

Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner ved en psykiatrisk poliklinikk.

En kvalitativ studie av de ansattes erfaringer



Universitetet
i Stavanger

Helsevitenskapelig fakultet

Master i Relasjonsbehandling: Fordypning innen individualterapi

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Kristin Øyre

Veileder: Jan Olav Johannessen

Dato: Mai 2021

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2021

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Kristin Øyre

VEILEDER: Jan Olav Johannessen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner ved en psykiatrisk poliklinikk.
En kvalitativ studie av de ansattes erfaringer.

Engelsk tittel: Shared decision making when preparing treatment plans in outpatient mental health care. A qualitative study of clinicians' experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Samvalg, alvorlig psykisk lidelse, unge voksne, psykisk helsevern, poliklinikk, ansattes erfaringer

Shared decision making, severe mental illness, adolescent, young adults, mental health care, clinicians experience,

ANTALL SIDER: 57 + Vedlegg

STAVANGER, 21.05.2021

Forord

Denne masteroppgaven setter punktum for et tre år langt masterstudium i relasjonsbehandling ved Universitetet i Stavanger.

Arbeidet med oppgaven har vært spennende og engasjerende, men innimellom har jeg også kjent meg overveldet og forvirret.

Heldigvis har jeg hatt mange gode støttespillere som har holdt meg oppe og heiet på meg når jeg trengte det.

Takk til min veileder Jan Olav Johannessen for uvurderlig hjelp og støtte. Ditt faglige engasjement og din kunnskap har inspirert meg. Du er tydelig, og du har utfordret meg. Læringskurven min har vært bratt, men du har vist vei.

Takk også til Stig Erlend Bjønness ved Universitetet i Stavanger for at du har delt av din kunnskap i forhold til samvalg. Det har vært berikende for arbeidsprosessen.

Informantene fortjener en ekstra stor takk. Uten dere hadde ikke denne studien vært en realitet. Takk for at dere delte erfaringer og refleksjoner.

Og takk til min gode kollega Signy som hjalp meg under intervjuene.

Sist, men ikke minst, må jeg takke min tålmodige mann Tom. Masterstudium ved siden av jobb og familieliv har til tider vært krevende, og uten din støtte hadde dette vært et umulig prosjekt. Takk også til våre tre livlige barn som lokket tankene mine bort fra studier og samvalg.

For en reise dette har vært.

Storhaug, mai 2021

Kristin Øyre

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
1 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Temaets relevans og tidligere forskning	6
1.3 Tidligere forskning, litteraturgjennomgang	7
1.4 Studiens formål og presentasjon av problemstilling	11
1.5 Konteksten -kort presentasjon av poliklinikken	13
1.6 Oppgavens disposisjon	13
1.7 Begrepsavklaring og avgrensning	14
2 Teoretisk rammeverk	15
2.1 Biopsykososial forståelsesmodell og stress – sårbarhetsmodell	15
2.2 Litt om recovery - historisk tilbakeblikk, kunnskapsgrunnlag og forståelse	15
2.3 Brukermedvirkning	17
2.4 Empowerment	18
2.5 Samvalg	19
3 Relasjonell kompetanse og holdningers betydning for den terapeutiske prosess	21
4 Metode og metodiske overveielser	23
4.1 Studiens vitenskapsteoretiske ståsted	23
4.1.1 Fenomenologi	24
4.1.2 Hermeneutikk	25
4.2 Min forforståelse	26
4.3 Metodevalg og forskningsdesign	27
4.3.1 Kvalitativ metode	27

4.3.2	Fokusgruppeintervju	28
4.3.3	Utvalg og informanter	29
4.3.4	Formell godkjenning av forskningsprosjektet	30
4.3.5	Intervjuguide	31
4.3.6	Praktisk gjennomføring av intervju	31
4.3.7	Transkribering	32
4.4	Dataanalyse	32
4.4.1	Steg 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet.....	33
4.4.2	Steg 2: Utarbeide koder	33
4.4.3	Steg 3: Lete etter tema.....	33
4.4.4	Steg 4: Kritisk gjennomgang av tema	34
4.4.5	Steg 5: Definer og navngi tema	34
4.4.6	Steg 6: Produsere rapport	34
4.5	Validitet, reliabilitet og etiske refleksjoner.....	35
4.5.1	Validitet og reliabilitet	35
4.5.2	Etiske refleksjoner	35
5	Presentasjon av funn	37
5.1	Samvalg – gammel vin på nye flasker?	37
5.2	Opplæring -noe nytt under solen?	39
5.3	Holdninger	40
5.3.1	Behandling er en dans, men hvem skal føre an?.....	40
5.3.2	Relasjon før metode:.....	42
5.3.3	Kunde, klient eller pasient?	43
5.4	Samvalg i praksis.....	45
5.4.1	Rom og tid for samvalg -organisatoriske rammebetingelser	45
5.4.2	Delt beslutningstaking fordrer også delt risikotaking.....	47

6	Diskusjon og implikasjoner	49
6.1	Metodediskusjon, reliabilitet og validitet	49
6.2	Samvalg i praksis -et rom for vekst	50
6.2.1	Opplæring i samvalg som arbeidsform.....	50
6.2.2	Samvalg – de ansattes forståelse av metoden	51
6.2.3	Samvalg i praksis	53
6.2.4	Relasjon før metode -de ansatte holdninger.....	54
6.3	Konklusjon	56
6.4	Implikasjoner for praksis.....	57
	Referanser	58

Vedlegg

- 1 Godkjenning fra personvernombudet
- 2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema
- 3 Intervjuguide
- 4 Avtale om båndlegging av mastergrad

Sammendrag

Bakgrunn: Det ligger klare føringer både rettslig og politisk for at pasienter skal sikres medbestemmelse i forhold til egen helse og behandling. Samvalg er en arbeidsform som har til hensikt å ivareta, forbedre og kvalitetssikre pasienters helsetjenestetilbud. I en beslutningsprosess hvor samvalg tas i bruk skal pasient og behandler sammen komme frem til, og treffe beslutninger, i forhold til mulige utrednings- og behandlingstilnærminger. Samvalg som systematisk arbeidsform er i varierende grad gjort kjent og tatt i bruk i klinisk praksis.

