoner for å vurdere OPTION-skår, mens andre forskere vurderte lydopptak. Keller *et al* og Scholl *et al* har påpekt at video kan fange opp nonverbal kommunikasjon og at dette potensielt kan påvirke OPTION-skår (65, 95). Hirsch *et al*, Keller *et al*, Meijers *et al* og Siriwardena *et al* brukte alle videoopptak og samtlige, foruten Meijers *et al*, var blant studiene som oppnådde gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår over 25 (63, 65, 97, 98). Hirsch *et al* har uttrykt at konsultasjonstiden varierer

mellom ulike land og har fortalt at dette påvirke gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår (63). Samtidig ble det vist assosiasjon mellom OPTION-12 skår og konsultasjonslengde i åtte av studiene, noe som understreker at dette kan ha betydning for gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår (34, 38, 67, 89, 97, 100-102).

Studien til Siriwardena *et al* undersøkte konsultasjoner innsendt av britiske allmennleger (98). Disse skulle benyttes for å søke opptak i en britisk allmennlegeforening, og opptakene var fra konsultasjoner der allmennlegen selv følte han eller hun fikk vist gode kommunikasjonsferdigheter. Det at legene selv valgte opptakene gjør at resultatene er sårbare for seleksjonsbias. Det påpekes at studien til Siriwardena *et al* var én av få som rapporterte gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår over 25 i denne litteraturgjennomgangen (98).

Legene i studiene til Hirsch *et al* og Keller *et al* hadde tidligere deltatt i et randomisert forsøk der intervensjonen var å øke samvalgsferdigheter (63, 65). Fordi legene hadde fått trening i samvalgsrelatert atferd kan det tenkes at dette påvirker OPTION-12 skår. I studien til Meneer *et al* var legene tilknyttet klinikker som var involvert i forskning og undervisning, og dette kan potensielt også ha betydning for OPTION-12 skår (67).

4.1.3.2 Tverrsnittdesign

Meneer *et al*, Scholl *et al*, Sonntag *et al* og Young *et al* har alle stilt spørsmålsteget om tverrsnittdesign er rett metode for å undersøke samvalgsrelatert atferd (38, 67, 89, 95). Samvalg er noe som potensielt kan skje over flere konsultasjoner, og det er ikke sikkert at all samvalgsrelatert atferd kan fanges opp på et gitt tidspunkt. Dette kan bety at de reelle ferdighetene kan være bedre enn det som ble observert i inkluderte studier. Løsningen på dette problemet vil i så fall være å velge et studiedesign som tillater å undersøke samvalgsrelatert atferd over en lengre tidsperiode.

4.1.3.3 utfordringer med OPTION-verktøyet

OPTION-12 har vært kritisert for å ikke kunne måle samvalgsprosessen tilfredsstillende (34, 66). Det har vært påstått at enkelte av underpunktene i OPTION-12 ikke skjer i vanlig klinisk praksis og underpunktene 2, 3 og 10 nevnes spesielt (se *avsnitt 1.1.3.1* for samtlige

underpunkter i OPTION-12 instrumentet) (61, 65-67). I denne litteraturgjennomgangen ble det også observert lavest delsum for underpunktene 2, 3 og 10.

Flere av de inkluderte studiene har påpekt at det var en opphopning av lave OPTION-verdier (33, 38, 63, 65, 67, 94-96). OPTION-5 ble lansert i 2013, og færre underpunkter skulle gjøre redskapet mer anvendelig. Samtidig skulle OPTION-5 være en ny måte å vurdere samvalgsprosessen på (66). Denne oppgaven inkluderte kun én studie som benyttet OPTION-5, men også Kolker *et al* rapporterte lav gjennomsnittlig OPTION-5 totalskår (96).

Opphopning av lave totale gjennomsnittlige OPTION-12 verdier kan indikere at OPTION-12 ikke klarer å måle alle aspektene ved et samvalg. Videre kan problemer med verktøyet være å forklare hvorfor allmennleger tilsynelatende benytter lite samvalg i den kliniske hverdagen. Samtidig kan det være at det faktisk er lite samvalgsrelatert atferd i klinisk praksis. Legene i studiene til Hirsch *et al* og Keller *et al* hadde fått trening i samvalg, og disse studiene rapporterte om høy gjennomsnittlig OPTION-12 skår (63, 65). Den legen med høyest OPTION-12 skår var også i studiene til Hirsch *et al* og Keller *et al*, og funnene til Hirsch *et al* og Keller *et al* viser at det var mulig å oppnå høy totalskår (63, 65). Dette er noe som kan tale for at samvalgsferdighetene til allmennleger ikke er tilfredsstillende, samtidig som det viser at det er mulig å forbedre ferdighetene i samvalg.

Det kan være en utfordring å skulle måle et fenomen som samvalg med et kvantitativt verktøy, og dette kan være med på å forklare hvorfor OPTION-12 skår var lav blant inkluderte studier. Hvordan kan pasientautonomi måles? Videre er OPTION et verktøy som ikke tar hensyn til pasientens egne tanker eller meninger (58, 61, 66). Hvordan kan pasientperspektivet undersøkes uten å spørre pasienten selv, og hvordan kan man undersøke om pasienten har informerte preferanser (100, 103)?

Det kan også tenkes at kvaliteten på skåringen varierer mellom forskjellige studier. Nicolai *et al* har påpekt at reliabiliteten er varierende for studier som benytter OPTION-12 (64). Forskerne i en studie har ikke nødvendigvis tolket verktøyet på samme måte som forskerne i en annen studie. Videre kan også oversetting av verktøyet ha betydning. Språklige nyanser

kan gjøre at man på tvers av land ikke måler det samme fenomenet, og dette kan ha betydning når en sammenlikner studier fra flere land.

På samme måte som forskere *mellom* ulike studier kan forstå verktøyet ulikt, kan forskerne *innad* en studie også ha forskjellig tolkning av verktøyet. I flertallet av de inkluderte studiene var det minst to forskere som vurderte samtlige konsultasjoner med henblikk på OPTION-skår (34, 63, 65, 67, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 102). Likevel var det også referanser der én forsker vurderte flesteparten av konsultasjonene, og dette er noe som kan ha betydning når OPTION-skår fra flere studier sammenliknes (38, 89, 94, 97, 100, 101).

4.1.4 Eksisterende forskning

Couët *et al* gjorde en systematisk litteraturgjennomgang og undersøkte OPTION-12 skår innen flere kliniske områder (52). Gjennomsnittlig OPTION-12 totalskår varierte mellom 3 og 68 for inkluderte studier i litteraturgjennomgangen til Couët *et al* (52). Couët *et al* konkluderte med at observert samvalgsatferd var lav, og dette er i tråd med funnene fra denne oppgaven (52). Det påpekes at enkelte av referansene fra gjennomgangen til Couët *et al* er inkludert i denne oppgaven (52).

4.2 Samvalg kan redusere beslutningskonflikt

4.2.1 Hvorfor reduseres beslutningskonflikten?

Denne oppgaven skulle undersøke om samvalg kunne ha effekt på beslutningskonflikt for pasienter med depresjon. Blant inkluderte studier ble det benyttet ulike intervensjoner for å fremme samvalg. I studien til LeBlanc *et al* ble eksempelvis beslutningsverktøyet brukt for å veilede pasienten til å velge medikamenter (68). 5-steps modellen til Metz *et al* (2018) og beslutningsverktøyene til Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* ble benyttet for å velge mellom ulike behandlingsalternativer (35, 74, 91).

Den første faktoren som har vært assosiert med beslutningskonflikt er manglende kunnskap hos pasienten (69). Når et samvalg skal tas, skal all relevant personlig informasjon utveksles fra pasienten og medisinsk informasjon fra behandleren (21-26). Beslutningsverktøyene til LeBlanc *et al*, Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* formidlet informasjon om ulike behandlingsmodaliteter (35, 68, 74). Perestelo-Perez *et al* observerte signifikante forskjeller

hva gjelder beslutningskonflikt-delskår for kategorien *konsekvenser av beslutningen* (se avsnitt 1.1.4.1 for beskrivelse av kategoriene i beslutningskonflikt-skala) (35). Dette innebærer at deltagerne i intervensjonsgruppen i større grad følte at det ble tatt et informert valg. Videre rapporterte Perestelo-Perez *et al* om signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-delskår for kategorien *usikkerhet* (35). Dette indikerer at deltagerne i intervensjonsgruppen i studien til Perestelo-Perez *et al* var mer sikker i valget som ble tatt, og en av årsakene til dette kan eksempelvis være mer kunnskap om behandlingsalternativene (35).

Usikkerhet omkring personlige verdier er den andre faktoren som har vært assosiert med beslutningskonflikt (69). I et samvalg skal det tas hensyn til pasientens egne verdier og preferanser (22). Beslutningsverktøyet til Perestelo-Perez *et al* skulle spesifikt hjelpe pasienten å klargjøre sine egne verdier (35). LeBlanc *et al* observerte signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-delskår i *klarhet i verdier* for intervensjonsgruppen (68). Kategorien *klarhet i verdier* undersøker om pasienten vet hvilke fordeler og ulemper som kan ha størst betydning for han eller henne, og dette er faktorer som kanskje kan være viktig når en skal klargjøre sine egne verdier (69).

Perestelo-Perez *et al* rapporterte signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-delskår i kategorien *konsekvenser av beslutning* (35). *Konsekvenser av beslutning* undersøker om pasienten tror han eller hun kommer til å holde fast ved sin beslutning, og en pasient som gjennomfører beslutningen som avtalt har kanskje mer klarhet omkring personlige verdier (69). I studien til Perestelo-Perez *et al* ble det også observert signifikante forskjeller hva gjelder beslutningskonflikt-delskår i kategorien *usikkerhet* (35). En pasient som er sikrere i sitt valg har kanskje i større grad avklart sine personlige verdier. Videre kan en vurdere om økt kunnskap, jamfør diskusjonen fra tidligere i dette avsnittet, kan bidra til å redusere usikkerheten omkring personlige verdier.

Den tredje faktoren som beslutningskonflikt har vært assosiert med er at pasienten opplever manglende støtte i beslutningsprosessen. Samtidig har det hatt betydning om pasienten følte seg presset til å ta et valg (69). Beslutningsverktøyene til LeBlanc *et al*, Perestelo-Perez *et al* og Simmons *et al* skulle støtte pasienten i valgprosessen, og dette var også hensikten

med 5-stegsmodellen til Metz *et al* (2018) (35, 68, 74, 91). Potensielt kunne beslutningsverktøyene gjøre at pasienten følte seg mer støttet i prosessen, og konsekvensen av dette kunne kanskje være reduksjon av beslutningskonflikt. Det ble likevel ikke observert signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-delskår for kategorien *støtte* i studiene til LeBlanc *et al* og Metz *et al* (68, 91). Til tross for dette ble det likevel observert signifikant reduksjon av beslutningskonflikt i begge studiene, og det kan indikere at det er flere faktorer som påvirker pasientens beslutningskonflikt (68, 91).

Samvalgsprosessen ble målt i studiene til LeBlanc *et al*, Metz *et al* (2018) og Simmons *et al* med henholdsvis OPTION-12, SDM-9-Q og SDM-Q (68, 74, 91). I kohortstudien til Simmons *et al* opplevde pasientene høy grad av samvalg (74). Det ble observert signifikante forskjeller mellom intervensjon og kontroll hva gjelder OPTION-skår i studien til LeBlanc *et al*, i favør av intervensjonsgruppen (68). Disse funnene kan indikere at det muligens var mer samvalg i de tilfellene beslutningsverktøyet ble benyttet, og styrke påstanden om at samvalg kan bidra til å redusere beslutningskonflikt.

4.2.2 Klinisk betydning av redusert beslutningskonflikt

Konsekvensene av økt beslutningskonflikt har for eksempel vært økt stressnivå for pasienten, eller at pasienten bruker lengre tid på å ta en beslutning (69-71). O'Connor (1993) og Stacey *et al* har fortalt at beslutningskonflikt-skår < 25 indikerer større sannsynlighet for at pasienten holder fast ved beslutningen som tas, og Thompson-Leduc *et al* har definert beslutningskonflikt-skår ≥ 25 som klinisk signifikant (54, 69, 73). Det påpekes igjen at undertegnede ikke fant studier som kunne vise til hvorfor beslutningskonflikt-skår ≥ 25 er assosiert med utsettelse av beslutninger, men en beslutningskonflikt-skår på 25 kan likevel danne utgangspunktet for sammenlikning av studiene i denne oppgaven.

Simmons *et al* observerte signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-skår til < 25 etter intervensjon (74). I studien til Perestelo-Perez *et al* var det signifikante forskjeller mellom intervensjon og kontroll hva gjelder beslutningskonflikt-skår, og intervensjonsgruppen hadde beslutningskonflikt-skår < 25 (35). Metz *et al* (2018) rapporterte om signifikante forskjeller i beslutningskonflikt-skår mellom intervensjon- og kontrollgruppen, men intervensjonsgruppen hadde ikke beslutningskonflikt-skår under den verdien som anses som

klinisk signifikant (91). Det kan virke som deltagerne i studien til Simmons *et al* samt deltagerne i intervensjonsgruppen til Perestelo-Perez *et al* hadde større sannsynlighet for å holde fast ved sin beslutning, sammenliknet med deltagerne i studien til Metz *et al* (35, 74, 91).

Det kan likevel ikke trekkes en konklusjon om hvilken intervensjon som var mest effektiv av henholdsvis Perestelo-Perez *et al* eller Simmons *et al* (35, 74). Studien til Perestelo-Perez *et al* var et randomisert klinisk forsøk og GRADE-kvalitet ble vurdert av undertegnede til *middels* (35). Simmons *et al* gjennomførte en ukontrollert kohortstudie og ble vurdert til å ha *svært lav* GRADE-kvalitet (74). På bakgrunn av GRADE-kvalitet kan det antas at funnene til Perestelo-Perez *et al* lå tettere opp mot det faktiske resultatet, sammenliknet med funnene til Simmons *et al* (35, 74, 85). Samtidig er ikke intervensjon til Perestelo-Perez *et al* direkte sammenliknbar med intervensjonen til Simmons *et al* (35, 74).

LeBlanc *et al* oppga ikke beslutningskonflikt-skår på standard måte og kan dermed ikke sammenliknes med klinisk signifikant beslutningskonflikt (68).

4.2.3 Reduksjon av beslutningskonflikt over tid

Metz *et al* (2018) var den eneste studien som undersøkte beslutningskonflikt over en lengre tidsperiode (91). Intervensjonsgruppens beslutningskonflikt-skår ble redusert etter 6 måneder, samtidig som det ble sett en økning i beslutningskonflikt-skår for kontrollgruppen i tilsvarende tidsrom. Regresjonsanalysen til Metz *et al* (2018) avdekket signifikante forskjeller hva gjelder beslutningskonflikt-skår mellom intervensjon- og kontrollgruppene (91). Om dette skyldes en reell nedgang av beslutningskonflikt, eller om usikkerheten reduseres over tid er kanskje ikke så lett å svare på. Det er mulig at det som opplevdes som problematisk for 6 måneder siden ikke følte like utfordrende når beslutningskonflikt-skår ble målt på nytt. Intervensjonen i studien til Metz *et al* (2018) skulle benyttes både under inntak og under behandling (91). Det kan være pasientene fikk mer kunnskap om eksempelvis behandlingsoalternativene over tid, og at dette bidro til å redusere beslutningskonflikt for deltagerne i studien til Metz *et al* (2018) (91). Videre kan dette også indikere at samvalg er en prosess som ikke foregår på en konsultasjon, men over tid, og på denne måten underbygge diskusjonen fra *avsnitt 4.1.3.2* om at samvalg er en langsgående prosess.

Studien til Simmons *et al* undersøkte pasientens tilfredsstillelse med SWD etter 8 uker (74). SWD-skår er ikke direkte sammenliknbar med beslutningskonflikt-skår. Simmons *et al* kunne likevel rapportere at pasientene var tilfredse med beslutningen etter 8 uker (74). Dette vil i så fall kunne bety at beslutningskonflikten i alle fall ikke øker over tid.

