

## **Puljeopslag: Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, der skal støtte fælles beslutningstagning mellem patient og sundhedspersoner**

Regeringen har som en del af finansloven for 2016 afsat 40 mio. kr. over to år til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer. Der er afsat 25 mio. kr. i 2016 og 15 mio. kr. i 2017<sup>1</sup>. Midlerne udmøntes som en pulje til ansøgning til projekter, der er målrettet udvikling af beslutningsstøtteværktøjer til fælles beslutningstagning mellem borger/patienter og sundhedspersoner.

Beslutningsstøtteværktøjer er praktiske værktøjer, som skal understøtte beslutninger om behandlings- og sundhedstilbud og sikre, at borgernes/patientens værdier og præferencer får indflydelse på valg af behandling og tilbud i en konkret beslutningssituation<sup>2</sup>.

Puljen er del af en bredere dagsorden om øget inddragelse af patienter og deres pårørende i sundhedsvæsenets aktiviteter og en kulturændring, der understøtter dette. I den forbindelse er der også afsat midler til kompetenceudvikling i forhold til patientinddragelse i regioner og kommuner.

Sundhedsstyrelsen inviterer relevante aktører på sygehuse, i almen praksis og kommunale sundhedsforvaltninger til at ansøge puljen. Ansøgningerne skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest mandag den 11. april 2016.

### **Formål**

Puljens formål er at udvikle og teste beslutningsstøtteværktøjer af høj kvalitet, som kan udbredes i lignende kliniske/sundhedsfaglige sammenhænge efterfølgende.

Puljen skal bidrage til at øge kvaliteten af vigtige beslutninger om behandling/sundhedstilbud, således at disse valg i højere grad er afstemt med patientens ønsker og livssituation samt er baseret på den bedste tilgængelige sundhedsfaglige viden.

*Delmål for puljen i udvikling, test og implementering af beslutningsstøtteværktøjer:*

I udviklingsprocessen:

1. Afdækkes borgere/patienter behov for information om det konkrete valg.

---

<sup>1</sup> Det fremgår af finanslovens § 16.51.85.40., at der er afsat 25 mio. kr. i 2016 og 15 mio. kr. i 2017 til en pulje til udvikling af redskaber til styrket patientinddragelse. Pengene udmøntes som pulje til ansøgning til projekter, der understøtter fælles beslutningstagning.

<sup>2</sup> <http://vibis.dk/redskaber>

2. Afdækkes sundhedspersoners vurdering af, hvilken faglig information, der er nødvendig for at kunne træffe et valg.
3. Sikres det, at værktøjet bygger på bedste viden om behandlingsmulighedernes fordele og ulemper
4. Udformes et design i dialog mellem patienter og sundhedspersoner med henblik på at sikre relevans for begge parter. Det kan være en fordel at tage afsæt i allerede udviklede og afprøvede designs og tilpasse dette til den ønskede sammenhæng
5. Beslutningsstøtteværktøjet skal peer-reviewes og testes af såvel borger/patienter som sundhedspersoner, som ikke har været med i udviklingen af værktøjet
6. Gives anbefalinger for, hvordan det mest hensigtsmæssigt anvendes, udbredes og implementeres i lignende kliniske/sundhedsfaglige sammenhænge.

### **Baggrund**

Fælles beslutningstagning er en proces, der finder sted i mødet mellem borger/patienten og sundhedspersonen, og som leder frem til et valg mellem to eller flere alternativer. Beslutningsstøtteværktøjer er praktiske værktøjer, der kan understøtte denne proces.

Beslutningsstøtteværktøjer skal give patienten/borgeren indsigt i de fordele og ulemper, der kan være forbundet med de forskellige behandlingsmuligheder. Værktøjer skal sikre, at borgerens/patientens præferencer indgår og har indflydelse på det konkrete valg. Samtidig skal værktøjet understøtte, at sundhedspersonen klædes bedre på til at inddrage og indgå i dialog, med patienten.

De konkrete valg kan vedrøre behandlings- og sundhedstilbud, der knytter sig til forebyggelse, undersøgelse, screening, tidlig opsporing, udredning, medicinsk, psykiatrisk og kirurgisk behandling samt indsatser ved rehabilitering og palliation. Valgene skal være præferencefølsomme, dvs. at det ikke er givet, hvad der fra et fagligt synspunkt samlet set er den bedste løsning, da det afhænger af borgerens/patientens værdier og særlige livssituation. Borgerens/patientens præferencer kan være særlig vigtige, når der mangler viden om bedste praksis. Valgene vil typisk være forbundet med betydelige konsekvenser for den enkeltes livskvalitet, funktionsevne og prognose og kan derfor være vanskelige at træffe. Fælles beslutningstagning kan bidrage til at kvalificere, evt. reducere, variation i klinisk praksis.