Hensikt: Studien har hatt som formål å se nærmere på hvordan helsepersonell ved en psykiatrisk poliklinikk erfarte opplæring og implementering av samvalg som arbeidsform under utarbeidelse av behandlingsplaner, og om det kunne føre til en holdnings- og praksisendring hos de ansatte.

Metode: Kvalitativ studie med et fenomenologisk forskningsdesign. Datainnsamling fra to fokusgruppeintervjuer med til sammen 7 informanter, med tematisk tekstanalyse som metode.

Kontekst og informanter: Studien fant sted ved en psykiatrisk poliklinikk som utreder og behandler unge mennesker i alderen 15-30 år med alvorlige psykiske lidelser, primært i psykosespekteret. De ansatte som deltok i studien tilhørte yrkesgruppene klinisk sosionom, psykologspesialist og psykiatrisk sykepleier.

Resultat: Studien viste at de ansatte var skeptiske til implementering av samvalg som arbeidsform da den først ble presentert. De anså først arbeidsformen som en formalprosedyre og et merarbeid i en allerede travel klinisk hverdag. Skepsisen har imidlertid avtatt, og de individualterapeutene som tok arbeidsformen i bruk opplevde samvalg som en inngang til fruktbare samtaler som stimulerte til engasjement hos pasientene.

Studien viste også at samvalg kan fremme gode holdninger og stimulere til et respektfullt pasientsyn med henblikk på autonomi og mestring.

Abstract

Background: There are clear guidelines, both legally and politically, to ensure patients' rights to participate in decisions related to their own health and treatment. Shared decision making is a method that aims to ensure that patients receive a high quality health care services. In a process where shared decision making is used, the patient and clinician cooperates to reach a common decision related to possible treatment options. There is a varying degree of knowledge and systematic use of shared decision making in mental health care clinics.

Purpose: The objective of this study was to explore how clinicians working with mental health care experienced training and implementation of shared decision making as a method in treating mental illness. And also, if it could facilitate a change in the perspective of the clinicians and the treatment methods used.

Methods: Qualitative study with a phenomenological approach. Information/Data was gathered from two separate focus group interviews, consisting of 7 participants. The study uses a thematic analysis method.

Setting and participants: The study took place at a mental health care outpatient clinic that treats adolescents and young adults, aged 15-30 years, with severe mental illness. The clinicians participating in the study consisted of social workers, psychiatric nurses and psychologists.

Conclusion: The study showed that the clinicians were hesitant to the implementation of shared decision making when it was first presented. It was considered as a formality that only added workload to an already busy schedule. However, the scepticism has diminished, and clinicians who embraced the method of shared decision making experienced it as an enabler for improved communication with patients as well as increased involvement in their own treatment plan. The study also showed that shared decision making promotes person centred therapy, focusing on autonomy and empowerment.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det psykiske helsetilbudet i Norge har i de siste tiår gjennomgått store endringer. Norske myndighetene har vedtatt opptrappingsplaner og endringer som alle har hatt til hensikt å sikre en god og helhetlig helsetjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Samtlige av disse statlige styringsdokumentene har vært opptatt av å styrke pasientenes autonomi, og stimulere til brukermedvirkning både på system- og individnivå (Karlsson og Borg, 2013:20).

Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* (1996-97), etterfulgt av stortingsproposisjon nr. 63 *Om opptrappingsplan for psykisk helse* (1997-98) la føringer for en storstilt satsing innenfor psykiske helsevern i perioden 1998-2008. Hensikten med denne opptrappingsplanen var å styrke oppfølgingen både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppfølging og hjelp skulle gis nærmest mulig pasientens hjem. Det ble derfor gjennomført en desentralisering med etablering av distriktpsikiatriske senter og samtidig styrking av de kommunale tjenestene. Det ble også lagt føringer for en omfattende kompetanseheving av de som skulle utøve helsehjelpen. I tillegg ble det pekt på at alle pasienter skulle sikres individuelt tilpassede behandlingsløp som skulle bygge på faglig anerkjente prinsipper, ha dokumentert effekt og være av tilfredsstillende kvalitet. Det ble også presisert at pasienten skulle trekkes aktivt med i behandlingen.

I perioden 2018 – 2020 ble de ulike pakkeforløpene for psykisk helse og rus innført. Pakkeforløpene har til hensikt å øke brukermedvirkning, fremme sammenhengende og koordinerte pasientløp uten unødig ventetid. Pakkeforløpene skal også sikre pasienter et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, og samtidig sikre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (Helsedirektoratet 2018:3).

Pasienters rett til medvirkning er også blitt forankret juridisk, med de rettigheter det gir til pasienten og de forpliktelser det gir til helsearbeideren.