4.2.4 Kan mer samvalg øke beslutningskonflikten?

Meneer *et al* (studie fra del 1 av problemstillingen) observerte at klinisk signifikant beslutningskonflikt var assosiert med høyere OPTION-skår (67). Dette funnet kan indikere at den personlige usikkerheten øker i konsultasjoner med mer samvalgsrelatert atferd. Videre vil dette være motstridene til påstanden om at samvalg leder til mindre beslutningskonflikt, diskutert i *avsnitt 4.2.1*. Det ble diskutert av Meneer *et al* hvorfor denne sammenhengen ble sett, og det ble påstått at beslutningskonflikt faktisk kan legge til rette for en diskusjon om de ulike behandlingsalternativene (67). På sett og vis kan dette kanskje lede til samvalg.

Metz *et al* (2018) rapporterte høyere beslutningskonflikt-skår for intervensjonsgruppen rett etter intervensjon (T1), sammenliknet med kontrollgruppen (91). Det fremgikk ikke om forskjellene var signifikante, men funnene er uansett verdt å legge merke til. Det ble gjort analyser av Metz *et al* (2018) som ikke avdekket ulikheter blant deltagere med forskjellige karakteristika (91). Var det likevel andre faktorer som gjorde at intervensjonsgruppen hadde mer beslutningskonflikt? Skyldes det få inkluderte personer i denne gruppen? Eller skyldes det at samvalg, eksempelvis i form av beslutningsverktøy, kan bidra til å øke beslutningskonflikten? Dette vil i så fall kunne være i tråd med det som ble observert av Meneer *et al* (67). Det kan tenkes at pasienten, ved å lære om alternativene, blir oppmerksom på sine manglende kunnskaper. Konsekvensene vil kunne være mer personlig usikkerhet og høyere beslutningskonflikt-skår (35).

Likevel kunne LeBlanc *et al* og Simmons *et al* vise til signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-skår etter intervensjon, og over tid ble også dette observert av Metz *et al* (2018) (68, 74, 91). LeBlanc *et al* og Simmons *et al* målte samvalgsprosessen og rapporterte om økende grad av samvalg, og dette er i strid med det Meneer *et al* observerte (67, 68, 74). Metz *et al* (2018) observerte derimot ingen signifikante forskjeller på samvalgsrelatert atferd

mellom intervensjon og kontroll, og kan verken støtte den ene eller den andre siden av denne diskusjonen (91).

4.2.5 Kan man stole på resultatene?

Beslutningskonflikt er et kvalitativt fenomen og enkelte av utfordringene for OPTION-verktøyet kan sies å være gjeldende for beslutningskonflikt-skalaen. Hvordan kan man måle et fenomen som beslutningskonflikt på en best mulig måte? Beslutningskonflikt-skalaen er i motsetning til OPTION et subjektivt verktøy. Kvaliteten på skåringen mellom forskere har ikke betydning her, men systematiske skjevheter som for eksempel responskjevhet kan påvirke resultatene. Deltagerne kan eksempelvis ha et ønske om å fremstå som bedre enn det de er, og beslutningskonflikt-skår kan derfor egentlig være annerledes enn det som ble observert (104).

GRADE-kvalitet har også betydning når resultatene skal tolkes. Samtlige randomiserte forsøk oppnådde *middels* kvalitet, og den ukontrollerte kohortstudien ble vurdert til *svært lav* kvalitet. Dersom en studie vurderes til *svært lav* innebærer det blant annet at man har liten tillit til det som ble observert (85). Kvaliteten må derfor tas i betraktning når resultatene skal tolkes.

4.2.6 Eksisterende forskning

Etter hva undertegnede vet er det ingen systematiske litteraturgjennomganger som har undersøkt om samvalg kan ha betydning for beslutningskonflikt ved behandling av depressive lidelser.

Det ble gjort en systematisk litteraturgjennomgang av Stacey *et al* (54) som undersøkte effekten av beslutningsverktøy. Stacey *et al* konkluderer med at beslutningsverktøyene kan bidra til å redusere beslutningskonflikten, samtidig som pasienten er mer fornøyd med beslutningen (54). Disse funnene synes å være i tråd med resultatene i gjennomgangen til undertegnede.

4.3 Sterke sider ved oppgaven

En av styrkene til denne oppgaven er en presis problemstilling. Videre kan klare inklusjons- og eksklusjonskriterier bidra til å avgrense temaet ytterligere og dermed begrense

oppgavens omfang. Dette kan anses som en styrke når det skal gjøres en systematisk litteraturgjennomgang.

Det ble søkt i flere elektroniske databaser for å øke andelen relevante treff. Videre kan inkludert litteratur for del 1 og del 2 av problemstillingen anses som en styrke for denne oppgaven. For å undersøke samvalgsrelatert atferd i allmennpraksis ble det inkludert 17 studier fra åtte forskjellige land. Funnene var konsistente og dette er noe som kan øke troverdigheten til denne oppgaven (85). Det ble inkludert fire studier for å undersøke om samvalg kunne ha betydning for beslutningskonflikt. Tre av studiene ble vurdert til å ha middels GRADE-kvalitet, og det innebærer at man kan ha større tiltro til resultatene sammenliknet med studier av lavere GRADE-kvalitet (85). Dette kan anses som en styrke for oppgaven. Videre var funnene i samtlige studier for del 2 av problemstillingen konsistente og dette kan bidra til å øke oppgavens troverdighet (85).

4.4 Svake sider ved oppgaven

En svakhet med litteraturgjennomgangen er søkemetoden. Søkeordene har betydning for hvilke treff søket gir. Det kan finnes fritekst- og emneord som beskriver problemstillingen, men som ikke er benyttet i litteratursøket til undertegnede. For annen del av problemstillingen ble det kun gjort søk med søkeord forenelig med antidepressiva, og det kunne eksempelvis vært gjort søk for andre behandlingsmodaliteter ved depresjon. Konsekvensen vil kunne være at relevante studier ikke ble inkludert i denne gjennomgangen. Videre ble det ikke søkt med søkeord for ordinær behandling. Potensielt kunne dette ha redusert antall søketreff og gjort søket mer presist. På en annen side kunne søkeord for ordinær behandling eksempelvis ha ført til at studien til Simmons *et al* ikke ble inkludert i denne gjennomgangen, da intervensjonen ikke ble sammenliknet med noe annet (74).

Selve litteraturgjennomgangen kan også være en svakhet ved oppgaven. Gjennomgangen ble kun utført av én person og det burde kanskje helst vært gjort av to. To personer vil kanskje vurdere ulikt hvilke studier som skal inkluderes og hvilke som skal ekskluderes. Videre vil kanskje sannsynligheten for å overse relevante treff reduseres ved at to personer vurderer treffene.

I tillegg kan inkluderte studier med lav GRADE-kvalitet sees på som en svakhet. For del 1 av problemstillingen ble det kun inkludert studier med tverrsnittdesign og disse oppnår lav GRADE-kvalitet. Om det eksempelvis hadde vært inkludert studier med høyere kvalitet vil man kanskje ha større tiltro til resultatene (85). For del 2 av problemstillingen ble tre av fire studier vurdert til å ha *middels* GRADE-kvalitet, og en studie ble vurdert til *svært lav* GRADE-kvalitet. Studien med svært lav kvalitet kan anses som en svakhet for del 2 av problemstillingen.

Systematiske skjevheter kan også være en svakhet med oppgaven. Især publikasjonsbias er av betydning og kan gjøre at intervensjon tilsynelatende har god effekt i mangelen på studier som ikke viser effekt. Videre vil også rapporteringsskjevhet ha betydning, og i denne oppgaven var det eksempelvis inkludert flere studier som ikke oppga OPTION- og beslutningskonflikt-delskår (104).

En annen svakhet er undertegnede egne ferdigheter i fortolkning av forskningsresultater. Det kan være problematisk å skulle tolke statistiske analyser uten å ha tilstrekkelig kjennskap til temaet. Videre kan det være at undertegnede har misforstått det som kommer frem i de inkluderte studiene og dette vil kunne utgjøre en betydelig feilkilde for denne oppgaven.

4.5 Praktiske implikasjoner

Litteraturstudien har vist at samvalg kan ha effekt på beslutningskonflikt ved behandling for depresjon. Det er ikke utarbeidet beslutningsverktøy for behandling av depresjon for Universitetssykehuset i Nord-Norge og dette er eksempelvis noe som kan utarbeides i fremtiden. Denne litteraturgjennomgangen har ikke identifisert noen studier fra norsk allmennpraksis og dette er noe som kan undersøkes på et senere tidspunkt.

5 Konklusjon

For å undersøke i hvilken grad samvalg benyttes av allmennleger og hvilke faktorer som er assosiert med samvalg, ble det inkludert 17 studier. Til tross for aktualisering av samvalg og oppmerksomhet fra statlig hold, indikerer altså funnene at samvalg benyttes i begrenset grad av allmennleger. Studiene ble gjort i land sammenliknbare med Norge, og de kan derfor være med å indikere hvordan situasjonen er i norsk allmennpraksis. Det ble observert at enkelte faktorer var forbundet med samvalgsrelatert atferd. Økende konsultasjonslengde var positivt assosiert med OPTION-skår i åtte av studiene. Videre ble det vist at både legens og pasientens kjønn og alder kunne ha betydning for samvalgsrelatert atferd, men funnene var ikke entydige på dette punktet.

For å undersøke om samvalg kunne ha betydning for beslutningskonflikt ved behandling av depressive lidelse ble det inkludert fire studier. I en av studiene var intervensjonen en modell for beslutningstaking, mens intervensjonen i de tre gjenværende studiene var et beslutningsverktøy. Effekten av samvalg ble sammenliknet med ordinær behandling i de randomiserte forsøkene. Samtlige studier viste til signifikant reduksjon av beslutningskonflikt etter intervensjonen. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilken intervensjon som var mest effektiv, men funnene indikerer at samvalg kan ha effekt på beslutningskonflikt ved behandling av depresjon.

6 Referanser

1. Heløe LA. Fra paternalisme til pasientrettigheter. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132:434-436. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.1427>.
2. Gullestad SE. Brukermedvirkning er ikke løsningen. Tidsskrift for Norsk psykologiforening 2010;47:547-549.
3. Syse A. Pasientrettigheter - jus og fag. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132(4):384. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0076>
4. Bahus MK. Selvbestemmelsesrett. Sted ukjent: Store Norske Leksikon, 2019. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/selvbestemmelsesrett> (hentet 21.04.19).
5. Halvorsen M. Pasientrettighetsloven. Tidsskr Nor Legeforen 2001;121:104.
6. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. Tidsskr Nor Legeforen 2007;127:1644-1647.
7. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl), sist endret LOV-2018-06-15-38. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (hentet 24.04.19).
8. Nylenna M. Samvalg og andre sam-ord. Tidsskr Nor Legeforen 2015;135:149. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1230>.
9. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Education and Counseling 2006;60:301-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
10. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine 1997;44:681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
11. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. New England Journal of Medicine 2012;366:780-781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
12. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. CMAJ (Canadian Medical Association journal/journal de l'Association medicale canadienne) 2001;165:438-439.
13. NOU 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten: Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (Informasjonsforvaltning), 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/sec?q=organisering%20og%20styring&t_dtq=true (hentet 23.04.19).
14. Meld. St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1> (hentet 23.04.19).
15. Meld. St. 12 (2015-2016). Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/sec1> (hentet 23.04.19).

16. Meld. St. 13 (2016-2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/sec1> (hentet 23.04.19).
17. Meld. St. 6 (2017-2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/sec1> (hentet 23.04.19).
18. Meld. St. 11 (2018-2019). Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec1> (hentet 23.04.19).
19. Meld. St. 28 (2014-2015). Legemiddelmeldingen: Riktig bruk – bedre helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/sec1> (hentet 23.04.19).
20. Prop. 1 S (2015-2016). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): for budsjettåret 2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20152016/id2455520/sec1> (hentet 23.04.19).
21. Elwyn G, Laitner S, Coulter A et al. Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 2010;341:c5146. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
22. Coulter A, Collins A. Making Shared Decision Making a Reality. London: The King's Fund, 2011. Tilgjengelig fra: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf (hentet 26.04.19).
23. Elwyn G, Frosch D, Thomson R et al. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine 2012;27:1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 1999;49:651-661. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
25. Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1> (hentet 23.04.19).
26. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ (Clinical research ed) 1999;319:766-771. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.766>
27. NOU 2015:11. Med åpne kort: Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (Informasjonsforvaltning), 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/sec1> (hentet 23.04.19).

28. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1999;49:477-482.
29. NOU 2017:16. På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (Informasjonsforvaltning), 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec1> (hentet 23.04.19).
30. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P et al. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 2000;50:892.
31. Simon D, Kriston L, von Wolff A et al. Effectiveness of a web-based, individually tailored decision aid for depression or acute low back pain: a randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling* 2012;87:360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.009>
32. Joosten EAG, Defuentes-Merillas L, de Weert GH et al. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2008;77:219-226. <https://doi.org/10.1159/000126073>
33. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations* 2005;8:34-42. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>
34. Gagnon S, Labrecque M, Njoya M et al. How much do family physicians involve pregnant women in decisions about prenatal screening for Down syndrome? *Prenatal Diagnosis* 2010;30:115-121. <https://doi.org/10.1002/pd.2421>
35. Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Sanchez-Afonso JA et al. Effectiveness of a decision aid for patients with depression: A randomized controlled trial. *Health Expectations* 2017;20:1096-1105. <https://doi.org/10.1111/hex.12553>
36. Ting Henry H, Brito Juan P, Montori Victor M. Shared Decision Making. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2014;7:323-327. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000288>
37. Hoffmann TC, Légaré F, Simmons MB et al. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *Medical Journal of Australia* 2014;201:35-39. <https://doi.org/10.5694/mja14.00002>
38. Young HN, Bell RA, Epstein RM et al. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Archives of Internal Medicine* 2008;168:1404-1408. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1404>
39. NOU 2018:16. Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon (Informasjonsforvaltning), 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/sec1> (hentet 23.04.19).
40. Prop. 1 S (2018-2019). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): for budsjettåret 2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/sec1> (hentet 23.04.19).

41. FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften), sist endret FOR-2019-02-26-145. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/* (hentet 23.04.19).
42. FOR-2019-03-15-415. Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-415?q=samvalg> (hentet 23.04.19).
43. FOR-2019-03-15-410. Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410?q=samvalg> (hentet 23.04.19).
44. Härter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105:229-233. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.018>
45. Coulter A, Edwards A, Elwyn G et al. Implementing shared decision making in the UK. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105:300-304. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.014>
46. Légaré F, Stacey D, Forest P-G et al. Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105:245-253. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.011>
47. Durand M-A, Barr PJ, Walsh T et al. Incentivizing shared decision making in the USA – where are we now? Healthcare 2015;3:97-101. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.10.008>
48. Frosch DL, Moulton BW, Wexler RM et al. Shared decision making in the United States: policy and implementation activity on multiple fronts. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105:305-312. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.004>
49. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010907.pub2>
50. Kew KM, Malik P, Aniruddhan K et al. Shared decision - making for people with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012330.pub2>
51. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub2>
52. Couët N, Desroches S, Robitaille H et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expectations 2015;18:542-561. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>

53. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
54. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
55. Drug and Therapeutics Bulletin. An introduction to patient decision aids. BMJ: British Medical Journal 2013;347:f4147. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4147>
56. Universitetssykehuset Nord-Norge. Samvalgsverktøy. Sted ukjent: Helse Norge, 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/samvalg> (hentet 20.04.19).
57. Scholl I, Loon MK-v, Sepucha K et al. Measurement of shared decision making – a review of instruments. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011;105:313-324. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.012>
58. Elwyn G, Edwards A, Wensing M et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. Quality & Safety in Health Care 2003;12:93-99. <http://doi.org/10.1136/qhc.12.2.93>
59. Elwyn G. Observing Patient Involvement: Training pack. Sted ukjent: Glyn Elwyn, 2005. Tilgjengelig fra: http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/option_12_training_pack.pdf (hentet 29.04.19).
60. Simon D, Loh A, Härter M. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care 2007;101:259-267. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.02.029>
61. Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M et al. The psychometric properties of Observer OPTION5, an observer measure of shared decision making. Patient Education and Counseling 2015;98:970-976. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.010>
62. Amundsen A, Nordøy T, Lingen KE et al. Is patient behavior during consultation associated with shared decision-making? A study of patients' questions, cues and concerns in relation to observed shared decision-making in a cancer outpatient clinic. Patient Education and Counseling 2018;101:399-405. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.001>
63. Hirsch O, Keller H, Muller-Engelmann M et al. Reliability and validity of the German version of the OPTION scale. Health Expectations 2012;15:379-388. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00689.x>
64. Nicolai J, Moshagen M, Eich W et al. The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): methodological issues. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012;106:264-271. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.03.002>
65. Keller H, Hirsch O, Muller-Engelmann M et al. Trying to optimise the German version of the OPTION scale regarding the dyadic aspect of shared decision making. Methods of Information in Medicine 2013;52:514-521. <https://doi.org/10.3414/ME13-01-0011>
66. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A et al. Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION5 Item. Patient

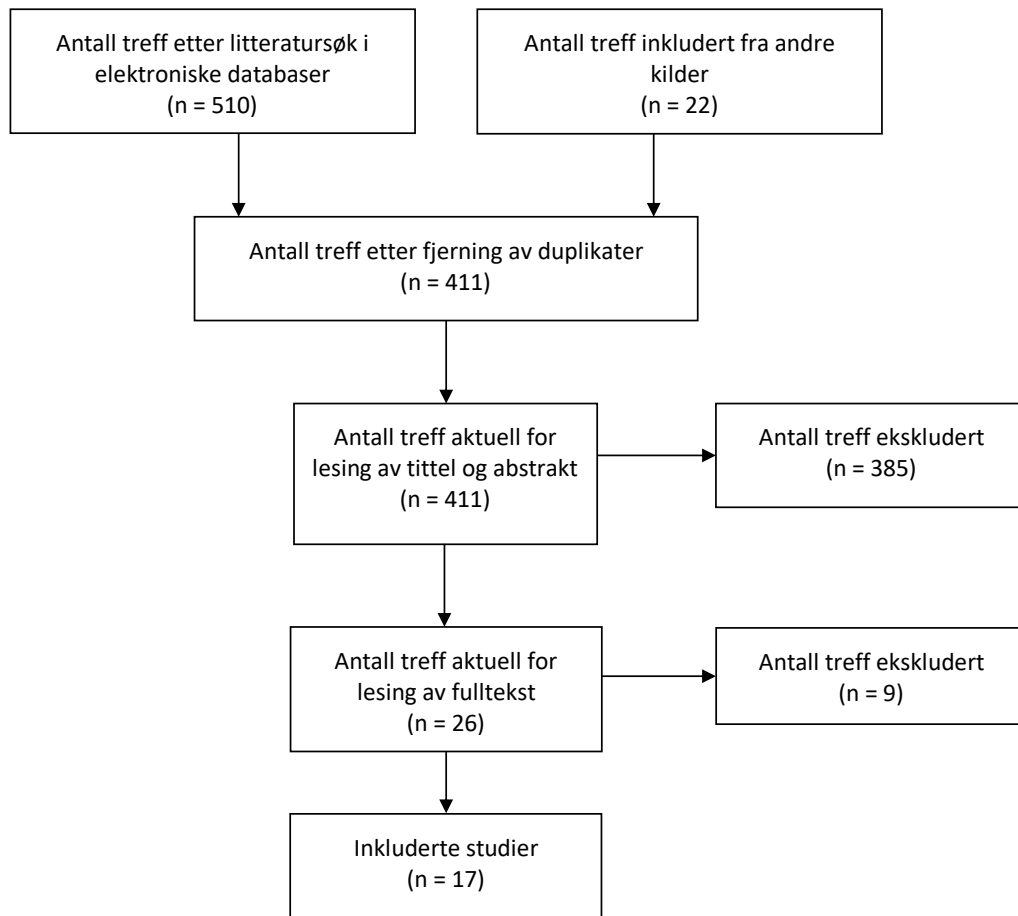
- Education and Counseling 2013;93:265-271.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.005>
67. Menear M, Garvelink MM, Adekpedjou R et al. Factors associated with shared decision making among primary care physicians: Findings from a multicentre cross-sectional study. *Health Expectations* 2018;21:212-221.
<https://doi.org/10.1111/hex.12603>
 68. LeBlanc A, Herrin J, Williams MD et al. Shared Decision Making for Antidepressants in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine* 2015;175:1761-1770. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5214>
 69. O'Connor AM. User Manual - Decisional Conflict Scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, 1993. Tilgjengelig fra:
http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf (hentet 15.04.19).
 70. O'Connor AM. Validation of a Decisional Conflict Scale. *Medical Decision Making* 1995;15:25-30. <https://doi.org/10.1177/0272989X9501500105>
 71. Knops AM, Goossens A, Ubbink DT et al. Interpreting Patient Decisional Conflict Scores: Behavior and Emotions in Decisions about Treatment. *Medical Decision Making* 2012;33:78-84. <https://doi.org/10.1177/0272989X12453500>
 72. Metz M, Elfeddali I, Veerbeek M et al. Effectiveness of a multi-faceted blended eHealth intervention during intake supporting patients and clinicians in Shared Decision Making: A cluster randomised controlled trial in a specialist mental health outpatient setting. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2018;13:e0199795.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199795>
 73. Thompson-Leduc P, Turcotte S, Labrecque M et al. Prevalence of clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open* 2016;6:e011490. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011490>
 74. Simmons MB, Elmes A, McKenzie JE et al. Right choice, right time: Evaluation of an online decision aid for youth depression. *Health Expectations* 2017;20:714-723.
<https://doi.org/10.1111/hex.12510>
 75. Simon D, Schorr G, Wirtz M et al. Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling* 2006;63:319-327. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.012>
 76. Kriston L, Scholl I, Hölzel L et al. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 2010;80:94-99.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034>
 77. Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N et al. Patient Satisfaction with Health Care Decisions: The Satisfaction with Decision Scale. *Medical Decision Making* 1996;16:58-64. <https://doi.org/10.1177/0272989X9601600114>
 78. Forsberg C, Wengström Y. Olika typer av litteraturstudier. I: Lagerlöf T, red. Att göra systematiska litteraturstudier 3utg. Stockholm: Natur & Kultur, 2013: 25-35.
 79. Frederiksen K, Beedholm K. Litteraturreview. I: Glasdam S, red. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2011: 47-54.

80. Hørmann E. Litteratursøgning. I: Glasdam S, red. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område. 1 utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2011: 36-46.
81. Jansen MF. Litteratursøgning. I: Jørgensen T, Christensen E, Kampmann JP, red. Klinisk Forskningsmetode. 3 utg. Sted ukjent: Munksgaard Danmark, 2011: 89-105.
82. Haraldstad A-MB, Christophersen E. Litteratursøk og personlige referansedatabser. I: Laake P, Olsen BR, Benestad HB, red. Forskning i medisin og biofag. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
83. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. PICO. Sted ukjent: Helsebiblioteket, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (hentet 13.05.19).
84. Ovid Technologies Inc. Advanced Search. Sted ukjent: Ovid Resource Center, 2019. Tilgjengelig fra: <https://resourcecenter.ovid.com/site/help/documentation/ospa/en/Content/advanced.htm> (hentet 24.04.19).
85. Vist GE, Sæterdal I, Vandvik PO et al. Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. Norsk Epidemiologi 2013;2:151-156. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1637>
86. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten desember 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/2015_handbok_slik_opsummerer_vi_forskning.pdf (hentet 20.05.19).
87. Programstyret medisin 20.09.17. Utfyllende bestemmelser for planlegging, gjennomføring og godkjenning av MED-3950 Masteroppgave medisin (20 studiepoeng). Tromsø: Universitetet i Tromsø. Det helsevitenskapelige fakultet 2017.
88. GRADEpro GDT. GRADE Handbook. Sted ukjent: McMaster University and Evidence Prime Inc., 2013. Tilgjengelig fra: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html> (hentet 29.04.19).
89. Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S et al. Motivational interviewing and shared decision making in primary care. Patient Education & Counseling 2012;87:62-66. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.026>
90. Metz MJ, Franx GC, Veerbeek MA et al. Shared Decision Making in mental health care using Routine Outcome Monitoring as a source of information: a cluster randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2015;15:313.
91. Metz MJ, Veerbeek MA, Twisk JWR et al. Shared decision-making in mental health care using routine outcome monitoring: results of a cluster randomised-controlled trial. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 2018;27:27. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1589-8>
92. Brenner AT, Malo TL, Margolis M et al. Evaluating Shared Decision Making for Lung Cancer Screening. JAMA Internal Medicine 2018;178:1311-1316. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3054>
93. Bakhit M, Del Mar C, Gibson E et al. Shared decision making and antibiotic benefit-harm conversations: an observational study of consultations between general practitioners and patients with acute respiratory infections. BMC family practice 2018;19:165. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0854-y>

94. Goss C, Fontanesi S, Mazzi MA et al. Shared decision making: The reliability of the OPTION scale in Italy. *Patient Education and Counseling* 2007;66:296-302. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.002>
95. Scholl I, Kriston L, Dirmaier J et al. Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION Scale - an attempt to establish convergent validity. *Health expectations* 2015;18:137-150. <https://doi.org/10.1111/hex.12022>
96. Kolker M, Topp J, Elwyn G et al. Psychometric properties of the German version of Observer OPTION5. *BMC health services research* 2018;18:74. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2891-6>
97. Meijers MC, Noordman J, Spreeuwenberg P et al. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Family Practice* 2018. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz070> Corrigendum: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz096>
98. Siriwardena AN, Edwards AG, Campion P et al. Involve the patient and pass the MRCGP: investigating shared decision making in a consulting skills examination using a validated instrument. *British Journal of General Practice* 2006;56:857-862.
99. Loh A, Simon D, Hennig K et al. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Education and Counseling* 2006;63:314-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.006>
100. Pellerin M-A, Elwyn G, Rousseau M et al. Toward shared decision making: Using the OPTION scale to analyze resident-patient consultations in family medicine. *Academic Medicine* 2011;86:1010-1018. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822220c5>
101. Weiss MC, Peters TJ. Measuring shared decision making in the consultation: a comparison of the OPTION and Informed Decision Making instruments. *Patient Education & Counseling* 2008;70:79-86. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.001>
102. McKinstry B, Hammersley V, Burton C et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Quality and Safety in Health Care* 2010;19:298. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027763>
103. Muscat DM, Shepherd HL, Hay L et al. Discussions about evidence and preferences in real-life general practice consultations with older patients. *Patient Education and Counseling* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.001>
104. Smedslund G, Berg RC, Odgaard-Jensen J et al. Vedlegg 3: Ordliste med forklaringer. Sted ukjent: Helsebiblioteket, 2010. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/249317?ts=1552af4e162 (hentet 10.05.19).

Figurer

Figur 1

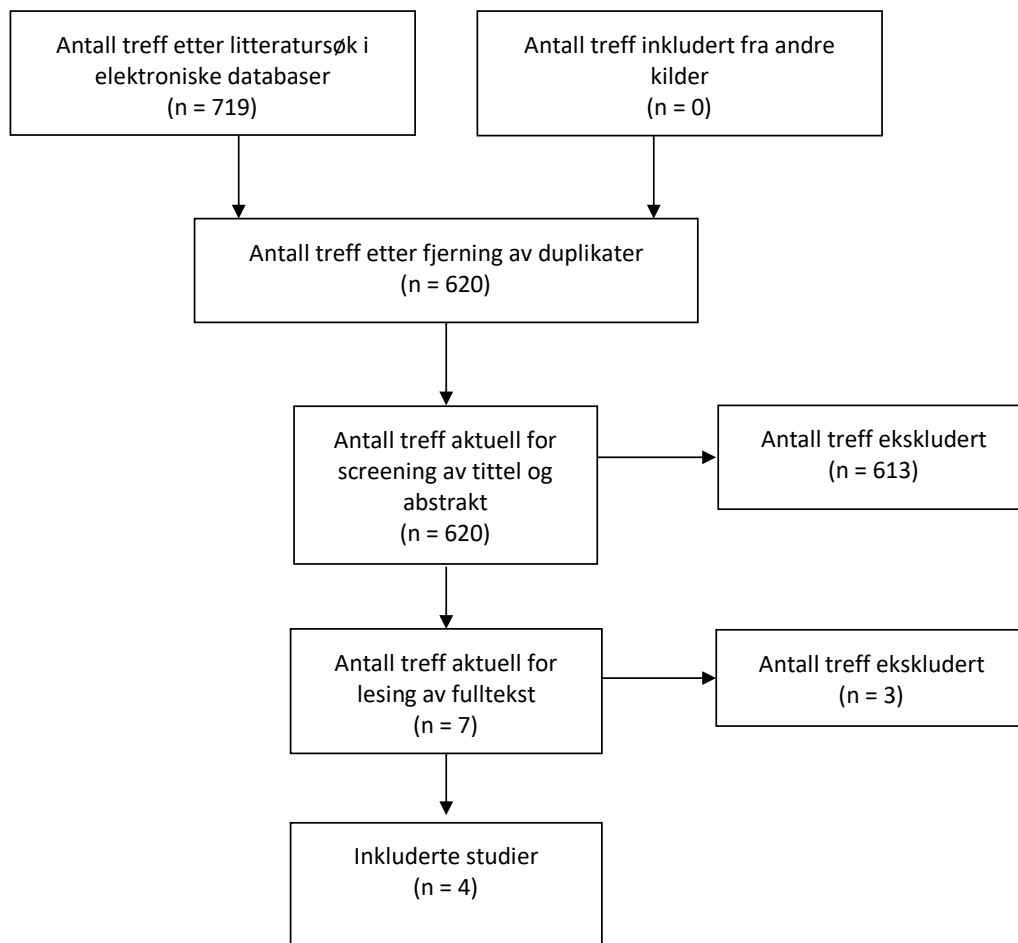


Modifisert utgave, hentet fra: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Figur 1 – Flytskjema over seleksjon av litteratur for del 1 av problemstillingen

Figur 2



Modifisert utgave, hentet fra: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097


For more information, visit www.prisma-statement.org.

Figur 2 – Flytskjema over seleksjon av litteratur for del 2 av problemstillingen

Tabeller

Tabell 1

Førsteforfatter	År	N ¹	OPTION-12														GRADE	
			Total OPTION-skår Skalert 0 til 100			Delskår ² Skalert 0 til 4												
			Gj. snitt	Min ³	Max ⁴	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
Bakhit	2018	21	22.8															Lav
Brenner	2018	6	7	0	17	0.43	0.79	0	0.50	0.14	0	0	0.07	0.21	0.43	0.36	0	Lav
Gagnon	2010	128	19	5	38	1.64	0.72	< 0.04	1.12	1.32	0.88	0.28	0.61	1.2	< 0.04	1.4	0.12	Lav
Goss	2007	235	20.61	6	54	1.87	0.32		0.30	0.23	1.14	0.97	1.21		0.21	1.58	1.07	Lav
Hirsch	2012	40	38.4															Lav
Keller	2013																	
Loh	2006	20	14.7	4.2	34.4	0.8	0.5	0	0.6	0.3	1.0	0.8	0.1	1.1	0.1	0.8	1.1	Lav
Meijers	2018	100	50 ⁵	14.1		1.42	0.34	0.02	0.2	0.32	0.44	0.3	0.3	1.04	0.04	0.54	1.8	Lav
			50 ⁶	22.6		1.88	1.06	0.18	0.94	0.98	0.7	0.64	0.64	1.1	0.2	0.98	1.44	
McKinstry	2010	105	46 ⁷	16														Lav
			59 ⁸	19														
Menear	2018	114	25.7	6.3	52.1	1.50	0.43	0.15	1.57	1.40	1.19	1.11	1.06	1.27	0.79	0.83	1.05	Lav
Pellerin	2011	152	24	8	43	1.40	0.46	0.15	1.46	1.32	1.18	0.81	1.00	1.27	0.58	0.64	1.09	Lav
Scholl	2015	63	11.6	0	32													Lav
Siriwardena	2006	253	⁹	27.3														Lav
			¹⁰	35.3														
Sonntag	2012	58	1.5	0.2	3													Lav
Weiss	2008	128	3.81															Lav
Young	2008	287	23.75	6.25	50													Lav

 Indikerer felt som ikke lot seg besvare med inkludert litteratur

Fotnoter: (1) antall konsultasjoner, (2) tallene viser til respektive underpunkter i OPTION-12 instrumentet, (3) minste observerte skår hos en av legene, (4) høyeste observerte skår hos en av legene, (5) konsultasjoner fra 2007, (6) konsultasjoner fra 2015, (7) telefonkonsultasjoner, (8) konsultasjoner ansikt til ansikt, (9) konsultasjoner med leger som ikke fikk innpass i forening for allmennleger og (10) konsultasjoner med leger som fikk innpass i forening for allmennleger

Tabell 1 – Oversikt over OPTION-12 skår

Tabell 2

Førsteforfatter	År	N ¹	OPTION-5								GRADE
			Total OPTION-skår <i>Skalert 0 til 100</i>			Delskår ² <i>Skalert 0 til 4</i>					
			Gj. snitt	Min ³	Max ⁴	1	2	3	4	5	
Kolker	2018	79	11.84	0	47.5	0.57	0.17	0.69	0.56	0.38	Lav

Fotnoter: (1) antall konsultasjoner, (2) tallene henviser til respektive underpunkter i OPTION-5 instrumentet, (3) minste observerte skår hos en av legene og (4) høyeste observerte skår hos en av legene.