Et eksempel på et valg kan være en patient med brystkræft, der skal vælge mellem en brystbevarende operation eller at få hele brystet fjernet operativt. Med et beslutningsstøtteværktøj kan formidles: Hvilken viden foreligger om de to behandlingstilbud? Hvad er fordele, ulemper, risici og sandsynlige behandlingsudfald ved de to behandlingstilbud? Med den viden kan patienten reflektere over sine behov og præferencer. Herved får sundhedsperso-

ner også indsigt i patienternes præferencer i forhold til overvejelser og valg af behandling.

Beslutningsstøtteværktøjer erstatter ikke dialogen mellem patienten og sundhedspersonen men bruges til at kvalificere og systematisere dialogen.

Internationalt er der gennem en årrække arbejdet systematisk med at udvikle og bruge beslutningsstøtteværktøjer. Erfaringer og forskningsresultater peger på, at beslutningsstøtteværktøjer øger patienters viden om behandlingsmuligheder, at patienter oplever en bedre kommunikation med sundhedspersoner, at patienter har større viden om fordele og ulemper ved behandling, og at patienter deltager i højere grad i beslutningsprocesser, da vedrører deres egen behandling<sup>3, 4</sup>. Dertil er det vist, at brug af beslutningsstøtteværktøjer kan reducere overbehandling.

Der er flere internationale koncepter/designs, der allerede er afprøvet og som bruges i praksis. Det gælder fx beslutningsstøttekort udviklet af Mayo Clinic og Option Grids udviklet i det engelske sundhedsvæsen. Ligeledes er der erfaringer med it-understøttede værktøjer, hvilket dog kan være omkostningstungt at udvikle. Se eksempler på både danske og internationale værktøjer: <http://vibis.dk/vaerktoejskasse>.

I Danmark er der allerede erfaringer med at udvikle og benytte værktøjer til fælles beslutningstagning, fx projektet, "Det brugerinddragende hospital" og en række andre projekter<sup>5</sup>.

Danske og internationale erfaringer viser, at udvikling, implementering og opnåelse af positive resultater med beslutningsstøtteværktøjer kræver en målrettet og systematisk tilgang<sup>6, 7, 8</sup>. Barrierer for at opnå positive resultater kan være at værktøjerne:

- ikke bygger på borgernes/patienternes præferencer

---

<sup>3</sup> Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (review). The Cochrane Collaboration. Issue 1, 2014

<sup>4</sup> Lee, EO. & Emanuel, EJ. 'Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs'. The New England Journal of Medicine 368:1. Januar 2013

<sup>5</sup> Se <http://vibis.dk/viden/projektdatabase>

<sup>6</sup> Stiggelbout, AM., Van der Weijden, T., De Wit, MPT., Frosch, D., Légaré, F., Montori, VM., Trevena, L. & Elwyn, G. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare

<sup>7</sup> Scholl, I., Loon, M.K., Sepucha, K., Elwyn, G., Légaré, F., Härter & Dirmaier, J. Measurement of shared decision making – a review of instruments. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität (ZEFQ), 105 (2011), 313-324

<sup>8</sup> Joseph-Williams N, Elwyn G et al., Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making, Patient Education and Counseling, 2014.

- ikke understøtter at borgerens/patientens præferencer får indflydelse på valget
- ikke er baseret på den bedste viden om forskellige behandlingsmuligheder
- ikke har et design der giver mening i det konkrete kliniske møde
- ikke er understøttet af en systematisk og prioriteret ledelsesmæssig og sundhedsprofessionel indsats<sup>9</sup>.

Ansøgere til puljen skal tage afsæt i ovennævnte forhold for at bidrage til, at puljens midler målrettet anvendes til at understøtte udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer, der reelt kan pege frem mod positive resultater for såvel borgere/patienter som sundhedspersoner/sundhedsvæsenet.

### **Krav til projekterne**

For at blive vurderet og modtage puljemidler skal projektet og ansøgningen lev op til en række krav og forpligtelser.

### **Målgruppen**

Målgruppen er både borgere og patienter, der skal træffe et valg mellem sundheds- og/eller behandlingstilbud samt sundhedspersoner, der indgår i dialog om dette valg.