I henhold til pasientrettighetsloven §3.1 har pasienten rett til å aktivt medvirke ved valg av forsvarlige behandlingsmetoder og undersøkelser. Det skal legges stor vekt på pasientens preferanser, og behandlingen skal så langt det lar seg gjøre utformes i samarbeid med pasienten. Videre sier loven at pasienten skal gis tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og i hva behandlingen består av med mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Brukermedvirkning er etter hvert blitt et anerkjent begrep. Det pekes imidlertid på at i ordet brukermedvirkning ligger det en forventning om at brukere av helsetjenesten skal medvirke i valget, men implisitt at den som yter helsehjelpen er den som er ansvarlig for hjelpen, og videre er den som beslutter hvilken behandling som skal gis. Det tas derfor til orde for at det er behov for en markering av et likeverd mellom bruker og behandler, og i den anledning er samvalg introdusert som begrep og arbeidsmetode. På engelsk blir samvalg omtalt som «shared decision making» (Rogan, 2014).

Samvalg blir av Hoffmann og medarbeidere (2014) definert som en arbeidsform hvor behandler og pasient sammen treffer valg i forhold til behandlingstilnærming. Valget skal treffes etter at helsepersonell har presentert de ulike behandlingstilnæringene som finnes for det gitte problemet. Helsepersonell og pasient skal sammen identifisere og drøfte fordeler og ulemper ved de ulike intervensjonene for deretter å treffe et valg som tar hensyn til pasients verdier og preferanser. Det skal også tas høyde for andre omstendigheter som kan være av betydning for valget.

Flere tar til orde for at samvalg ses på som en personsentrert samhandling hvor den unike pasientens kunnskap, preferanser og mål blir tillagt verdi i utformingen og utøvelsen av helsehjelpen (Beyene mfl. 2018; Bjønness mfl. 2020; James og Quirk 2017).

Grunnprinsippet innen samvalgstenkingen er en felles forståelse i forhold til hva som er helseproblemet. Enkelte ganger kan imidlertid en slik fellesforståelse være vanskelig å finne, og da spesielt innenfor det psykiske helsevern. Et eksempel det vises til er

tilfeller hvor pasienten grunnet sin psykiske grunnlidelse har en begrenset evne til å ta egne valg eller inngå i egne avgjørelser (Hamann mfl. 2009).

Det er imidlertid bred enighet fra helsepolitisk hold om å prioritere samvalg som arbeidsmetode i klinisk praksis.

Regjeringen legger gjennom Nasjonal Helse- og sykehusplan (2020 – 2023) føringer for hvordan helsehjelpen innenfor spesialisthelsetjenesten skal utformes og utføres. Samvalg blir i planen fremholdt som et ideal når beslutninger skal fattes i forhold til behandlingsintervensjoner. Samvalg som arbeidsform skal stimulere til at pasienten får medvirke til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. En forutsetning skal være at pasienten gis utfyllende og tilpasset informasjon om sin helsetilstand, hvilke behandlingsmetoder som finnes og tilbys, samt forventet effekt og evt. bivirkninger og risikoer forbundet med behandlingen. Det presiseres imidlertid at helsehjelpen som velges alltid skal være forsvarlig og at samvalg ikke skal være ensbetydende med at pasienten alltid har rett. Arbeidsformen skal sikre at helsepersonell har kunnskap om pasientens preferanser og verdier, og at behandlingen skreddersys den enkelte pasient og dens livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

For barn og unge med psykiske vansker ligger det også politiske føringer rettet mot å stimulere til brukermedvirkning og samvalg. Ifølge Stortingsproposisjon nr. 121 S *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019 – 2024)* skal barn og ungdom sikres medbestemmelse i behandling og oppfølging. Det presiseres i planen at informasjonen og grad av medbestemmelse skal være tilpasset den enkeltes alder og forutsetninger. Også foreldrene skal sikres samme rett, men det skal hensyntas dersom barnet eller ungdommen av ulike årsaker vil reservere seg mot foreldremedvirkning. Det vises da til unntaksbestemmelsen i lov om pasientrettigheter (1999) §3-4, andre og tredje ledd. Regjeringen sier videre at samvalgsverktøy må utvikles og tas i bruk i tjenestene, og at de enkelte helseforetak og evt. kompetansesenter har et ansvar for å realisere dette (Prop. 121 S (2018–2019) 2019).

Rogan (2014:18) understreker behovet for endring i utførelse av helsehjelpen og refererer til hva pasienter og pårørende gjennom sine interesseorganisasjoner sier. Pasienter har benyttet følgende formuleringer for å beskrive hvordan de ønsker å bli

møtt når de søker hjelp for sine psykiske vansker: «fra mottaker til deltaker» og «det handler om å gjenvinne kontrollen over eget liv». De pårørende på sin side har sagt: «vi vil være en del av løsningen, ikke en del av problemet».

Kritiske røster har hevdet at helsepersonell har hatt en tendens til å innta en ekspertrolle preget av paternalistiske holdninger. En har imidlertid sett en tydelig dreining mot en helsetjeneste som tilrettelegger for autonomi og medbestemmelse (Hummelvoll og Dahl 2004).

Autonomi og empati blir fremholdt som viktige aspekter i enhver pasientbehandling, men at dette er noe nytt og revolusjonerende som helsearbeidere kun har vært opptatt av de siste årene yter ikke tidligere helsearbeidere rettferdighet.

Den danske psykologen og filosofen Søren Kirkegaard satte på 1800-tallet dette på agendaen når han beskrev forutsetninger for hjelpekunsten med følgende ord (Pedersen 2007):

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpkunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Søren Kirkegaard (1813-55)

Med Kirkegaards ord som bakteppe vil det nå ses nærmere på hvorfor samvalg som arbeidsform anses relevant i dagens helsetjeneste.

1.2 Temaets relevans og tidligere forskning

Det ligger klare føringer, både rettslig og politisk, for at samvalg bør tas i bruk slik at pasienter i størst mulig grad kan være delaktige i valg omkring egen helse og behandling. Det foreligger imidlertid ingen klare føringer for hvordan opplæringen og implementeringen bør se ut. Dette ansvaret er lagt til de ulike helseforetakene, og opplæring og implementering av samvalg arter seg derfor ulikt i de ulike helseforetakene (Prop. 121 S (2018–2019) 2019; samvalg.no).