Tabell 2 – Oversikt over OPTION-5 skår

Tabell 3

Førsteforfatter	N ¹		Gjennomsnittlig beslutningskonflikt-skår på skala fra 0-100 <i>Høyere skår indikerer mindre beslutningskonflikt</i>		Variabler			GRADE
	I ²	K ³	Intervensjon	Kontroll	MD ⁴	95% KI	p-verdi	
LeBlanc	158	139	79.7	74.5	5.3	[1.1, 9.5]	0.01	Middels

Fotnoter: (1) antall deltagere, (2) deltagere i intervensjon, (3) deltagere i kontroll og (4) mean difference

Tabell 3 – Oversikt over studien av LeBlanc et al (68)

Tabell 4

Førsteforfatter	N ¹		Gjennomsnittlig beslutningskonflikt-skår på skala fra 0-100 <i>Høyere skår indikerer mer beslutningskonflikt</i>				Variabler			GRADE		
	I ²	K ³	T0 ⁴	T1 ⁵		T2 ⁶		Forandring			95% KI	p-verdi
				I ²	K ³	I ²	K ³	DG ⁷	β ⁸			
Metz	26	22		38.47	36.01	31.96	39.58	<i>Forandring i skår fra T2 til T1</i>			Middels	
								-11.173	[-22.176, -0.170]	0.047		
Perestelo-Perez	68	79		23.65	35.40			-9.98	[-15.6, -4.38]	< 0,001	Middels	
Simmons	66		37.9	21.1				17.8	[13.25, 22.94]	< 0,001	Svært lav	

Fotnoter: (1) antall deltagere, (2) intervensjon, (3) kontroll, (4) før intervensjon, (5) rett etter intervensjon, (6) etter 6 måneder, (7) differanse mellom to gjennomsnitt av beslutningskonflikt-skår og (8) betakoeffisient der lavere verdi indikerer større reduksjon av beslutningskonflikt (54),

Tabell 4 – Oversikt over studiene til Metz et al (2018), Perestelo-Perez et al og Simmons et al (35, 74, 91)

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkeprotokoll for del 1

Database	Embase 1974 to 2019													
Dato for søk	13. mai 2019													
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/</td> <td>12875</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp psychometry/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.</td> <td>318614</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>exp general practitioner/ or exp Primary Health Care/ or exp Family Practice/ or exp General Practice/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp.</td> <td>558417</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 and 2 and 3</td> <td>86</td> </tr> </table>		1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/	12875	2	exp psychometry/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	318614	3	exp general practitioner/ or exp Primary Health Care/ or exp Family Practice/ or exp General Practice/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp.	558417	4	1 and 2 and 3	86
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/	12875												
2	exp psychometry/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	318614												
3	exp general practitioner/ or exp Primary Health Care/ or exp Family Practice/ or exp General Practice/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp.	558417												
4	1 and 2 and 3	86												

Database	Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to 2019							
Dato for søk	13. mai							
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/</td> <td>192749</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp Psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.</td> <td>220667</td> </tr> </table>		1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	192749	2	exp Psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	220667
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	192749						
2	exp Psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	220667						

	3	exp Physicians, Family/ or exp General Practitioners/ or exp general practitioner/ or exp Primary Health Care/ or exp Family Practice/ or exp General Practice/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp.	495022
	4	1 and 2 and 3	340

Database	PsycINFO 1806 to 2019														
Dato for søk	13. mai 2019														
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/</td> <td>100180</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.</td> <td>75336</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>exp Primary Health Care/ or exp Family Medicine/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp. or exp General Practitioners/ or exp Family Physicians/</td> <td>61750</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 and 2 and 3</td> <td>71</td> </tr> </table>			1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	100180	2	exp psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	75336	3	exp Primary Health Care/ or exp Family Medicine/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp. or exp General Practitioners/ or exp Family Physicians/	61750	4	1 and 2 and 3	71
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	100180													
2	exp psychometrics/ or (observing patient involvement or option scale or option-scale or optionscale or option-score or option score or option or optionscore or option 5 or option-5 or option 5 or option12 or option-12 or option 12).mp.	75336													
3	exp Primary Health Care/ or exp Family Medicine/ or (primary care or primary health care or family practice or general practice or gp* or family doctor* or family physician* or general practitioner*).mp. or exp General Practitioners/ or exp Family Physicians/	61750													
4	1 and 2 and 3	71													

Database	Cochrane Trials					
Dato for søk	13. mai 2019					
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees</td> <td>3839</td> </tr> </table>			1	MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees	3839
1	MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees	3839				

2	("shared decision*-making*"):ti,ab,kw OR ("shared decision* making*"):ti,ab,kw OR ("shared decisionmaking"):ti,ab,kw OR (SDM):ti,ab,kw	1112
3	#1 OR #2	4770
4	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	6543
5	MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees	233
6	MeSH descriptor: [Physicians, Family] explode all trees	443
7	("primary health care"):ti,ab,kw OR ("general practice"):ti,ab,kw OR ("primary care"):ti,ab,kw OR ("GP"):ti,ab,kw OR ("general practitioner"):ti,ab,kw	26220
8	("family physician"):ti,ab,kw OR ("family doctor"):ti,ab,kw	506
9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	29080
10	("option scale"):ti,ab,kw OR ("option score"):ti,ab,kw OR ("option instrument"):ti,ab,kw OR ("observing patient involvement"):ti,ab,kw OR ("option-12"):ti,ab,kw	42
11	("option 12"):ti,ab,kw OR ("option-5"):ti,ab,kw OR ("option 5"):ti,ab,kw	17
12	MeSH descriptor: [Psychometrics] explode all trees	2814
13	#10 OR #11 OR #12	2864
14	#3 AND #9 AND #13	13

Vedlegg 2 – Søkeprotokoll for del 2

Database	Embase 1974 to 2019													
Dato for søk	8. mai 2019													
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/</td> <td>12821</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp mental health/ or exp depression/ or exp antidepressant agent/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.</td> <td>1049585</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>exp conflict/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp outcome assessment/</td> <td>588993</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1 and 2 and 3</td> <td>124</td> </tr> </table>		1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/	12821	2	exp mental health/ or exp depression/ or exp antidepressant agent/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	1049585	3	exp conflict/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp outcome assessment/	588993	5	1 and 2 and 3	124
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp shared decision making/	12821												
2	exp mental health/ or exp depression/ or exp antidepressant agent/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	1049585												
3	exp conflict/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp outcome assessment/	588993												
5	1 and 2 and 3	124												

Database	Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to 2019													
Dato for søk	8. mai 2019													
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/</td> <td>192397</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp Mental Health/ or exp Depression/ or exp Antidepressive Agents/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.</td> <td>545546</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>"exp Conflict (Psychology)"/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp "Outcome Assessment (Health Care)"/</td> <td>1084911</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 and 2 and 3</td> <td>393</td> </tr> </table>		1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	192397	2	exp Mental Health/ or exp Depression/ or exp Antidepressive Agents/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	545546	3	"exp Conflict (Psychology)"/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp "Outcome Assessment (Health Care)"/	1084911	4	1 and 2 and 3	393
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	192397												
2	exp Mental Health/ or exp Depression/ or exp Antidepressive Agents/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	545546												
3	"exp Conflict (Psychology)"/ or (conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or exp "Outcome Assessment (Health Care)"/	1084911												
4	1 and 2 and 3	393												

Database	PsycINFO 1806 to 2019													
Dato for søk	8. mai 2019													
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/</td> <td>100180</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>exp Major Depression/ or exp Antidepressant Drugs/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.</td> <td>330043</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>(conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or CONFLICT/ or exp treatment outcomes/</td> <td>131183</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 and 2 and 3</td> <td>165</td> </tr> </table>		1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	100180	2	exp Major Depression/ or exp Antidepressant Drugs/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	330043	3	(conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or CONFLICT/ or exp treatment outcomes/	131183	4	1 and 2 and 3	165
1	(shared decision* or sharing decision* or shared decision* making* or shared decision*-making* or shared decisionmaking* or SDM or shared treatment* decision* making*).mp. or exp Decision Making/	100180												
2	exp Major Depression/ or exp Antidepressant Drugs/ or (depression* or depressive disorder* or depressive disease* or antidepressant* or anti depressant* or anti depressant* agent* or antidepressant* agent*).mp.	330043												
3	(conflict or (decision* adj1 conflict*) or decision*-conflict* or decision* conflict scale or DCS).mp. or CONFLICT/ or exp treatment outcomes/	131183												
4	1 and 2 and 3	165												

Database	Cochrane Clinical Trials																						
Dato for søk	8. mai																						
Søkehistorie	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees</td> <td>3839</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>("shared decision-making"):ti,ab,kw OR ("shared decision making"):ti,ab,kw OR ("shared decisionmaking"):ti,ab,kw OR ("sdm"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</td> <td>1112</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>#1 OR #2</td> <td>4770</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees</td> <td>10649</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees</td> <td>1268</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>("depression*"):ti,ab,kw OR ("depressive disorder*"):ti,ab,kw OR ("depressive disease*"):ti,ab,kw</td> <td>67983</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>MeSH descriptor: [Antidepressive Agents] explode all trees</td> <td>5457</td> </tr> </table>		1	MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees	3839	2	("shared decision-making"):ti,ab,kw OR ("shared decision making"):ti,ab,kw OR ("shared decisionmaking"):ti,ab,kw OR ("sdm"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1112	3	#1 OR #2	4770	4	MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees	10649	5	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	1268	6	("depression*"):ti,ab,kw OR ("depressive disorder*"):ti,ab,kw OR ("depressive disease*"):ti,ab,kw	67983	7	MeSH descriptor: [Antidepressive Agents] explode all trees	5457
1	MeSH descriptor: [Decision Making] explode all trees	3839																					
2	("shared decision-making"):ti,ab,kw OR ("shared decision making"):ti,ab,kw OR ("shared decisionmaking"):ti,ab,kw OR ("sdm"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1112																					
3	#1 OR #2	4770																					
4	MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees	10649																					
5	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	1268																					
6	("depression*"):ti,ab,kw OR ("depressive disorder*"):ti,ab,kw OR ("depressive disease*"):ti,ab,kw	67983																					
7	MeSH descriptor: [Antidepressive Agents] explode all trees	5457																					

8	("antidepressant*"):ti,ab,kw OR ("anti depressant*"):ti,ab,kw OR ("anti depressant* agent*"):ti,ab,kw OR ("antidepressant* agent*"):ti,ab,kw	10643
9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	72080
10	MeSH descriptor: [Conflict (Psychology)] explode all trees	306
11	(conflict):ti,ab,kw OR (decision* near/1 conflict*):ti,ab,kw	3017
12	("decision-conflict"):ti,ab,kw OR ("decision conflict scale"):ti,ab,kw OR ("DCS"):ti,ab,kw OR ("decisional conflict scale»)	3471
13	MeSH descriptor: [Patient Outcome Assessment] explode all trees	571
14	#10 OR #11 OR #12 OR #13	6834
15	#3 AND #9 AND #14	37

Vedlegg 3 – Kunnskapsevaluering for del 1 av problemstillingen

Referanse: Bakhit M, Del Mar C, Gibson E et al. Shared decision making and antibiotic benefit-harm conversations: an observational study of consultations between general practitioners and patients with acute respiratory infections. BMC family practice 2018;19:165. https://doi.org/10.1186/s12875-018-0854-y		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke samvalsrelatert atferd i konsultasjoner der øvre luftveisinfeksjoner var prolemstilling. Undersøke om beslutningsverktøy påvirker kommunikasjon mellom lege og pasient	Populasjon - 5 kliniker og 19 allmennleger ble inkludert fra Queensland, Australia - 36 deltagere ble inkludert Inklusjonskriterier for deltagere - Voksen, eller forelder til et barn hos allmennlegen med én av følgende tilstander: akutt otitis media, akutt sår hals, akutt bronkitt - Kunne forstå og lese engelsk - Kunne gi skriftlig, informert samtykke	Hovedfunn - Grad av SDM (n = 36) <ul style="list-style-type: none"> • OPTION-skår <ul style="list-style-type: none"> ○ Gj. snittsskår: 29.4 (SD 12.5) ○ Bruk av DA: 38.8 (SD 6.5) ○ Usual care: 22.7 (11.5) • ACEPP <ul style="list-style-type: none"> ○ Gj. snittsskår: 2 (SD 1.6) ○ Bruk av DA: 0.8 (SD 0.8) ○ Usual care: 3.8 (SD 0.5) 	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykdom) (seleksjonsbias) Pasientene ble rekruttert fra venterommet. Rekrutterte enten alle på venterommet på et gitt tidspunkt, eller alle som skulle til en bestemt lege Er diagnosen validert? (Classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av minst to forskere Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ingen blinding Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene? Lav OPTION-skår observert i systematisk litteraturgjennomgang, og studier gjennomørt i andre settinger Hva diskuterer forfatterne som: <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Seleksjonsbias kan reduseres ved at pasientene ble rekruttert før konsultasjonen, hver konsultasjon ble skåret av to uavhengige skårere, studien ga mulighet til å innhente pasientperspektivet - Svakheter: Studiedesignet kan overdrive effekten, få inkluderte konsultasjoner, rekrutterte allmennleger fra pågående RCT, lydopptaker under konsultasjonen kan lede til
Konklusjon OPTION-skår var lav i konsultasjoner mellom allmennleger og pasienter med ØLI. Diskusjon av antibiotikas fordeler og ulemper skjedde oftere når beslutningsverktøy ble brukt	Hovedutfall - Grad av SDM <ul style="list-style-type: none"> • OPTION-12 skår • ACEPP-skår for å evaluere kommunikasjon og pasientens preferanser 	- Pasientperspektiv (n = 25) <ul style="list-style-type: none"> • CollaboRATE-5 <ul style="list-style-type: none"> ○ Gj. snittsskår: 3.8 (SD 0.4) ○ Bruk av DA: 3.9 (SD 0.3) ○ Usual care: 3.7 (SD 0.5) • DCS <ul style="list-style-type: none"> ○ Gj. snittsskår: 3.2 (SD 8) ○ Bruk av DA: 3.1 (SD 7) ○ Usual care: 3.3 (SD 10) • DSE <ul style="list-style-type: none"> ○ Gj. snittsskår: 95 (SD 9.9) ○ Bruk av DA: 96.5 (SD 6.8) ○ Usual care: 92.4 (SD 13.9) 	
Land Australia			
År publisert 2017	- Pasientperspektiv <ul style="list-style-type: none"> • CollaboRATE-5 for å undersøke pasientens oppfattelse av involvering • DCS • Pasientens tiltro til SDM ved decision self-efficacy scale 		
	Statistiske metoder: Deskriptiv statistikk for utfall (gj. snitt, SD, range)		
			Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt

Referanse: Brenner AT, Malo TL, Margolis M et al. Evaluating Shared Decision Making for Lung Cancer Screening. JAMA Internal Medicine 2018;178:1311-1316. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3054			Studiedesign: Prevalensstudie
			GRADE Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke samvalgsatferd ved initiering av screening for lungekreft (LCS)	<i>Populasjon</i> - Data innhentet fra database med transkript - 10 klinikere, med 5 lungeleger og 5 allmennleger - 14 konsultasjoner inkludert	(1) OPTION-skår - Gj. snittlig subskår fra 0 til 0.79 - Annet • Ingen forklarte positive og negative aspekter ved LCS • Ingen forklarte falske positive og konsekvensene • Ingen diskusjon av overdiagnostisering	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykdom) (seleksjonsbias): Innhenting av transkript fra nasjonal database med søk etter bestemte søkeord Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-skår er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av 2 forskere Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene? Lav OPTION-skår observert i en systematisk gjennomgang Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Få antall konsultasjoner
Konklusjon	<i>Inklusjonskriterier</i> - Allmennleger eller lungeleger - Konsultasjoner som omhandlet LCS - Aldersgruppe 55-80 - Spesifikke søkeord vedrørende LCS	- Gj. snittlig total OPTION-skår 6 (range 0-17) • Lungelege: 5 (0-17) • Allmennlege: 7 (0-17)	
Observert samvalgsatferd var lav og pasienten ble ikke forklart negative effekter av screening. Ingen evidens for at beslutningsverktøy ble brukt			
Land			
USA			
År publisert	<i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-skår		
2018			
			Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt

Referanse: Gagnon S, Labrecque M, Njoya M et al. How much do family physicians involve pregnant women in decisions about prenatal screening for Down syndrome? <i>Prenatal Diagnosis</i> 2010;30:115-121. https://doi.org/10.1002/pd.2421			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke om allmennleger involverer kvinner i beslutninger om prenatal screening for Downs-syndrom	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 41 allmennleger fra Quebec City, Canada - 128 lydopptak av konsultasjoner ble inkludert 	<p>(1) OPTION-skår</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gj. snittlig OPTION-skår var 19 (SD 7, range 5 til 38) - Signifikant lavere OPTION-skår hos LIS og spesialister (17 mot 21, p=0.02) - Positiv korrelasjon mellom OPTION-skår og konsultasjonslengde (r=0.56, p < 0.001) - Ikke signifikant korrelasjon mellom OPTION-skår og kvinnens alder (r=-0.1, r=0.25) - Ingen signifikante forskjeller mellom mannlige og kvinnelige leger hva gjelder OPTION-skår (p=0.51) 	<p>Er formålet klart formulert? Til en viss grad. Det fremkommer ikke tydelig i abstrakt eller innledningen at egenskapene til verktøyet også skal undersøkes</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Definerte inklusjonskriterier. Deltagerne ble rekruttert av forskere på venterommet, legen var klar over hvem som deltok i studien. 180 deltagere invitert og 128 inkludert i studien.</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-verktøyet er validert på engelsk. Skulle undersøke det franske verktøyets egenskaper</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av 2 forskere</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Nei</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Begrenset populasjon som ble inkludert</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? Konsultasjonslengde og OPTION-skår støttes i litteraturen</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Begrenset hvordan samvalg kan måles, underpunktene kan være vanskelig å måle, OPTION-skår kan være falskt lav ettersom flere kvinner allerede hadde bestemt seg for prenatal screening <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>	
Konklusjon	<p><i>Inklusjonskriterier</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prenatal screening - Kvinne mellom 18-34 år - Ingen familiehistorie med genetisk misdannelse - Ingen svangerskap der fosteret hadde genetiske misdannelser - 8-12 ukers gestasjonsalder - Ingen risikosvangerskap 	<p>(2) Egenskaper</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cronbachs alfa-koeffisient 0.73 (god intern konsistens) - Inter-rater reliabilitet med ICC=0.76 for totalskår 		
Land	Canada			
År publisert	2010			
	<p><i>Hovedutfall</i></p> <p>(1) OPTION-skår</p> <p>(2) Egenskaper til fransk OPTION-skala</p> <p>Statistiske metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv statistikk - Cronbachs alfa for intern konsistens reliabilitet - ICC for reliabilitet av fransk OPTION - Pearson korrelasjons koeffisient for assosiasjon mellom OPTION-skår og konsultasjonslengde - Student-t test for forskjeller i gj. OPTION-skår mellom LIS og spesialist - Pearsons korrelasjon mellom OPTION-skår og kvinnens alder - Student-t test i forskjeller mellom gj. OPTION-skår og klinikers kjønn 			

Referanse: Goss C, Fontanesi S, Mazzi MA et al. Shared decision making: The reliability of the OPTION scale in Italy. Patient Education and Counseling 2007;66:296-302. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.002			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke egenskapene til italiensk OPTION-12 verktøy	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 mannlige allmennleger - 235 lydopptak av konsultasjoner inkludert 	<p>(1) OPTION-12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrater reliabilitet for totalskår 0.81 - Cronbachs alfa var 0.82, og indikerte god intern konsistens - For andre testverdier henvises til originalartikkel - OPTION med forskjøvet distribusjon - Gj. snitt 20.61 (SD 9.12) (skala 0-100) - Total OPTION pr. konsultasjon varierte mellom 6-54 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykdom.) (seleksjonsbias) Innhentning av data fra annen studie</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) Studien til Goss <i>et al</i> undersøker validiteten til OPTION-verktøyet (som skal måle utfallet i denne studien)</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av én forsker, og et utvalg ble skåret av to</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? Egenskaper sammenliknbar med det engelske instrumentet</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Ikke diskutert - Svakhhet: Få deltagende allmennpraktikere, kun menn blant allmennlegene 	
Konklusjon	<p><i>Hovedutfall</i></p> <p>(1) Egenskaper til OPTION-12</p>			
Reliabiliteten til verktøyet er god. Egenskapene er liknende egenskapene til den engelske versjonen av OPTION-12	<p><i>Skåring av OPTION-12</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 forskere for et utvalg konsultasjoner - 1 forsker for alle konsultasjoner 			
Land				
Italia				
År publisert				
2007	<p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reliabilitetsanalyser for et utvalg konsultasjoner <ul style="list-style-type: none"> • Cohens kappa • ICC • Pearsons korrelasjonskoeffisient • Konkordanskoeffisient - Analyser for alle konsultasjoner <ul style="list-style-type: none"> • Cronbachs alfa 			

Referanse: Hirsch O, Keller H, Muller-Engelmann M et al. Reliability and validity of the German version of the OPTION scale. Health Expectations 2012;15:379-388. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00689.x			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke egenskaper til den tyske versjonen av OPTION-12	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 allmennleger deltok <ul style="list-style-type: none"> • Enkelte hadde deltatt i RCT der intervensjonen var å øke samvalgsferdigheter - 40 videoopptak av konsultasjoner inkludert <p><i>Inklusjonskriterier</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusjon av kardiovaskulær risiko <p><i>Hovedutfall</i></p> <p>(1) Egenskapene til OPTION-12</p> <p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reliabilitet mellom par av forskerne ble undersøkt med ulike statistiske metoder, blant annet Wilcoxon's test, Spearmans korrelasjonskoeffisient og Cronbachs alfa for intern konsistens - Validitet mellom alle forskere: ulike statistiske metoder, blant annet ROC-analyser - T-test og ANOVA for å undersøke forskjeller i OPTION-skår og pasientalder, kjønn, utdanning, kardiovaskulær risiko og legens ekspertise i SDM 	<p><i>Hovedfunn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gj. snittlig OPTION skår 18.415 (skala 0-48) - Cronbachs alfa 0.90 - Signifikante forskjeller i OPTION-skår <ul style="list-style-type: none"> • Høyere for pasienter ≥ 63 år (16.66 (SD 9.58) mot 21.36 (SD 10.19), $p=0.037$) - Forskjøvet mot små verdier - For utfyllende talldata for validitet og reliabilitet henvises til originalstudien 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) 91 allmennleger som hadde deltatt i annen studie ble invitert. 15 ønsket å delta. Deretter inkluderte legene pasienter etter inklusjonskriteriene.</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) Ja, den engelske versjonen av OPTION-12. Dette var en valideringsstudie av det tyske</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av 4 forskere</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? Egenskapene for totalskår gjenfinnes i andre studier. Høyere OPTION-skår hos eldre er ikke i tråd med andre studier.</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Videoopptak kunne ha betydning for OPTION-skår, hver lege bidro kun med 3 konsultasjoner, konsultasjonstid i ulike land kunne ha betydning for OPTION-skår, kun kvasi-valideringskriterier, OPTION-skår var avhengig av forsker <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>	
Konklusjon				
OPTION-12 instrumentet er reliabelt for undersøkelse av totalskår				
Land				
Tyskland				
År publisert				
2012				

Referanse: Keller H, Hirsch O, Muller-Engelmann M et al. Trying to optimise the German version of the OPTION scale regarding the dyadic aspect of shared decision making. <i>Methods of Information in Medicine</i> 2013;52:514-521. https://doi.org/10.3414/ME13-01-0011			Studiedesign: Prevalensstudie
			GRADE Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Endre på skåring av OPTION-skala for å ta mer hensyn til pasientatferd</p>	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 allmennleger - 40 videokonsultasjoner inkludert 	<p><i>Hovedfunn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavere reliabilitet for modifisert OPTION-skår sammenliknet med den originale versjonen (OPTION-12) - Signifikante assosiasjoner mellom OPTION-skår og ekspertpanel ble kun funnet for modifisert skår - For tallmateriale henvises det til originalartikkel 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av syk.) (seleksjonsbias) 91 allmennleger som hadde deltatt i annen studie ble invitert. 15 ønsket å delta. Deretter inkluderte legene pasienter etter inklusjonskriteriene</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?): Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?): Studien benytter et validert verktøy og skal gjøre validering av et modifisert verktøy</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?): Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse?: Ja</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias): Hver konsultasjon ble skåret av fire forskere</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias): Ikke aktuelt</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? For det originale OPTION-12 instrumentet observeres det høy intern konsistens, som er forenelig med andre studier. Videre er det lav interater reliabilitet som også er i tråd med annen forskning</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Deltagende leger kan ha hatt ekspertise i SDM pga. deltagelse i annen RCT. Enkelte underpunkter i OPTION bør endres på. Ekspertvurdering kan sees på som kvasivalidering av modifisert OPTION-skala - Svakheter: Liten studiepopulasjon. Videoopptak kan har ført til at nonverbal atferd ledet til økt variasjon mellom forskerne <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>
Konklusjon	<p><i>Eksklusjonskriterier</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrensninger som følge av språk - Kognitiv svikt - Psykisk lidelse - Alvorlig somatisk sykdom <p><i>Utfall</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Egenskapene til modifisert OPTION-skår (2) Undersøke samvalg sett fra ekspertpanel <p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reliabilitet mellom skårerne med ulike statistiske metoder, blant annet Wilcoxons test, Spearmans korrelasjonskoeffisient og Cronbachs alfa for intern konsistens - Validitet mellom alle forskere: ulike statistiske metoder - Kvadrattest for korrelasjon mellom original og modifisert OPTION-skår 		
Land			
Tyskland			
År publisert			
2013			

Referanse: Kolker M, Topp J, Elwyn G et al. Psychometric properties of the German version of Observer OPTION5. BMC health services research 2018;18:74. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2891-6			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Oversette OPTION-5 til tysk og deretter vurdere instrumentets egenskaper	<i>Populasjon</i> <ul style="list-style-type: none"> - 24 leger - 79 lydopptak av konsultasjoner ble inkludert 	<i>Hovedfunn</i> <ul style="list-style-type: none"> - OPTION-5 skår <ul style="list-style-type: none"> • Gj. snitt 11.84 (SD 11.92) • Range 0-47.5 - ICC for totalskår <ul style="list-style-type: none"> • Interrater reliabilitet 0.82 • Intrarater reliabilitet 0.83 - Signifikant korrelasjon mellom OPTION-5 skår og OPTION-12 skår (r=0.47, p = 0.01) 	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Innhentet data fra annen studie i allmennpraksis Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) Studiens hensikt var å validere OPTION-5 på tysk Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Alle konsultasjoner ble vurdert av 2 forskere Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ingen blinding Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene? Lav OPTION-skår sett i annen studie. Opphopning av små verdier forenelig med litteratur. Egenskapene til verktøyet sammenliknbar med andre valideringsstudier Hva diskuterer forfatterne som: <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Studien undersøkte egenskapene til OPTION-verktøyet - Svakheter: Liten variasjon av OPTION-skår, begrenset mulighet til å generalisere 	
Konklusjon	<i>Inklusjonskriterier</i> <ul style="list-style-type: none"> - Følgende diagnoser: DM2, kroniske ryggsmertor eller depresjon <ul style="list-style-type: none"> • Som følge av rekrutteringsproblemer ble også andre kroniske lidelser inkludert 			
God interrater og intrarater enighet for OPTION-5 totalskår og egenskapene er liknende den engelske versjonen				
Land				
Tyskland				
År publisert				
2018	<ul style="list-style-type: none"> - > 18 år - Snakker tysk - Står ovenfor et behandlingsvalg <i>Eksklusjonskriterier</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kognitiv svikt <i>Hovedutfall</i> <p>(1) Undersøke egenskaper til tysk OPTION-5</p> <i>Statistiske metoder</i> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv statistikk for demografiske data - ICC - Spearmans korrelasjon 			

Referanse: Loh A, Simon D, Hennig K et al. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. Patient Education and Counseling 2006;63:314-318. https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.006			Studiedesign: Prevalensstudie
			GRADE Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke i hvilken grad pasienter med depresjon involveres i beslutninger, og hvor mye tid av konsultasjonen som går til dette	<i>Populasjon</i> - 9 allmennleger - 20 lydopptak fra konsultasjoner ble inkludert <i>Inklusjonskriterier</i> - Behandlingstrengende depresjon - Mulighet til å gi informert samtykke <i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-12 skår (2) Konsultasjonstid som ble brukt til hvert av de 6 beslutningsstegene	(1) OPTION-12 skår - Gj. snittsskår var 14.7 (skala 0-100) - Varierte fra 4.2 til 34.4 blant alle konsultasjoner (2) Konsultasjonstid - 78.6% av konsultasjonstid ble benyttet på definisjon av problem - 0.1% brukt på «equipoise» - Av gjenværende elementer utgjorde de mellom 3.2 – 6.2 % av konsultasjonstid	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av syk.) (seleksjonsbias) Deltagerne ble rekruttert av allmennleger etter inklusjonskriterier. Mulig seleksjonsbias der mer egnede pasienter ble rekruttert Er diagnosen validert? (Classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppe fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/neker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-verktøyet er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ikke aktuelt Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) To forskere ga OPTION-skår Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturene resultatene? Tidligere forskning har vist at lite tid går til «equipoise», i tråd med denne studien Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Få inkluderte deltagere. Det kan være problematisk å inkludere pasienter med depresjon Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt
Konklusjon			
Lav OPTION-skår i konsultasjoner med pasienter med depresjon. Legene fokuserte på definering av problemet.			
Land			
Tyskland			
År publisert			
2006			