### **Krav til projektansøgningernes indhold, hvor ansøger:**

#### **A. Kvalificerer valgsituationen ved at beskrive:**

1. I hvilket omfang valg af sundheds- og/eller behandlingstilbud er vigtigt for patienten/borgeren, jf. baggrundsafsnit
2. Hvilke fordele og ulemper ved sundheds- og/eller behandlingstilbuddene, som kan have betydelige konsekvenser for borgernes/patientens hverdagsliv, funktionsevne, livskvalitet og prognose samt være forbundet med særlige vanskeligheder for borgere/patienter
3. Omfanget af borger/patientpopulation/sundhedspersoner, som beslutningsstøtteværktøjet potentielt kan få betydning for. Beslutningsstøtteværktøjerne skal gerne have betydning for et stort antal borgere/patienter og sundhedspersoner
4. Hvorvidt der er viden om variation i praksis omkring de pågældende valg, herunder dialog og information om disse

---

<sup>9</sup> Joseph-Williams N, Elwyn G et al., Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making, Patient Education and Counseling, 2014.

5. Hvordan valget mellem sundheds- og/eller behandlingstilbud indgår i det samlede borger/patientforløb, herunder hvordan valget fx påvirker og hænger sammen med det videre borger/patientforløb

#### **B. Beskriver og kvalificerer udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer<sup>10</sup>:**

6. Hvordan afdækkes borger/patienters behov for information og støtte til at afklare værdier og præferencer, og hvilken viden kendes allerede?
7. Hvordan afdækkes sundhedspersoners behov ift. dialogen om valget med borger/patienter?
8. Hvordan afdækkes viden/erfaringer om behandlinger og sundhedstilbuds formål, effekt, fordele, ulemper, konsekvenser? Hvordan understøttes det, at beslutningsstøtteværktøjerne er baseret på bedste tilgængelige viden?
9. Udvælge og kvalificere valg af design af værktøjet?
  - Hvordan inddrages borger/patienter/sundhedspersoner i udvikling af design og form af beslutningsstøtteværktøjet?
  - Hvordan afdækkes, om der allerede findes beslutningsstøtteværktøjer, der kan benyttes og tilpasses den ønskede sammenhæng
10. Hvordan bliver værktøjet peer-reviewet af borger/patienter og sundhedspersoner, der ikke har været involveret i udviklingen af værktøjet?
11. Hvordan bliver værktøjet testet af borgere/patienter og sundhedspersoner, som værktøjet er målrettet?
12. Hvordan inddrages relevante faglige/videnskabelige selskaber, patientforeninger mht. at vurdere kvaliteten af værktøjet?

#### **C. Beskriver og kvalificerer, hvordan implementering og udbredelse kan ske:**

---

<sup>10</sup> Beslutningsstøtteværktøjet skal i videst mulig omfang leve op til anerkendte kvalitetskrav, således at de har en kvalitet, der understøtter, at de kan udbredes til relevante arenaer i hele sundhedsvæsenet i DK, jf. IPDAS kvalitetskriterier-  
[http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/ipdas\\_kriterier\\_for\\_bsver\\_4.pdf](http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/ipdas_kriterier_for_bsver_4.pdf),

Her er det et krav, at de seks punkter under ”Har gennemgået en systematisk udviklingsproces” følges, som skal ses i sammenhæng med punkt 6 - 13. De øvrige krav opstillet af IPDAS må bero på konkret faglig vurdering i henhold til det specifikke værktøjs formål og brug.

13. Hvordan den/de udviklede beslutningsstøtteværktøjer udbredes i praksis og understøtter eksisterende praksis, som fx ved at kunne beskrives i forhold til pakkeforløb, kliniske/faglige anbefalinger, forebyggelsespakker
14. Hvordan kan værktøjet integreres i nuværende it-systemer og arbejdsgange hos de involverede parter
15. Hvilke ressourcer, kompetencer og organisering forudsætter det at udbrede og implementere beslutningsstøtteværktøjet til lignende sammenhæng
16. Hvordan faciliteres overgangen fra udvikling til implementering i daglig praksis?
17. Hvordan understøtter ledelsen på forskellige niveauer overgangen fra udvikling til implementering?

### **Betingelser for at modtage støtte**

For at få ansøgningen vurderet skal den opfylde følgende betingelser:

- Indsatsen skal bidrage til at opfylde puljens formål og delmål
- Det skal klart fremgå, hvordan puljens delmål følges, og hvordan projektet følges og evt. justeres i henhold nye erfaringer løbende i projektet
- Projektet skal være et samarbejdsprojekt mellem en eller flere af relevante sygehusafdelinger, almen praksiser, kommunale sundhedsforvaltninger, institutioner med forskere/udviklere, den pågældende borger/patientgruppe samt andre aktører
- Projektledelsen skal være forankret i den sundhedsfaglige/kliniske sammenhænge, hvor værktøjet udvikles og skal bruges
- Den sundhedsfaglige og/eller kliniske enhed, hvor værktøjet udvikles skal stå som hovedansøger for projektet
- Der foreligger en beskrivelse af projektets samarbejdspartnere, særligt ift. snitflader, potentielle risikofaktorer og involvering i udviklings- og beslutningsprocesser
- Der skal vedlægges dokumentation for indgået samarbejdsaftale mellem alle implicerede aktører
- Der nedsættes en styregruppe med repræsentanter med beslutningskompetence fra involverede aktører
- Projektledelsen er forpligtet til at deltage ved et kick off-arrangement og i de netværksmøder, som Sundhedsstyrelsen afholder i projektperioden og ved projektets afslutning
- Projektet er forpligtet til at indrapportere data til og deltage i en evt. tværgående evaluering
- Projektet er forpligtet til at indsende en årlig statusrapport til Sundhedsstyrelsen og regnskab til Sundheds- og Ældreministeriet samt

en slutrapport. Der benyttes skabeloner fra Sundhedsstyrelsen til dette

- Projektet skal påbegyndes senest den 1. juli 2016 og have en varighed på max 1½ år – med afsluttet slutrapport og evt. egen evaluering senest den 1. marts 2018
- Der indgår et detaljeret budget for både puljemidler og evt. egenfinansiering i ansøgningen
- Ansøgningen må maks. fylde 15 sider i Times New Roman str. 12
- Projektet er ved sin afslutning klar til at kunne udbredes til lignende kliniske sammenhænge.

### **Kriterier for udvælgelse af ansøgninger**

Udover ovenfor nævnte betingelser, som skal være opfyldt for modtagelse af støtte, vil Sundhedsstyrelsen vurdere ansøgningerne ud fra følgende kriterier:

- Projektbeskrivelsen indeholder en klar beskrivelse af projektets indhold, mål og proces, som er i overensstemmelse med de ovenfor beskrevne mål, delmål og krav
- Projekter, der målrettet samarbejder med andre lignende kliniske sammenhænge mhp udvikling og test af værktøjet
- Projekter, der på særlig vis kvalificerer beslutningsanledningens og værktøjets potentielle vigtighed samt betydning for borger/patienter/sundhedspersoner og det øvrige sundhedsvæsen.
- Projekter, der kan kvalificere, at det er relevant at udvikle mere end et beslutningsstøtteværktøj i et patientforløb i henhold til en given målgruppe.
- Projektets bæredygtighed og udbredelsespotentiale er sandsynliggjort via projektbeskrivelsen.

Det kan ikke forventes, at eventuelle bilag, udover vedlagte samarbejds- og partnerskabsaftaler, vil blive inddraget i Sundhedsstyrelsens vurdering af projektansøgningerne

### **Puljemidlernes anvendelse**

Midlerne gives til nye indsatser, der skal udvikle og teste beslutningsstøtteværktøjer

Der kan ansøges om midler til:

- Ansættelse og løn til projektleder og projektansatte
- Honorering (løn) af relevante fagpersoner
- Udvikling af metoder/værktøjer og øvrige relevante materialer
- Udgifter i forbindelse med afholdelse af møder og workshops el. lign.

- Kørselsudgifter iht. statens regler
- Egen evaluering af indsatsen
- Slut-revision af projektet

Der kan ikke ansøges om midler til:

- Køb af it-udstyr og andet apparatur, som ikke direkte understøtter værktøjets udvikling og brug
- Aktiviteter og lønmidler, der har karakter af almindelig drift
- Almindelige driftsudgifter

### **Økonomi**

Midler til projektet søges samlet, selvom der udmøntes 25 mio. kr. i 2016, 15 mio. kr. i 2017. Der skal afleveres status primo 2017. På baggrund af denne ydes tilsagn i 2017.

### **Tidsfrister**

Ansøgningen skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest mandag den 11. april 2016. Projektstart er senest 1. juli 2016

### **Ansøgningsprocedurer**

Sundhedsstyrelsens ansøgningskema skal anvendes og udfyldes. Ansøgninger, der ikke er skrevet i ansøgningskemaet, kommer ikke i betragtning.

Ansøgningen sendes *underskrevet*, elektronisk, til [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk) i emnefeltet skrives "Ansøgning – pulje til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer"

### **Yderligere oplysninger**

Sundhedsstyrelsen vil løbende offentliggøre alle spørgsmål og svar på side på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

Spørgsmål vedr. økonomi: Kasper Dahl, tlf.: 72 26 94 54, e-mail: [kda@sst.dk](mailto:kda@sst.dk).

Generelle faglige spørgsmål: Britta Bjerrum Mortensen, tlf.: 72 22 75 11, e-mail: [bbm@sst.dk](mailto:bbm@sst.dk).