Siden samvalg relativt nylig er definert som en arbeidsform har helsepersonell begrenset kunnskap om denne spesifikke metoden fra sine grunnutdanninger. Kienlin mfl. (2020) peker derfor på at det er behov for en kompetanseheving gjennom utdanningsinstitusjonene. Parallelt bør det gis opplæring i arbeidsformen til helsepersonell i klinikkene.

Flere studier har undersøkt implementering av samvalg i klinisk praksis. De peker på at opplæring i samvalgsverktøy er viktig i implementeringsprosessen, men sier at det også kreves en holdnings- og kulturendring hos helsepersonell (Bjønness mfl. 2020; Hayes mfl. 2019; Schön mfl. 2018; Slade 2017).

Med denne studien håper jeg å kunne tilføre noe mer kunnskap om hvordan helsepersonell ved en poliklinikk har erfart opplæring og bruk av samvalg under utarbeidelse av behandlingsplaner, og om det kan identifiseres en holdnings- og praksisendring hos de ansatte.

For å kunne forstå og belyse studiens tematikk har jeg sett på hva norsk og internasjonal forskningslitteratur har sagt om ansattes erfaringer og forståelse av samvalg i helsetjenester.

1.3 Tidligere forskning, litteraturgjennomgang

Jeg gjorde et litteratursøk i forskningsdatabasen PsycInfo, med søkeordene therapist/health personnel/psychotherapist/psychologist attitudes og shared decision making.

I tillegg ble jeg av min veileder, ulike kollegaer ved Stavanger Universitetssjukehus, samt en doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger gjort oppmerksom på relevant litteratur og nye forskningsartikler publisert på området.

I det videre presenteres et utvalg av aktuell forskning på området:

Slade (2017) publiserte en kunnskapsoppsummering som så på implementering av samvalgsrutiner innenfor psykisk helsevern. Slade pekte på at samvalg fordret etiske, kulturelle så vel som metodiske endringer innenfor psykisk helsevern. Forskning viste mangel på samvalgsverktøy som kunne støtte pasienten i valgsituasjoner. Pasienter

forventet i stadig større grad å bli møtt som medborgere med tilhørende rettigheter, noe som fordret en holdnings- og kulturendring hos helsepersonell. Samvalg er en rettighet pasienter har, men helsepersonell må samtidig balansere dette opp mot hva som er god klinisk praksis. Slade belyste dette ut fra de fire prinsippene innenfor medisinsk etikk hvor autonomi og rettferdighet settes opp mot det å gjøre godt og ikke skade.

De fire etiske grunnprinsipper Slade henviser til er utarbeidet av filosofen Tom L. Beauchamp og teologen James F. Childress i 1979. Siden har prinsippene gjennomgått flere revisjoner, men er stadig gjeldene som en forståelsesramme i forhold til hvordan helsehjelp bør utøves. Prinsippene betegnes i dag som normer, og normene har til hensikt å veilede i moralske problemstillinger helsepersonell møter i kliniske praksis. En kort og forenklet definisjon på de fire prinsippene er som følger (Beauchamp og Childress 2019):

1. *Respekt for autonomi* - en norm som skal respektere den autonome personens evne til å ta beslutninger i eget liv.
2. *Ikke skade* – en norm for ikke å gjøre skade i pasientbehandling.
3. *Velgjørenhet* – normer for å gjøre godt i lys av nytte balansert opp mot risiko og kostnad.
4. *Rettferdighet* – normer som har til hensikt å fordele nytte, risiko og kostnad på en rettferdig måte.

En mixed-method studie så nærmere på implementering av samvalg og samvalgsverktøy ved seks ulike behandlings- og rehabiliteringsenheter i Sverige. Studien pekte på utfordringer relatert til hvordan helsepersonell vurderte pasienters evne til å gjennomføre samvalg basert på helsetilstand og kognitive evner. Studien så også utfordringer relatert til hvor positivt innstilt den gitte behandlingsenhet var i forhold til det å øke pasienters brukermedvirkning. Den pekte også på viktigheten av å rekruttere lokale ressurspersoner som hadde fått opplæring i samvalgsmetodikk. Videre at en vellykket implementering fordret ledelsesforankring, og at det ble bevilget ressurser og avsatt tid til samvalsarbeidet. Studien konkluderte også med at konkrete verktøy var nyttige for implementering av samvalg i en behandlingsenhet (Schön mfl. 2018).

Hayes (2019) så nærmere på hva som hemmet og fremmet samvalgsprosesser innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Storbritannia. Studien tok i bruk verktøyet Theoretical Domains Framework (TDF), et verktøy som har til hensikt å identifisere det som fremmer og hemmer implementering av nye metoder, her samvalg. Studien bekreftet først og fremst eksisterende forskning innenfor feltet, men hevdet også å ha gjort enkelte nye og supplerende funn. Den viste at helsepersonell som på en god måte evnet å romme pasienten og foreldres følelser fremmet en samvalgsprosess. I situasjoner hvor samvalgsprosessen ble vanskelig viste det seg positivt å drøfte problemstillingen med kollegaer. Også denne studien viste at de ansatte hadde vansker med å forstå begrepet samvalg og hva det innebar, noe som vanskeliggjorde bruken og implementeringen. Informantene i studien uttrykte også bekymring for at pasienter i en samvalgsprosess kunne takke nei til effektive behandlingsintervensjoner, som videre kunne føre til en forverring av tilstand.