Referanse: McKinstry B, Hammersley V, Burton C et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. Quality and Safety in Health Care 2010;19:298. https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027763		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Studien skal undersøke om det er forskjeller på konsultasjoner gjort ansikt til ansikt sammenliknet med per telefon	Populasjon - 21 allmennleger - 105 lydopptak av konsultasjoner inkludert <ul style="list-style-type: none"> 46 telefonkonsultasjoner 59 ansikt-til-ansikt konsultasjoner Inklusjonskriterier - Nye pasienter eller oppfølgingssamtaler - Leger måte tilby både telefon- og ansikt-til-ansikt konsultasjoner	Hovedfunn (1) RIAS - Signifikante forskjeller i innhold i konsultasjon pr. telefon og ansikt-til-ansikt, også etter justering for konfunderende faktorer - Pasientene ga signifikant mer informasjon i ansikt-til-ansikt konsultasjoner ($p < 0.001$) (2) Kvalitet - Gj. snitt 8.1 (SD 2.7) av 13 kriterier - Sikkerhetskriteriet var signifikant mindre tilfredsstillende i telefonkonsultasjoner ($p < 0.01$) (3) OPTION - Signifikant korrelasjon med konsultasjonslengde ($r = 0.23$, $p = 0.018$) - Gj. snitt for telefonkonsultasjoner var 16, mens ansikt-til-ansikt var 19 (skala 0-100, ikke signifikante forskjeller, $p = 0.12$)	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Legene rekrutterte pasienter Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ingen signifikante forskjeller på demografiske karakteristika Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 93 allmennleger inkludert, 21 invitert. 266 pasienter ble invitert og 105 inkludert. Ingen signifikante forskjeller på de som ikke ønsket å delta, og de som deltok Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ingen signifikante forskjeller på kjønn og alder Er main exposure validert? (Classification Bias?) RIAS og OPTION er validerte verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Telefonkonsultasjoner og ansikt-til-ansikt er forskjellige konsultasjonsmetoder og dette kan påvirke utfallet. Det er også det som skal undersøkes i denne studien Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Ja. OPTION ble skåret av minst 2 forskere Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Nei Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja Støtter litteraturen resultatene? Forskjeller i innhold på konsultasjoner i tråd med tidligere studier. Mindre innhenting av informasjon er også vist i andre studier. Lav OPTION-skår er også forenelig med andre studier. Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Inkluderte allmennleger hadde erfaring og dette kan påvirke dermed generaliserbarheten. Ingen blinding. Kun inkludert konsultasjoner fra normal arbeidstid Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt
Konklusjon	Hovedutfall (1) Undersøke antall problemstillinger tatt opp (med RIAS, validert verktøy) (2) Kvalitet på konsultasjon opp mot kriterier fra the Royal College of General Practitioners (3) OPTION-12 skår	Andre funn - Ingen forskjell på tilfredsstillelse - Ingen signifikante assosiasjoner mellom demografiske faktorer og konsultasjonskarakteristika	
Land			
Skottland			
År publisert			
2010	Konfunderende faktorer: Alder, kjønn, allmennlege, konsultasjonslengde, tidspunkt på dagen, type problem og hvem som initierte konsultasjonen (lege eller pasient)		
	Statistiske metoder - Reliabilitet med prevalensjustert kappa for binære utfall og Pearson korrelasjons for kontinuerlige utfall - RIAS ble sammenliknet med kvadrattest og student-test - Multipel lineær regresjon eller ANOVA for alder, kjønn, allmennlege, konsultasjonslengde, tidspunkt på dagen, type problem og hvem som initierte konsultasjonen (lege eller pasient)		

Referanse: Meijers MC, Noordman J, Spreeuwenberg P et al. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. Family Practice 2018. https://doi.org/10.1093/fampra/cmz070 Corrigendum: https://doi.org/10.1093/fampra/cmz096		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål		Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke i hvilken grad allmennleger involverer pasientene i beslutningsprosessen. Undersøke om det er forskjeller på samvalg i 2007 sammenliknet med 2015 hva gjelder OPTION-12 skår. Undersøke hvilke faktorer som er assosiert med samvalg	Materiale og metode <i>Populasjon</i> - Data innsamlet i andre studier (fra 2007 og fra 2015) <ul style="list-style-type: none"> Inkluderte 50 tilfeldig valgte konsultasjoner fra 2007, og 50 tilfeldig valgte fra 2015 44 allmennleger (27 i 2007, 17 i 2015) <i>Inklusjonskriterier</i> - Kunne snakke og skrive nederlandsk - ≥ 18 år - Kun en problemstilling som trengte beslutning - Kunne ikke ha Downs syndrom eller lignende	Resultater (1) OPTION-skår: signifikant forskjell mellom 2007 og 2015 ($p < 0.05$) - 2007: 14.1 - 2015: 22.6 (2) Faktorer assosiert med samvalg - Mindre applikasjon av samvalg i konsultasjoner med eldre pasienter ($p < 0.05$) - Sammenheng med konsultasjonslengde og OPTION-skår ($p < 0.05$)	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias): Dataene er innhentet fra andre studier. Randomisert hvilke konsultasjoner som skulle benyttes i denne studien. Signifikant eldre leger i 2007. Signifikant lengre konsultasjoner i 2015. Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ingen signifikante forskjeller på deltagere som ikke ønsket å delta. Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-12 er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ja, ingen informasjon fremkommer om noe annet Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Én forsker butfrtyr for 90% av konsultasjonene, to forskere vurderte resterende 10% Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja Støtter litteraturen resultatene? Ja Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Videoopptak av konsultasjoner. Verken allmennlege eller pasient visste at samvalgsatferd skulle undersøkes - Svakheter: Få inkluderte deltagere pr. år. Færre allmennleger i 2015 sammenliknet med 2007. Signifikant eldre allmennleger i 2007. I 2015 ble kun allmennpraksiser fra en begrenset del av landet benyttet, i 2007 var de fra hele landet. OPTION forteller ikke noe om kvaliteten på kommunikasjonsferdighetene
Konklusjon			
Det var mer samvalg i 2015 sammenliknet med 2007.			
Land			
Nederland			
År publisert			
2018			
Hovedutfall (1) OPTION-12 skår (2) Faktorer assosiert med samvalg			
Statistiske metoder - Deskriptiv statistikk - Multilevel analyse <ul style="list-style-type: none"> Flere modeller for å undersøke assosiasjon med samvalg Tok hensyn til faktorer som <ul style="list-style-type: none"> Bruk av samvalg 2007 sammenliknet med 2015 Pasientens alder og kjønn Allmennlegens alder og kjønn Konsultasjonslengde ICPC kode Type beslutning 			

Referanse: Menear M, Garvelink MM, Adekpedjou R et al. Factors associated with shared decision making among primary care physicians: Findings from a multicentre cross-sectional study. Health Expectations 2018;21:212-221. https://doi.org/10.1111/hex.12603		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke hvilke faktorer som er assosiert med samvalg	<i>Populasjon</i> - 117 allmennleger inkludert - 117 lydopptak fra konsultasjoner inkludert	<i>Hovedfunn</i> (1) OPTION-skår - Gj. snittsskår 25.7 (SD 9.8) • Median 25 • Range fra 6.25 til 52.08	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Allmennleger fra annen studie ble inkludert til denne studien Pasientene ble rekruttert av forskere fra venteroommet Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 170 allmennleger invitert, 117 inkludert. Ikke aktuelt med frafallsanalyse Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-skår er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Minst to forskere skåret hver konsultasjon Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Nei Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene?: Lav OPTION-skår sett i andre studier. Lav OPTION-skår hos arbeidsledige kan forklares med funn fra andre studier. Lengre konsultasjonstid og økende SDM er også funnet i tidligere studier Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Måling av samvalg bør kanskje skje over lengre tid. Problemer med selve OPTION-verktøyet. Inkluderte leger var involvert i undervisning og forskning og kan ha bedre ferdigheter. Det kan være andre faktorer som påvirker samvalgsferdigheter Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt
Konklusjon	<i>Inklusjonskriterier</i> - ≥ 18 år - Mulighet til å lese engelsk eller fransk - Mulighet til å gi informert samtykke - Ikke ha en alvorlig tilstand som krever øyeblikkelig hjelp (f. eks innleggelse) - Ønsker å fortelle om beslutningsprosessen	(2) OPTION-skår og assosierte faktorer • Økende «social participation» o Én komite (b=5.75, p=0.04) o To eller flere komiteer (b=7.74, p=0.002) • Klinisk signifikant beslutningskonflikt (DCS ≥ 25, B=7.15, p=0.002) • Lengre konsultasjonslengde (B=0.23, p=0.002)	
Faktorer assosiert med SDM-atferd var blant annet pasientens yrke, beslutningskonflikt og konsultasjonslengde		- Faktorer negativt assosiert med OPTION-skår • Pasientens yrke: signifikant lavere når pasienten var arbeidsledig (b=-6.48, p=0.02)	
Land		- Trend med økende OPTION-skår for synkende alder på lege (beta -0.18, p=0.07)	
Canada			
År publisert			
2017	<i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-12 skår (2) OPTION-skår og assosiasjon til: a) Legers karakteristika: for eksempel sosiodemografiske faktorer, utdanningsnivå og beslutningskonflikt b) Pasientkarakteristika: sosiodemografiske faktorer, foretrukken rolle i beslutningstaking, beslutningskonflikt c) Konsultasjonskarakteristika: pasientens forhold til legen, type beslutning, lengde på konsultasjon og sted (provins)		
	<i>Statistiske metoder</i> - Deskriptiv statistikk for karakteristika og OPTION-skår - Bivariate analyser for total OPTION-skår og de uavhengige variablene - Multivariate lineær regresjonsanalyse		

Referanse: Pellerin M-A, Elwyn G, Rousseau M et al. Toward shared decision making: Using the OPTION scale to analyze resident-patient consultations in family medicine. Academic Medicine 2011;86:1010-1018. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822220c5		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke samvalgsferdigheter i allmennpraksis med OPTION-12 verktøyet	<i>Populasjon</i> - 159 leger inkludert (både engelsk og fransktalende) - 152 lydopptak av konsultasjoner analysert	(1) OPTION-skår - Gj. snittsskår 24 (SD 8) - Signifikant høyere skår i franskspråklige konsultasjoner (25 mot 22, t=2.08, p=0.006) - Signifikant høyere skår hos kvinnelige leger (25 mot 22, t=2.08, p=0.04) - Positiv korrelasjon mellom skår og lengde på konsultasjon (r=0.13, p=0.003) - Konsultasjonstid hadde betydning <ul style="list-style-type: none"> Gj. snittlig konsultasjonslengde 28:41 min Franske konsultasjoner varte lengre (36 mot 20, t=9.44, p<0.0001) Kvinnelige leger hadde også lengre konsultasjonstid (31 mot 24, t=2.69, p=0.008) - Etter justering for konsultasjonstid ble det ikke observert forskjeller i OPTION-skår hva gjelder språk eller kjønn	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Klinikere rekruttert fra to sentre i Canada. Pasientene ble invitert av forsker i forkant av konsultasjonen Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 212 leger invitert og 159 inkludert. Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-12 er et validert verktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Et utvalg av konsultasjonene ble skåret av to, resterende ble skåret av én Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Ikke aktuelt Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja Støtter litteraturen resultatene? Lav OPTION-skår sees i andre studier. Årsakene til lav delskår diskuteres med funn fra annen litteratur Hva diskuterer forfatterne som: <ul style="list-style-type: none"> Styrke: Ikke diskutert Svakhet: Problematisk at OPTION-12 ikke tar hensyn til pasientdeltagelse. Type konsultasjon kan ha betydning for samvalg, og det er ikke slik at samvalg er aktuelt i alle konsultasjoner. Lydopptak kan ikke fange opp non-verbal kommunikasjon
Konklusjon Lite samvalgsrelatert atferd i allmennpraksis	<i>Inklusjonskriterier</i> - ≥ 18 år - Mulighet til å gi informert samtykke	(2) Korrelasjon mellom andre faktorer - Signifikant lavere OPTION-skår hos legene som hadde tatt en akademisk grad før medisin - Ingen assosiasjon mellom legens alder og OPTION-skår - Ingen assosiasjon mellom deltagelse i komitéer/arbeidsgruppe og OPTION-skår - Ingen assosiasjon med antall år i residency og OPTION-skår - Ingen assosiasjon mellom preferanse for pasientens ønskede rolle og OPTION-skår	
Land Canada	<i>Eksklusjonskriterier</i> - Pasienter i relasjon til en av forskerne - Akutt medisinsk tilstand som krever øyeblikkelig hjelp		
År publisert 2011	<i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-12 skår (2) Korrelasjon mellom demografiske karakteristika av klinikerne og OPTION-skår		
	<i>Statistiske metoder</i> - Deskriptiv statistikk for del- og total OPTION-skår - Interferistisk statistisk analyse for å undersøke assosiasjon av SDM mellom utvalgte kriterier (alder, kjønn, språk, antall år i residency, akademisk grad, deltagelse komité/arbeidsgruppe/fortsettelse av medisinsk utdanning siste år - Pearson korrelasjonskoeffisient - Student t-test - ANOVA og ANCOVA		

Referanse: Scholl I, Kriston L, Dirmaier J et al. Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION Scale - an attempt to establish convergent validity. Health expectations 2015;18:137-150. https://doi.org/10.1111/hex.12022			Studiedesign: Prevalensstudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	GRADE
Sammenlikne SDM-Q-9 med det tyske OPTION-12 verktøyet	<p>Populasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21 leger inkludert - 63 lydopptak fra konsultasjoner inkludert <p>Inklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - En av følgende diagnoser: DM2, kronisk ryggsmerte, depresjon - ≥ 18 år - Snakket tysk - Det måtte være en problemstilling som krevde beslutnings <p>Ekklusjonskriterier: Alvorlig kognitiv svikt</p> <p>Hovedutfall</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Undersøke egenskapene til SDM-Q-9 og OPTION-12 (2) Korrelasjon mellom SDM-Q-9 og OPTION ($r \geq 0.5$) <p>Statistiske metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cronbachs alfa - Interrater reliabilitet ved ICC for OPTION - Spearmans korrelasjonskoeffisient for å sammenlikne skalaene - Subgruppeanalyser mhp demografiske og kliniske pasientkarakteristika <p>Posthoc analyser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Undersøke korrelasjon mellom skalaene med flere metoder. Dette inkluderer blant annet korrelasjon mellom lignende underpunkt - Studien skal undersøke om forskjeller i skår er assosiert med pasient- eller legekarakteristika - Bivariate assosiasjoner 	<p>Hovedfunn</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) SDM-Q-9 fikk Cronbachs alfa 0.92, mens OPTION fikk 0.68. ICC for OPTION var 0.68 (2) Korrelasjon <ul style="list-style-type: none"> - Gj. snitts OPTION-skår 11.6 (SD 6.3, range 0-32 blant alle konsultasjoner) - Gj. snitts SDM-Q-9 skår 86.8 (SD 16-4, range 42-100) - Svak korrelasjon med $r=0.19$ ($p=0.069$) - Ingen korrelasjon for subgruppeanalyser <p>Posthoc-analyser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen signifikant korrelasjon mellom elementer i begge skalaene som måler samme del av SDM - Ingen korrelasjon mellom delskår i de ulike skalaene - Ingen signifikans mellom underpunktene som målte klinisk atferd - Signifikante forskjeller mellom legene og skår - Ingen signifikante forskjeller for karakteristika til pasient eller lege og observerte forskjell mellom SDM-Q-9 og OPTION 	<p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste</p> <p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Tilfeldig hvilke legekantor som ble invitert. Deltagerne rekruttert av allmennlege</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ingen signifikante forskjeller mellom legene</p> <p>Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 501 leger invitert, 21 leger inkludert. Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) Studien undersøker egenskapene til verktøyene</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av to forskere</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Nei</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en vis grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene?: Flere studier har vist ulikheter mellom pasientens (ved SDM-Q-9) og forskeres (OPTION) skåring av konsultasjoner</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Bias fordi det ble benyttet spørreskjemaer, seleksjonsbias, problemer med OPTION-verktøyet (eksempelvis floor-effekt), tverrsnittdesign kan gjøre at OPTION-skår er lavere <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>
Konklusjon			
Studien viste at måling av samvalg er utfordrende			
Land			
Tyskland			
År datainnsamling			
2009-2010			

Referanse: Siriwardena AN, Edwards AG, Campion P et al. Involve the patient and pass the MRCGP: investigating shared decision making in a consulting skills examination using a validated instrument. British Journal of General Practice 2006;56:857-862.			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke samvalgsferdigheter med OPTION-12 for kandidater som søker medlemskap i Royal College of General Practitioners (MRCGP)	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 36 allmennleger inkludert - 253 videokonsultasjoner inkludert <p><i>Hovedutfall</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) OPTION 12-skår og kriteriet «<i>shared management options</i>» for MRCGP (2) OPTION-skår og bestått eller ikke-bestått MRCGP (3) Analyse mhp mulige konfoundere <ul style="list-style-type: none"> - Pasientens kjønn/alder - Legens kjønn/alder - Konsultasjonslengde <p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Multilevel regresjonsanalyse med hensyn på pasientens alder og kjønn, legens alder og kjønn samt konsultasjonslengde - Logistisk regresjonsanalyse for å predikere sannsynligheten for å bestå MRCGP basert på OPTION-skår 	<p><i>Hovedfunn</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Signifikant høyere OPTION-skår hos de som besto kriteriet <ul style="list-style-type: none"> - Skår 35.4 vs. 27.3 , MD 8.1, p = 0.044 - Sterk korrelasjon mellom antall konsultasjoner der kriteriet ble møtt og total OPTION-skår (Spearman's p = 0.67, p < 0.001) (2) Signifikant høyere OPTION-skår hos deltagere som fikk innpass i foreningen (skår 36.1 vs. 28.6, MD 7.5 (95% CI 1.13 til 13.87), p = 0.022 (3) Ytterligere analyser <ul style="list-style-type: none"> - Økende alder på kliniker indikerte lavere OPTION-skår (koeffisient estimat -0.65, SE 0.2, p = 0.0049 - Økt sannsynlighet for å bestå MRGCP med økende OPTION-skår 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias) Innsendte videokonsultasjoner skulle egentlig benyttes for opptak i foreningen. Ønsket et utvalg av konsultasjoner fra kategoriene «bestått», «bestått under tvil» og «ikke-bestått». Av et utvalg på totalt 780 kandidater ble 63 tilfeldig utvalgt (21 leger fra hver kategori) til å bli invitert til denne studien</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 63 leger ble invitert og 36 ble inkludert. Ingen forskjeller på karakteristika av inkluderte og ikke-inkluderte</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-skår er et validert verktøy</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble vurdert av to forskere</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Blinding av forskere som vurderte OPTION-skår for MRCGP status</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? Ikke diskutert</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: Data brukt fra validert eksaminasjonsprosess - Svakheter: Få deltagere i hver kategori <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>	
Konklusjon				
Kandidater som innfridde kriteriene for medlemskap hadde signifikant høyere OPTION-skår, sammenliknet med de som ikke fikk medlemskap				
Land				
Storbritannia				
År publisert				
2003				

Referanse: Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S et al. Motivational interviewing and shared decision making in primary care. Patient Education & Counseling 2012;87:62-66. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.026			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke om samvalg og motiverende samtale benyttes ved behandling av overvekt i primærhelsetjenesten	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 allmennleger - 58 konsultasjoner inkludert <p><i>Inklusjonskriterier</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltager i Check-up 35 - BMI \geq 25 - Ingen psykiatrisk sykdom - Ingen utfordringer med språk <p><i>Hovedutfall</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) OPTION-skår (2) BECCI-skår (verktøy for å undersøke allmennlegens ferdigheter i eksempelvis motiverende intervju) (3) Korrelasjon mellom (1) og (2) <p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptiv statistikk - Univariate analyse av varians <p>Konfunderende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI - Kjønn - Sosial status - Alder - Diett - Lengde på allmennlege-pasientforhold 	<p><i>Hovedfunn</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) OPTION-skår <ul style="list-style-type: none"> - Gj. snittsskår 0.71 (SD 0.27) (skala 0-48) - Spenn fra 0.083 til 1.42 - 15% av konsultasjonene hadde 1 eller mer i total skår - ANOVA viste signifikante forskjeller i total OPTION-skår <ul style="list-style-type: none"> • Mellom allmennlegene ($p < 0.001$) • Signifikant høyere skår hos kvinnelige allmennleger (0.75 mot 0.42, $p = 0.001$) • Allmennlege-pasientforhold ($p = 0.002$), der kvinne allmennlege-mann pasient skåret høyere enn mann-mann (0.83 mot 0.25) <ul style="list-style-type: none"> - Korrelasjon med konsultasjonslengde ($p=0.026$) <ol style="list-style-type: none"> (2) BECCI-skår <ul style="list-style-type: none"> - Gj. snittsskår 1.65 (SD=0.) - ANOVA viste signifikante forskjeller <ul style="list-style-type: none"> • Høy BMI var prediktor for økt BECCI-skår • Ingen korrelasjon med kjønn, sosial status, alder, diett eller lengde på allmennlege-pasientforhold <ul style="list-style-type: none"> - Korrelasjon med konsultasjonslengde og BECCI-skår - Motiverende intervju ble signifikant bruk i konsultasjoner lengre enn 9.17 minutter ($p < 0.001$) <ol style="list-style-type: none"> (3) Ingen signifikant korrelasjon mellom BECCI- og OPTION totalskår 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave</p> <p>Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av syk.) (seleksjonsbias) Pasientene ble rekruttert av allmennlegene etter inklusjonskriterier</p> <p>Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt</p> <p>Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt</p> <p>Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt</p> <p>Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt</p> <p>Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt med frafallsanalyser</p> <p>Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt</p> <p>Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-verktøyene er validert</p> <p>Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ikke aktuelt</p> <p>Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja</p> <p>Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Én forsker skåret alle konsultasjonene, mens to personer skåret et utvalg</p> <p>Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Allmennlegene var blindet</p> <p>Tror du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad</p> <p>Støtter litteraturen resultatene? Annen litteratur i tråd med at kvinner kan ha høyere OPTION-skår. Kortere konsultasjonslengde i Tyskland kan forklare hvorfor OPTION-skår er lav. Kommunikasjonsstrategiene varierte mellom legene, og er i tråd med andre studier</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke: BECCI og OPTION er objektive måleverktøy - Svakheter: Få inkluderte deltagere, mangel på variasjon for flere variabler (blant annet innen OPTION-delskår), motiverende intervju og samvalg kan skje over flere konsultasjoner, moderat intermitterende reliabilitet <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt</p>	
Konklusjon				
Funnene viste at samvalg og motiverende samtale benyttes i liten grad av tyske allmennleger. Samtidig ble det observert forskjeller mellom legene				
Land				
Tyskland				
År publisert				
2011				

Referanse: Weiss MC, Peters TJ. Measuring shared decision making in the consultation: a comparison of the OPTION and Informed Decision Making instruments. Patient Education & Counseling 2008;70:79-86. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.001		Studiedesign: Prevalensstudie	
		GRADE	Lav
Formål		Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Sammenlikne verktøyene OPTION-12 og Informed Decision Making (IDM)	Materiale og metode <i>Populasjon</i> - 12 allmennleger inkludert - 128 lydopptak av konsultasjoner inkludert - 82 klinikker ble invitert - Pasienter ble rekruttert av forsker på venterommet som hadde time hos inkludert allmennlege <i>Ekksklusjonskriterier</i> - Ikke engelskspråklig - Kunne ikke gi informert samtykke - Dårlig allmenntilstand («apperead to unwell») <i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-12 skår (2) IDM-skår (3) Sammenlikning av OPTION- og IDM skår <i>Statistiske metoder</i> - Bland-Altman analyse for å undersøke forskjeller mellom OPTION- og IDM-verktøy - Deskriptiv statistikk - Spearman rho korrelasjonskoeffisient f	Resultater <i>Hovedfunn</i> (1) OPTION-skår - Gj. snittlig skår 3.81 (95% CI 3.23-4.39) - Pasientens kjønn og alder var ikke relatert med skår - Økende OPTION-skår med økende konsultasjonslengde (p=0.02) (2) IDM-skår - Antall beslutninger pr. konsultasjon <ul style="list-style-type: none"> • 6 uten • 36 med én beslutning • 44 med to beslutninger • 37 med tre eller flere - Signifikant høyere skår hos <ul style="list-style-type: none"> • Kvinner (p=0.03) • Yngre (p=0.001) (3) Sammenlikning av OPTION- og IDM - Enkelte underpunkter på IDM og OPTION var relatert - Økende konsultasjonstid indikerte høyere OPTION (p=0.02) og IDM-skår (p=0.0005) - IDM-skår var ikke signifikant relatert til OPTION-skår (Spearman rho = 0.14, p=0.13)	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av syk.) (seleksjonsbias) Legen ble først spurt om konsultasjonen med en bestemt pasient kunne tas opp. Deretter ble pasienten spurt på venterommet Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekker å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? 274 pasienter invitert, 274 lydopptak inkludert Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION og IDM- er validerte måleverktøy Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ingen informasjon tilsa noe annet Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) En forsker vurderte IDM-skår, og en annen forsker vurderte OPTION-skår Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Legene visste ikke formålet for studien Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene? Lav OPTION-skår i tråd med eksisterende litteratur Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Undersøkte forholdet mellom OPTION og IDM, eksperter ble benyttet for å vurdere konsultasjonene - Svakheter: Utsatt for skjevhet pga. få inkluderte deltagere, inkluderte leger visste at kommunikasjonsferdigheter skulle undersøkes, svakheter at en forsker ikke kunne begge instrumentene (OPTION og IDM) Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt
Konklusjon Kan bruke OPTION og IDM for å finne ut hvor legene svikter hva gjelder samvalg	Land England		
År publisert 2007			

Referanse: Young HN, Bell RA, Epstein RM et al. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. Archives of Internal Medicine 2008;168:1404-1408. https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1404			Studiedesign: Prevalensstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke legers samvalgsatferd, og beskrive faktorer assosiert med samvalg i behandling av depresjon	Studien analyserer data fra RCT <i>Populasjon</i> - 18 simulerte pasienter (SP) • Spilte 6 roller • Symptomer forenelig med depresjon eller tilpasningsforstyrrelse (adjustment disorder) med depressive symptomer - 151 leger inkludert - 287 lydopptak av konsultasjoner analysert <i>Hovedutfall</i> (1) OPTION-12 skår (2) Karakteristika (leger, praksis og besøk) assosiert med SDM-atferd (3) Om SDM-atferd påvirkes av pasientens grad av depresjon og ønske for medikasjon <i>Statistiske metoder</i> - Partielle korrelasjonsanalyse • Assosiasjon mellom SDM-atferd og legens alder, kontrollert for antall pasienter på en typisk halv-dag og lengde på konsultasjon - Generalisert lineær mixed metode: tok hensyn til flere faktorer, deriblant legens alder, etnisitet og kjønn - Mixed-effects lineær regresjon - Mixed-effect model for å ta hensyn til clustering av data	<i>Hovedfunn</i> (1) Gj. snittlig OPTION-skår 11.4 av 48, (2) Karakteristika assosiert med SDM - Partielle korrelasjonsanalyse • Signifikant negativt forhold mellom atferd og legens alder (koeffisient -0.29, $p < 0.01$) • Signifikant positivt forhold mellom SDM-atferd og konsultasjonslengde (koeffisient 0.31, $p < 0.01$) • Ingen signifikant assosiasjon mellom SDM-atferd og antall pasienter på en typisk halv dag - Mixed modell • Indikerte at eldre leger ($b=-0.09$, $p < 0.01$) og leger i HMO-setting ($b=-1.6$, $p < 0.01$) hadde mindre SDM-atferd • Lengre konsultasjonstid var assosiert med mer SDM-atferd ($b=0.08$, $p < 0.01$) (3) Assosiasjon mellom SP-karakteristika og SDM-atferd - Økende samvalgsatferd når pasientene spurte etter et generelt ønske om antidepressiva eller et bestemt medikament - Ingen signifikante funn mellom alvorligheten av depresjon og SDM-atferd <i>Posthoc analyser:</i> dersom pasienten etterspurte medikamenter økte samvalgsrelatert atferd	Er formålet klart formulert? Ja Er designet egnet for formålet? Kan være problematisk, dette diskuteres i min oppgave Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av syk.) (seleksjonsbias) Bruk av simulerte pasienter. Leger ble rekruttert fra 152 klinikker i allmennpraksis, og konsultasjonene ble tatt opp i hemmelighet Er diagnosen validert? (classification bias) (prevalens/insidens kasus?) Ikke aktuelt Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? Ikke aktuelt Kan det utelukkes at kontrollgruppen er fri for aktuelle sykdom? (classification bias) Ikke aktuelt Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper? Ikke aktuelt Non-responders/nekter å delta. Er det gjort frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe? Ikke aktuelt Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ikke aktuelt Er main exposure validert? (Classification Bias?) OPTION-skår er validert Er gruppene «behandlet» likt? Kan det påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) Ingen informasjon tilsa noe annet Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? Ja Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classification bias) Hver konsultasjon ble skåret av én forsker. Et utvalg ble skåret av to forskere Var den som målte eksponering/samlet inn data blindet mht hvem som var kasus/kontroll? (Classification bias) Blinding av simulerte pasienter for studiens formål Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad Støtter litteraturen resultatene? Observert i andre studier at leger ikke har tilfredsstillende samvalgsferdigheter. I motsetning til annen studie, kunne Young et al vise at legene i HMO-setting hadde mindre samvalgsrelatert atferd Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Ikke diskutert - Svakheter: Svakheter med tverrsnittdesign da samvalg kan foregå over flere konsultasjoner, bruk av simulerte pasienter gir tap av økologisk validitet, begrenset generaliserbarhet som følge av simulerte pasienter, kun depresjon som ble undersøkt, kunne ikke vurdere helseutfall pga. simulerte pasienter, liten variasjon i OPTION-delskår kan indikere problemer med verktøyet Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ikke aktuelt	
Konklusjon				
Liten grad av samvalgsrelatert atferd observert i allmennpraksis. Faktorer assosiert med samvalg var blant annet omstendigheter omkring konsultasjonen, og der pasienten spurte etter et bestemt medikament				
Land				
USA				
År publisert				
2008				

Vedlegg 4 – Kunnskapsevaluering for del 2 av problemstillingen

Referanse: LeBlanc A, Herrin J, Williams MD et al. Shared Decision Making for Antidepressants in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. JAMA Internal Medicine 2015;175:1761-1770. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5214			Studiedesign: Cluster-RCT	
			GRADE	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke effekten av Depression Medication Choice (DMC) på beslutningskonflikt	Populasjon - 10 allmennpraksiser med 136 klinikere - Data fra 297 deltagere analysert	Primære utfall (1) Beslutningskvalitet, i favør av intervensjon: (a) Signifikant økt beslutningskonflikt-skår (MD 5.3, 95% CI [1.1-9.5], p=.01) (b) Signifikant mer kunnskap (OR 9.5, 95% CI [0.8-18.2], p = .03) (c) Mer fornøyd (RR varierte fra 1.25 (p=0.81) til 2.40 (p=0.002))	Er formålet klart formulert? Ja Hvem er inkludert/ekskludert? (seleksjon/ generaliserbarhet) Pasienter med moderat til alvorlig depresjon fra 10 allmennpraksiser i rural, forstad og by. Var gruppene like ved starten? Ja, ingen signifikante forskjeller på deltagerkaraktistika Randomiseringsprosedyre? Klinikkene ble inndelt etter antall pasienter og deltakelse i et program. Deretter ble klinikkene innad <i>hver</i> gruppe randomisert til enten intervensjon eller kontroll. Det innebærer at det var klinikker i intervensjonsgruppen i <i>begge</i> inndelingene. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Ingen blinding av forskningsteam eller klinikere. Pasientene ble blindet for forskningshypotese. Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? Ingen informasjon som tilsier noe annet Primære endepunkter (Validert? Classification bias?) Beslutningskonflikt-skala (et validert verktøy) Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) Ingen signifikante forskjeller blant frafalte og de gjenværende. 20% loss to follow up for primære endepunkter, 30% loss to follow up for sekundære endepunkter Hva var resultatene? Bruk av DMC hadde signifikant effekt på å øke beslutningskonflikt Kan resultatene overføres til praksis? Overførbart dersom man benytter DMC, resultatene kan til en viss grad fortelle om den generelle effekten av beslutningsverktøy Ble alle utfallsmål vurdert? Ja Er fordelene verdt ulempene/kostnader? Ja Annen litteratur som styrker resultatene? Annen studie viser at bruk av beslutningsverktøy kan redusere beslutningskonflikt Hva diskuterer forfatterne som: - Styrker: Grei generaliserbarhet som følge av ulike pasientgrupper og ulike inkluderte praksiser - Svakheter: Skjevhet pga. manglende blinding. Stort frafall påvirker resultatene, spesielt for sekundære endepunkter påvirker det presisjon. De fleste klinikerne benyttet verktøyet med 2 pasienter og effisiensens kan være underestimert.	
Konklusjon DMC reduserte beslutningskonflikt-skår for intervensjonsgruppen. Hadde ingen effekt på medikamentadherens eller symptomtrykk.	Inklusjonskriterier - Klinikere: behandle pasienter med depresjon - Pasienter: > 18 år, må ha en moderat til alvorlig depresjon og PHQ-9 ≥10. Eksklusjonskriterier for pasienter: - Bipolar lidelse - Problemer med å gi informert samtykke	(2)/(3) Ingen signifikante forskjeller (4) Signifikant økt beslutningskonflikt-skår (MD 11.4, p < 0.001) og økt tilfredsstillelse (RR 1.64, p=0.02) (5) Signifikant høyere OPTION-skår for intervensjon (MD 15.8, 95% CI [6.5-25] p=0.001) (6) Ingen forskjell på konsultasjonstid (p = 0.47)		
Land USA	Intervensjon: Beslutningsverktøy. DMC presenterte effisiens av antidepressiva og mulige bivirkninger på laminerte kort. Ble benyttet under konsultasjon med lege. Kontroll: ordinær behandling			
År data innsamlet 2011-2013	Utfall (1) (a) beslutningskonflikt (b) kunnskap og (c) tilfredsstillelse (2) Kliniske utfall målt med PHQ-9 ved inklusjon, etter 3 og etter 6 mnd. (3) Medikamentadherens (4) Beslutningskonflikt og tilfredsstillelse fra klinikers side (5) OPTION-skår (6) Konsultasjonstid Statistiske metoder: analysert etter ITT - Clusterjusterte T-tester - Kjikvadratstest - Hierarkiske generalisert lineærmodell			
			Har resultatene plausible forklaringer? Ja	