En norsk studie fra 2020 fra Sykehuset Innlandet så nærmere på helsearbeideres erfaring med samvalg i beslutningsprosesser hos pasienter med psykoseproblematikk. Studien var kvalitativ med bruk av fokusgrupper hvor totalt 18 helsearbeidere ble rekruttert. De jobbet både med inneliggende og polikliniske pasienter.

Funnene i studien konkluderte med at helsearbeidernes forståelse av samvalg var varierende i forhold til definisjonen som var brukt i eksisterende forskningslitteratur. Helsearbeiderne mente at pasienter med psykoselidelser hadde begrensede evner til å delta aktivt i beslutningsprosesser omkring egen behandling. Studien konkluderte med at ansatte var i behov for økt teoretisk og praktisk opplæring i samvalg (Haugom mfl. 2020).

Zisman-Ilani og medarbeidere (2021) hevdet i sin forskning at samvalg var lite utbredt i behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. De mente grunnen til lite bruk av samvalg bunnet ut i pasienters manglende evne til å gjennomføre samvalg, men også at helsepersonell vegret seg for å ta i bruk arbeidsformen, samt at helseorganisasjonene ikke stimulerte til implementering av samvalg. Spørsmål som ble reist i denne artikkelen var hvorvidt samvalg, eller delt beslutningstaking, også innebar delt risikotaking mellom behandler og pasient. For å kunne øke bruk av samvalg i behandling av mennesker med alvorlig psykiske lidelser hevdet forskerne at en forutsetning var at behandlere og

helseorganisasjon sa seg villig til å erkjenne, og vurdere, de risikoer som var forbundet med behandlingen. Videre pekte de på at det var enklere å ta i bruk samvalg i spørsmål som omhandlet f.eks. jobb og utdanning, i motsetning til spørsmål omkring f.eks. medisiner, dette fordi spørsmål omkring medisiner var forbundet med en større risiko. Forfatterne anbefalte at helsepersonell og pasient sammen burde identifisere og drøfte risikoer forbundet med valgene, samt pasientens mulighet til å inngå i det spesifikke valget. De foreslo også å utvide samvalg eller delt beslutningstaking, til også å innebefatte delt risikotaking. De hevdet at denne utvidelsen ville stimulere til økt bruk av samvalg innenfor psykisk helsevern. Samvalg, slik det praktiseres i dag, baserer seg i stor grad på bruk av verktøy som forskerne i denne studien hevdet mangler risikoaspekter.

Psykiske lidelser er i stor grad de unge menneskers lidelse. Hele 75 % av mennesker med en alvorlig psykisk lidelse debuterer med alvorlige psykiske symptomer før fylte 25 år. Mange av disse har også i tenårene hatt det som klassifiseres som lettere psykiske symptomer som angst, depresjon og konsentrasjonsvansker (Johannessen og Joa, 2021).

I møte med unge mennesker med psykiske vansker kan samvalgstenkingen by på ytterligere utfordringer, dette har en norsk studie fra 2020 sett nærmere på.

Bjønness og medarbeidere (2020) undersøkte helsearbeideres syn og holdninger i forhold til brukermedvirkning og samvalg i barne- og ungdomspsykiatrien. Studien benyttet fokusgruppeintervju og rekrutterte 15 informanter fra 5 ulike sykehus. Studien demonstrerte viktigheten av å opprette gode strategier for opplæring i samvalgsmetode. Det krevdes en kulturendring blant de ansatte, og at denne kulturendringen burde ha ledelsesforankring. Ledere på sin side ga uttrykk for at klinikere og behandlere hadde en motstand mot denne måten å jobbe på, og motstanden baserte seg mye på at brukerrepresentanter (i denne studien Forandringsfabrikken) hadde etterlyst mer kjærlighet i relasjon til sin behandler. Dette opplevde enkelte ansatte vanskelig i forhold til at deres profesjonelle identitet og rolle ble utfordret. Andre ansatte mente tvert imot at samvalg tilførte mer profesjonalitet inn i behandlerrollen da det krevde økt bevissthet og kunnskap. Studien pekte videre på

viktigheten av å ha på plass gode rutiner for økt pasientdeltagelse i valgsituasjoner. Videre hevder forfatterne at informasjon om samvalgsmetodikk og denne måten å organisere innleggelse og behandling på burde fremmes før selve innleggelsen, samt at pasienten burde delta på møter omhandlende egen behandling. De peker også på at samvalg i møte med ungdom er ekstra krevende relatert til ungdomsopprør og den rivende utviklingen enhver ungdom er i. Forfatterne sier også at ungdom i mindre grad søker hjelp for sine psykiske vansker og har et uttalt behov for autonomi og selvstendighet. Dette fører til uforutsigbare behandlingsforløp med høy risiko for at de avbryter behandlingen. Det fremheves at behandling av unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ekstra utfordrende i forhold til brukermedvirkning, og at samvalg må brukes i varierende grad i møte med den enkelte.

En britisk litteraturstudie (2021) har sett på bruk av samvalg i medikamentell behandling av pasienter diagnostisert med schizofreni og psykoselidelser. Pasienter som får foreskrevet antipsykotisk medikasjon har uttrykt at de ikke har opplevd et reelt valg ift. medisinerings. Studien identifiserer interesseforskjeller hos behandlende lege og pasienten selv ift. ønsket måloppnåelse av medisinerings. Behandlende lege vil ofte prioritere en reduksjon av symptomer, mens pasientene ønsker en reduksjon i dose med mål om mindre bivirkninger og økt livskvalitet. Studien har tatt utgangspunkt i Charles` (1997) fire kjennetegn som beskriver en samvalgsprosess, og har videre sett på hva som kan hindre samvalg i forhold til medikamentell behandling av denne pasientgruppen. Studien har identifisert barrierer og hindringer, for så å foreslå enkelte endringer som kan fremme samvalg. Det å legge til rette for en ny start i forhold til medisinerings blir sett på som viktig (Grünwald og Thompson 2021).

1.4 Studiens formål og presentasjon av problemstilling

Ved en psykiatrisk poliklinikk for unge voksne på Stavanger Universitetssjukehus ble det i perioden juni 2018 – august 2019 gitt opplæring av helsepersonell i samvalg som arbeidsmetode. Opplæringen var del av et kvalitetsutviklingsprosjekt med mål om å øke pasientenes deltagelse i utforming av egen behandling. I kvalitetsutviklingsprosjektet ble det først nedsatt en intern arbeidsgruppe som satte seg inn i metodikken og utarbeidet et opplæringsprogram. Prosjektet ble ledet og koordinert av en

psykologspesialist ved poliklinikken, og bestod i tillegg av to brukerrepresentanter, tre sosionomer og en psykologspesialist.

Den interne samvalgsopplæringen som ble gitt de ansatte var som følger:

Obligatorisk internundervisning i hva samvalg er (dags-seminar). Undervisningen ble gitt av en innleid fagperson fra Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge med spisskompetanse på metoden. Samtlige 20 individualterapeuter, samt leder og merkantilt personell deltok på denne undervisningsdagen.

Alle individualterapeuter ble oppfordret til å filme en reell samvalgssamtale med en pasient med påfølgende veiledning fra samme innleide fagperson fra Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. 18 av 20 benyttet seg av dette tilbudet.

Hver fjerde uke i perioden juni 2018 – august 2019 stod samvalg og utarbeidelse av behandlingsplaner som agenda på poliklinikkens internundervisning. Da var det gruppediskusjoner, rollespill, E-læringsprogram i plenum og gjennomgang av samvalgsverktøy som var tilgjengelig på HelseNorge.

Det ble også arrangert en plenumsdebatt hvor samvalg ble diskutert og belyst fra ulike ståsted. I debatten deltok en brukerrepresentant, poliklinikkleder, doktorgradsstipendiat fra Universitetet i Stavanger med kompetanse på samvalg og leder for prosjektgruppen.

Jeg er selv ansatt som individualterapeut ved denne poliklinikken, og har i perioder også vært med i prosjektgruppa. Det siste året har jeg trukket meg tilbake fra arbeidet i prosjektgruppa for ikke å ha en dobbeltrolle og ikke komme i interessekonflikt i forbindelse med denne studien. Dette vil jeg komme nærmere inn på når studiens kvalitet og metode blir diskutert.

De ansatte ved poliklinikken ble etter samvalgsopplæringen oppfordret til å ta i bruk arbeidsmetoden når det skulle utarbeides behandlingsplaner i tråd med pakkeforløpenes retningslinjer. De ansatte hadde mange meninger og tanker omkring samvalg som metode, og det var flere ganger oppe til diskusjon om arbeidsformen var til hjelp eller ei. Målet med denne studien var derfor å se nærmere på hvorvidt opplæring i samvalg som arbeidsform kunne føre til en praksis-, og eventuell holdningsendring hos de ansatte ved en psykiatrisk poliklinikk.

Jeg har ut fra dette valgt følgende forskningsspørsmål:

Hvordan erfarte de ansatte opplæringen og oppfordringen om å ta i bruk samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner?

For best å finne svar på forskningsspørsmålet ønskes følgende underspørsmål belyst:

- ***Førte opplæringen til en holdningsendring, eventuelt hvordan?***
- ***Førte opplæringen til en endring i praksisutøvelse, eventuelt hvordan?***

For å belyse problemstillingen valgte jeg å gjøre en kvalitativ undersøkelse. Jeg vurderte ulike intervjuformer, men konkluderte med at jeg ønsket å samle inn mine data ved hjelp av fokusgruppeintervju.

I følge Malterud (2017:138) er fokusgruppeintervju en egnet datainnsamlingsmetode dersom en ønsker å se nærmere på erfaringer, holdninger og synspunkter som finnes i en gruppe.

1.5 Konteksten -kort presentasjon av poliklinikken

Undersøkelsen ble utført ved en poliklinikk som utreder og behandler unge mennesker i alderen 15-30 år, hvor det mistenkes eller bekreftes alvorlig psykisk sykdom i psykosespekteret. Poliklinikkens behandlingsteam er tverrfaglig sammensatt og består av følgende profesjoner: psykiatrisk sykepleier, psykologspesialist, LIS-lege, sosionom, psykiater og musikkterapeut.

1.6 Oppgavens disposisjon

I det **første kapitlet** presenteres bakgrunn for valg av tema og studiens problemstilling. Det vises også til forskning omkring temaet.

I det **andre kapitlet** presenteres aktuell teori i forhold til recovery, brukermedvirkning og samvalg.

I det **tredje kapitlet** presenteres teori som tar for seg den terapeutiske prosess i lys av relasjonell kompetanse og helsepersonells holdninger.

I det **fjerde kapitlet** presenteres studiens vitenskapsteoretiske ståsted og metode.

I **det femte kapitlet** presenteres forskningsfunnene ved hjelp av sitater som belyser den tematikken som er undersøkt.

I **det sjette kapitlet** drøftes studiens forskningsfunn opp mot aktuell teori og litteratur.

Her vil det også finnes en refleksjon omkring studiens relevans og hvorvidt den kan legge føringer for videre praksis, evt. peke på aspekter hvor det er behov for ytterligere kunnskap.

1.7 Begrepsavklaring og avgrensning

Ansatte brukes for å benevne de som arbeider ved poliklinikken hvor studien har funnet sted. Det blir også benyttet andre begreper som behandler, terapeut, individualterapeut, psykisk helsearbeider, fagfolk, helsepersonell, kliniker og hjelper. Begrepene brukes om hverandre.