Referanse: Metz MJ, Veerbeek MA, Twisk JWR et al. Shared decision-making in mental health care using routine outcome monitoring: results of a cluster randomised-controlled trial. <i>Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology</i> 2018;27:27. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1589-8		Studiedesign: Cluster-RCT	
		GRADE	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke effektene av en intervensjon som kombinerer samvalg og kliniske tilbakemeldinger (<i>routine outcome measurement, ROM</i>)	Populasjon - 14 team fra fire klinikker ble rekruttert - 7 team til intervensjon, 7 til kontroll - 227 deltagere ved inklusjon Eksklusjonskriterier - Kunne ikke snakke eller lese tysk - Kognitiv svikt eller pågående krise Intervensjon: 5-steps modell for beslutningstaking. Lagd etter prinsippene til samvalg, og inkluderte ROM. Ble benyttet under inntak og under behandling. Kontroll: ordinær behandling	Primære utfall (1) Beslutningskonflikt (a) Ingen signifikante forskjeller (b) Signifikante forskjeller for klinikerne, der intervensjonsgruppen var signifikant mer enig med beslutningen Sekundære utfall (2) Signifikant effekt for klinikere i intervensjonsgruppen (3) Ingen signifikante forskjeller (4) Ingen signifikante forskjeller (5) Signifikant bedre bruk av ROM for intervensjonsgruppen Posthoc analyse (6) Signifikant effekt av intervensjon for pasienter med depresjon ($\beta = -11.173$, $p = 0.047$, 95%CI: $- 22.176$ til $- 0.170$). (7) - Opplevd DC ved T0 påvirker i hvilken grad beslutningskonflikt-skår endres fra T0 til T1 - I følge pasientene ledet bedre applikasjon av SDM og ROM til signifikant mindre beslutningskonflikt - Signifikant assosiasjon mellom redusert DC og • Bedre kliniske utfall (OQ-45, $\beta = 0.344$, $p = 0.001$, 95% CI 0.134, 0.554) • Høyere livskvalitet (MANSA-VN-15, $\beta = - 0.011$, $p=0.006$, 95% [CI $- 0.019$, $- 0.0032$])	Er formålet klart formulert? Ja Hvem er inkludert/ekskludert? (seleksjon/ generaliserbarhet) 14 behandlingsteam fra 4 klinikker. Heterogen pasientgruppe med ulike diagnoser. Var gruppene like ved starten? Ja, ingen signifikante forskjeller på deltagerkarakteristika Randomiseringsprosedyre? Par ble satt sammen av liknende team. Deretter ble det ene teamet randomisert til intervensjon, og det andre til kontroll Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Ingen blinding av pasient og klinikere. Datainnsamlerene var blindet. Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? Ingen clustereffekt på teamnivå Primære endepunkter(Validert? Classification bias?) Beslutningskonflikt-skala er validert Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) Ja. Ingen signifikante forskjeller for frafalte mellom intervensjon- og kontrollgruppene. Pasienter som falt ut mellom T0 og T1 hadde signifikant høyere <i>kontrollplassering</i> ($p=0.034$) Hva var resultatene? Ingen signifikante funn på det primære- og sekundære utfall. Post hoc analyser viste at intervensjonen hadde signifikant effekt på beslutningskonflikt for pasienter med depresjon. Kan resultatene overføres til praksis? Hvis 5-stepsmodellen benyttes kan resultatene overføres til klinisk praksis. Det kan også til en viss grad være gjeldene for samvalg. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja Er fordelene verdt ulempene/kostnader? Ja Annen litteratur som styrker resultatene? I tråd med annen litteratur at samvalg og ROM kan gi mindre beslutningskonflikt Hva diskuterer forfatterne som: - Styrker: Redusert risiko for konfundering pga. parvis randomisering. Grei generaliserbarhet da heterogen pasientgruppe var inkludert. Uavhengig datainnsamling reduserer <i>responsbias</i> . God innsikt i pasienters og klinikers syn på intervensjonen ved T1. Multilevel statistiske analyser. - Svakheter: Mindre studiepopulasjon enn ønsket. Cluster-RCT kan ikke utelukke risiko for kontaminasjon. Behandlingsutfall ble målt med to ulike instrumenter som ikke er direkte sammenliknbare (OQ-45 og MANSA-VN-15). Har resultatene plausible forklaringer? Ja
Konklusjon			
Ingen signifikant effekt av intervensjonen på beslutningskonflikt. Posthoc analyser avdekket effekt for pasienter med depresjon			
Land			
Nederland			
År data innsamling			
2015-2017	Primære utfall (1) a) Beslutningskonflikt og b) DCS-VAS (en skår for klinikerne, og en for pasientene) før intervensjon (T0) og etter intervensjon (T1) Sekundære utfall (2) WAI-S (kliniker og pasient ved T1) (3) Behandlingsutfall ved T1 med a) OQ-45 og b) MANSA-VN-15 (4) SDM-Q-9 (ved T1) (5) ROM-feedback (ved T1) Statistiske metoder: Ble gjort etter ITT - Deskriptiv statistikk, uavhengig t-test og kjiqvadrattest for pasientkarakteristika - Logistisk regresjonsanalyse for frafallsanalyse - Lineær multilevel regresjonsanalyse med 3 nivåer og to-utvalgs-test for analyse av utfall Posthoc analyser (6) Effekt av primærdiagnose på beslutningskonflikt ved T0 (7) Per-protokollanalyser		

Referanse: Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Sanchez-Afonso JA et al. Effectiveness of a decision aid for patients with depression: A randomized controlled trial. Health Expectations 2017;20:1096-1105. https://doi.org/10.1111/hex.12553			Studiedesign: RCT	
			GRADE	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke effekten av et web-basert beslutningsverktøy for pasienter med unipolar depresjon	<p><i>Populasjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 allmennleger - Data fra 147 deltagere inkludert <ul style="list-style-type: none"> • 68 til intervensjon, 79 til kontroll <p><i>Inklusjonskriterier</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 18 år - Alvorlig depressiv lidelse etter ICD-10 eller DSM-IV - Spansktalende <p><i>Intervensjon:</i> Web-basert beslutningsverktøy. Pasientene kunne lære om symptomer og ulike former for depresjon, samt mulige behandlingsalternativer. Fikk hjelp til å vurdere sine preferanser. Benyttet under én sesjon på forskningscenter</p> <p><i>Kontroll:</i> ordinær behandling</p> <p><i>Primære utfall</i></p> <p>(1) Beslutningskonflikt-skår rett etter bruk av beslutningsverktøy (T1)</p> <p><i>Sekundære utfall</i></p> <p>(2) Kunnskap om behandlingsalternativer</p> <p>(3) Ville pasienten valgt samme behandling på nytt?</p> <p>(4) Preferanse for beslutningstaking</p> <p>(5) Samsvar mellom behandling mål og ønsket behandling</p> <p><i>Statistiske metoder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kjikvadrattest og t-test - Multippel lineær regresjon - Ikke-standardisert metode for å måle samsvar mellom behandlingsmål og valg av behandling 	<p><i>Primære utfall</i></p> <p>(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signifikant reduksjon av beslutningskonflikt-skår (B=-9.98, P<.001) - Signifikant reduksjon av delskår for <i>informert</i> (p < 0.05), usikkerhet (p = 0.05) og <i>konsekvenser av beslutningen</i> (p < 0.05) - Signifikant lavere total beslutningskonflikt-skår for mottagere av private helsetjenester - Signifikant lavere delskår for <i>informert</i> blant universitetsutdannede og kort sykdomsperiode - Signifikant lavere delskår for <i>verdier</i> dersom pasienten tidligere hadde opplevd bivirkninger av antidepressiva <p><i>Sekundære utfall</i></p> <p>(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signifikant effekt av intervensjon (B=2.33, p < 0.001) - Signifikant høyere skår hos mottagere av private helsetjenester, de med kort sykdomsperiode og universitetsutdannede <p>(3) Signifikant flere som ønsket en bestemt type behandling i intervensjonsgruppen (p=0.041)</p> <p>(4) Ingen signifikante forskjeller</p> <p>(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen signifikante forskjeller - To faktorer predikerte samsvar - Flere tok samsvarende valg blant deltagerne som valgte psykoterapi 	<p>Er formålet klart formulert? Ja</p> <p>Hvem er inkludert/ekskludert? (seleksjon/ generaliserbarhet) Spansktalende pasienter > 18 med alvorlig depressiv lidelse. Allmennlegene inviterte mulige pasienter</p> <p>Var gruppene like ved starten? Ingen signifikante forskjeller på deltagerne karakteristika. Det var signifikant flere deltagere i kontrollgruppen. Videre var det dobbelt så mange med universitetsutdanning (ikke signifikante forskjeller)</p> <p>Randomiseringsprosedyre? Randomisert til enten intervensjon eller kontroll med dataprogram</p> <p>Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Lege og forskere ble blindet</p> <p>Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? Ingen informasjon som tilsa noe annet</p> <p>Primære endepunkter(Validert? Classification bias?) Beslutningskonflikt-skala (validert verktøy)</p> <p>Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) Ja. Ingen frafalt deltagere etter allokering</p> <p>Hva var resultatene? Signifikant lavere total beslutningskonflikt-skår i intervensjonsgruppen</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Ja, ved bruk av dette verktøyet for deprimerede pasienter. Kan til en viss grad generaliseres til å gjelde samvalg</p> <p>Ble alle utfallsmål vurdert? Ja</p> <p>Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja</p> <p>Annen litteratur som styrker resultatene? I samsvar med annen litteratur av beslutningsverktøy kan redusere beslutningskonflikt og øke kunnskap hos pasientene om blant annet behandlingsalternativer</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrker: Ikke diskutert - Svakheter: Ikke undersøkt beslutningskonflikt-skår før start, flere deltagere i kontrollgruppen, ingen blinding av pasientene, pasienten ble instruert i beslutningsverktøyet av forsker og ikke behandler <p>Har resultatene plausible forklaringer? Ja</p>	
Land	Spania			
År publisert	2014-2015			

Referanse: Simmons MB, Elmes A, McKenzie JE et al. Right choice, right time: Evaluation of an online decision aid for youth depression. Health Expectations 2017;20:714-723. https://doi.org/10.1111/hex.12510			Studiedesign: Ukontrollert kohortstudie med intervensjon	
			GRADE	Veldig lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Undersøke effekten av et web-basert beslutningsverktøy for unge	<i>Populasjon:</i> - 66 deltagere fullførte baseline-undersøkelser	<i>Hovedfunn</i> (1) (a) Signifikant forskjell (T0 70%, T1 93%, p=0.004) (b) Signifikant forskjell (T0 79%, T1 97%, p=.022) (c) 100% uttrykte at behandlingen var deres ønskede og i tråd med personlige behov og preferanser (d) 76% hadde fremdeles sitt opprinnelige behandlingsvalg	Formålet klart formulert? Ja Er gruppen rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) Ingen kontrollgruppe. Deltagere mellom 12-25 år fra Melbourne, Australia. Klare inklusjonskriterier. Legen inkluderte pasientene. Pågående RCT samtidig hadde betydning for rekruttering av pasienter Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias) Flest kvinner inkludert både blant pasienter (82%) og behandlere. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? Ja Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert? (Classification bias)) Beslutningskonflikt-skala er et validert instrument. Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for gruppetilhørighet? Ingen blinding Var studien prospektiv? Ja Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) Ja. Er det utført frafallsanalyser? (Eval. attrition bias) Ja. Ingen signifikante forskjeller mellom frafalte og gjenværende Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Ja Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? Ingen informasjon om at dette ble tatt hensyn til. Tror du på resultatene? Ja Bradford Hills kriterier: Denne studien undersøker effekten av en <i>intervensjon</i> . Samtidig kan kanskje ikke beslutningskonflikt sies å være en helsetilstand, men det forsøkes uansett å besvare Bradford Hills kriterier. <i>Assosiasjonens styrke:</i> signifikant reduksjon av beslutningskonflikt, <i>konsistente funn:</i> observert at samvalg kan redusere beslutningsverktøy i andre studier, <i>spesifisitet:</i> samtlige deltagere hadde benyttet beslutningsverktøyet, og det ble sett signifikant reduksjon av konfliktskår etter, <i>tidsrelasjon:</i> fikk intervensjonen før det ble observert reduksjon av konfliktskår, <i>biologisk gradient/biologisk forståelig/koherens/eksperiment/analoge forhold:</i> ikke aktuelt Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Verktøyet kan benyttes for pasienter med depresjon Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Økt deltagelse i beslutningstaking anbefales i guidelines Hva betyr resultatene for endring av praksis? Studien viser at samvalg er aktuelt for unge mennesker, og kan øke deltagelsen og redusere beslutningskonflikt Hva diskuterer forfatterne som: - Styrke: Utviklet beslutningsverktøy - Svakheter: Ingen kontrollgruppe, manglete data har betydning for (6), SDMQ og SWD er ikke validerte hos unge, seleksjonsbias, pågående RCT hadde betydning for rekruttering av deltager	
Konklusjon	<i>Inklusjonskriterier</i> - Deltagere: pasient på senteret, skår ≥ 5 på PHQ-9, mulighet til å bruke beslutningsverktøyet, kunne gi informert samtykke - Kliniker: ønsket å benytte beslutningsverktøy, kunne gi informert samtykke	(2) Reduksjon av DSC fra baseline (37.9) til rett etterpå (21.1), gj. snittlig reduksjon 17.8 (95% CI [13.25, 22.94], p < 0.001) (3) Gj. snitt SDMQ 37.4, indikerer høy grad av opplevd involvering (4) - T1: Gj. snittsskår 25.8 (SD=3.14), indikerer høy grad av fornøydheter - T2: Gj. snittsskår 26 (95% CI: 24.7-27.1)		
Signifikant reduksjon av konfliktskår ved bruk av beslutningsverktøyet. Flere tok et valg i tråd med retningslinjene, og funnene indikerte blant annet mer tilfredsstillelse hos pasientene og økt pasientinvolvering.	<i>Eksposisjon:</i> Web-basert beslutningsverktøy som presenterte evidensbaserte behandlingsvalg for depresjon. Benyttes av pasient og kliniker sammen	(5) - T1: Gj. snitt 25.4 (95% CI: 23.7-27.1) - T2: Gj. snitt 25.3 (95% CI: 23.9- 26.8).		
Land		(6) Se artikkel for tallmateriale		
Australia		(7) Signifikant redusert symptomtrykk, 2.7 lavere PHQ-skår (95% CI [1.3-4])		
År data innsamling				
2014-2015	<i>Hovedutfall</i> (1) Beslutningsprosessen: (a) Behandling i tråd med gjeldene guidelines? (b) Muligheten til å velge behandling før og etter bruk av beslutningsverktøy. (c) Beslutning i tråd med verdier og preferanser? (d) Endret beslutningen seg etter 8 uker? (2) Beslutningskonflikt målt ved beslutningskonflikt-skala (3) Opplevd involvering i beslutningsprosessen ved SDMQ (4) Pasientens SWD (måler tilfredshet) ved T1 (rett etter intervensjon) og T2 (etter 8 uker) (5) Klinikerens SWD ved T1 og T2 (6) Medikamentadherens (7) Symptomtrykk ved PHQ-9 <i>Statistiske metoder:</i> McNemars test, paret t-test og uavhengig t-test			