Begrepet pasient blir i hovedsak benyttet når det vises til individene som mottar helsehjelpen. I studien tas også begrepene bruker, menneske, individ, klient og kunde i bruk og viser til det samme.

Samvalg er begrepet som hovedsakelig blir brukt i denne studien, men innimellom benyttes også samvalgsmetode, felles beslutningstaking, «shared decision making» og delt beslutningstaking. De har alle samme betydning.

I avhandlingen blir videre studie, masteroppgave og undersøkelse brukt om hverandre, men også de har samme betydning.

2 Teoretisk rammeverk

Hvordan en forstår psykisk sykdom er sentralt også for å vite hvordan psykiske lidelser bør behandles. I det videre vil derfor to modeller presenteres med hensikt å tjene som en forståelsesramme.

2.1 Biopsykososial forståelsesmodell og stress – sårbarhetsmodell

Den biopsykososiale forståelsesmodellen ble utarbeidet og presentert av den amerikanske psykiateren George Libman Engel (1913-1999) i 1977. Modellen tjener som et rammeverk for å forstå kompleksiteten i hva som kan fremme helse, men også hva som kan skape sykdom. Den søker å tydeliggjøre kompleksiteten i det å være et menneske, og hvordan vårt biologiske utgangspunkt, våre psykiske egenskaper sammen med de sosiale forholdene vi er en del av, former helsen vår. I den biopsykososiale modellen pekes det på viktigheten av å forstå pasienten og fortolke sykdomsbildet inn i konteksten. (Fugelli og Ingstad 2016:199)

I samme tidsperiode ble stress- sårbarhetsmodellen introdusert av Joseph Zubins og Bonnie Springs (1977). Denne modellen integrerer psykologiske, biologiske og sosiale faktorer i å forklare hvorfor sykdom oppstår. Modellen tjener som et verktøy for å identifisere hva som fremmer og hemmer sykdom hos det enkelte individ. I tillegg tar modellen inn miljømessige stressorer som oppvekst, traumer, livshendelser osv. De siste årene er det også forskningsfunn som indikerer at genetiske og biologiske markører fra f.eks. tiden i mors liv kan påvirke sårbarheten for å utvikle psykose. Stress-sårbarhetsmodellen vises til i de nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. (Helsedirektoratet 2013; Johannessen og Joa 2021)

2.2 Litt om recovery - historisk tilbakeblikk, kunnskapsgrunnlag og forståelse

Recovery blir i litteraturen ofte betegnet som det å komme seg eller den enkelte pasients bedringsprosess. Recovery er en filosofi eller en holdning som vektlegger muligheter i bedringsprosessen (Strømstad, Torbjørnsen, og Aasland 2018:62).

Som begrep ble recovery første gang omtalt på 1950-tallet i USA etter at minoriteter og mennesker som levde under dårlige kår gjorde opprør og opponerte mot urett og undertrykkelse. Aktivister og selvhjelpsgrupper så til recovery-tenkningen, og krevde en holdningsendring i forhold til hvordan en så på mennesker med psykiske vansker. Recovery ble derfor en mulig alternativ måte å forstå og behandle psykisk sykdom på (Karlsson og Borg 2017).

Det finnes ikke en norsk betegnelse for recovery, men på svensk er det oversatt til «återhentning» og på dansk til «å komme seg». Det engelske ordet har imidlertid fått fotfeste i det norske språket, og anses kjent i fagmiljøer innenfor psykisk helsearbeid. I norsk litteratur blir det enkelte ganger oversatt til bedringsprosess eller «gjenvinning» (Borg og Topor 2007:15; Pedersen 2014:100).

Siden det ikke finnes noe etablert norsk ord vil jeg i denne studien benytte det engelske ordet recovery som også brukes i norsk faglitteratur.

Recovery handler om å enten bli frisk fra alvorlig psykisk lidelse, det vi kan kalle *symptomlette*. Alternativt, å finne strategier for å håndtere livet på slik at sykdommens symptomer ikke dominerer individets daglige fungering, *økt livskvalitet* til tross for symptomer.

Psykologen Patricia Deegan, som også har egenerfaring ved at hun har en behandlingstrengende psykisk sykdom, forstår recovery som en prosess hvor personen til tross for sin psykiske sykdom blir positivt selvhevdende i eget liv. Personen inntar en aktiv rolle i eget liv og egen tilfriskning i form av å håndtere symptomer så vel som eget hverdagsliv (Borg og Topor 2007:20).

Også Bøe og Thomassen (2007:83) henviser til Deegan, og skriver at det er avgjørende at det er den syke selv som aktivt styrer sin egen bedringsprosess, og aktivt velger dem som skal hjelpe i prosessen.

En forutsetning for en recovery-orientert behandlingstilnærming er at pasienter får medvirke i egen behandling, og jeg vil i det videre derfor redegjøre for begrepet brukermedvirkning.

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har blitt løftet opp og satt i system både internasjonalt og i Norge. Norske helsemyndigheter beskrev brukermedvirkning som et ideal i utførelse av helsehjelp i Nasjonal helseplan 1987-88 (Sosialdepartementet 1988).

Brukermedvirkning har senere blitt trukket fram i flere stortingsmeldinger og helsepolitiske utredninger, og blir sett på som et viktig verdigrunnlag for utforming av helsehjelpen på lik linje med autonomi, likeverd og vern av personlig integritet (Storm, Rennesund, og Jensen 2009:18).

Medvirkning i egen behandling er nå lovfestet og skal sikre at pasienter og pårørende får delta i utforming av behandlingsforløp. Men like viktig forplikter det til at helsepersonell legger til rette for og stimulerer til at pasienter og pårørende får medvirke i utforming av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999; Psykisk helsevernloven 1999).

I likhet med recovery er det også ved brukermedvirkning meningsfullt å differensiere mellom medvirkning på individnivå og medvirkning på systemnivå. En snakker hovedsakelig om individnivå når pasienter eller pårørende medvirker aktivt i valg av behandling, mens en snakker om medvirkning på systemnivå når brukerorganisasjoner eksempelvis deltar i politiske beslutninger og føringer for klinisk praksis (Storm mfl. 2009:27).

Hickey og Kipping (1998) sin modell «Brukermedvirkning i det psykiske helsefeltet» sier at pasienters medvirkning på individnivå kan variere fra passiv deltager i egen behandling til aktivt å avgjøre hvilken behandling vedkommende skal ha. Modellen opererer med fire ulike grader av brukermedvirkning hvor lavest grad av brukermedvirkning benevnes som *Informasjon og Konsultasjon*. Under informasjon skal pasienten gis nødvendig og tilpasset informasjon med forklaring om hvorfor behandlingen gis. I konsultasjon gis det åpning for at pasienten tas med på råd, men han er ikke sikret at behandlingsønsket blir tatt til følge. Eventuelt avslag begrunnes og forklares med at det gjennomføres ut fra prinsippet om pasientens beste. *Partnerskap* og *Brukerstyring* plasserer seg i andre enden av skalaen med høy grad av

brukermedvirkning. Ved partnerskap skal pasienten i tillegg til å få tilpasset informasjon og bli konsultert, være aktivt med å ta behandlingsbeslutningen. Vedkommende har da reel påvirkningskraft på egen behandling. Ved brukerstyring er det pasienten som har den fulle kontrollen på både planlegging og gjennomføring av egen helsehjelp (Hickey og Kipping 1998; Storm mfl. 2009:29).

Brukermedvirkning og empowerment blir ofte omtalt i samme termer. I det videre vil jeg derfor se på hvilken plass empowerment har i dagens helsetjeneste.

2.4 Empowerment

Empowerment blir oversatt til norsk med ordet myndiggjøring, maktstyrking og pasientstyrking. Når en viser til begrepet empowerment i utforming av helsetjenester viser en til at det skal mobiliseres en kraft i pasienten. For å stimulere til denne kraften må helsepersonell gi fra seg kontroll og makt, og i stedet styrke pasienten. Det hevdes da at det skjer en maktutligning (Strømstad mfl. 2018:62).

Verdens helseorganisasjon (WHO) betegner empowerment som en grunnleggende verdi med mål om å fremme god psykisk helsehjelp både på individ- og systemnivå. WHO's definisjon på empowerment er en prosess hvor mennesker får større kontroll over beslutninger og handlinger som har direkte innvirkning på helsen deres. Videre sier WHO at empowerment ses på både som en individuell prosess og en prosess som påvirker fellesskapet (World Health Organization 1998:16).

Storm (2009:22) skriver at empowerment skiller seg fra brukermedvirkning ved at det fordrer en politisk og sosial endringsprosess hvor enkeltpersoner så vel som grupper gjøres bevisste i forhold til sine rettigheter, og som følge av denne økte bevisstheten krever endring og påvirkning i helsehjelpen de mottar.

Storm (2009:23) hevder at medvirkning ofte gis på helsepersonells premisser og at behandlingsvalgene pasienter presenteres for er basert på hva helsepersonell vurderer som gode alternativer. Selv om en da kan si at pasienten har brukermedvirkning er ikke det likestilt med at pasienten er myndiggjort eller «empowered».

I lys av recoverytradisjonen har brukerorganisasjoner og norske helsemyndigheter jobbet for å styrke pasienters rettigheter til aktiv deltagelse i utforming av egen

behandling. Empowerment har stått sentralt i den prosessen. Som en videreutvikling av brukermedvirkningen har vi nå blitt introdusert for samvalg. I det videre vil det derfor redegjøres for samvalg som begrep og arbeidsmetode.

2.5 Samvalg

Samvalg baseres på at helsepersonell skal inneha ekspertise i forhold til hva som til enhver tid er den beste behandlingsintervensjonen og at pasientene skal være eksperter på hva som har betydning for dem og deres livssituasjon (Spatz, Krumholz, og Moulton 2017).

I litteraturen vises det til flere ulike definisjoner på hva samvalg er og hvordan det skal forstås. Flere har tatt til orde for at samvalg er en uklar og lite presist definert metodikk (Bomhof-Roordink mfl. 2019; Charles, Gafni, og Whelan 1997; Makoul og Clayman 2006).

I en oversiktsartikkel fra 2019 presenteres ulike samvalgsmodeller fra tidsrommet 2006 til 2019. De fleste modellene var utarbeidet etter 2015, men majoriteten av de nye modellene bygget alle på de eldre og opprinnelige samvalgsmodellene til Charles, Towle, Elwyn og Makoul. Disse forskerne har derfor hatt stor betydning for hvordan en forstår samvalg og samvalgsmetodikk i dag (Bomhof-Roordink mfl. 2019).

Charles og medforfattere (1997) publiserte en artikkel som identifiserte følgende fire kjennetegn for en samvalgsprosess: 1) prosessen skal innbefatte minst to parter: helsepersonell og pasient 2) begge parter skal dele informasjon 3) begge parter søker en felles enighet om hva som er beste behandling 4) begge parter deltar i en felles beslutning.

Makoul og Clayman (2006) gjorde en større kunnskapsoppsummering som viste at det ikke fantes noen internasjonal standarddefinisjon på samvalg, og at det verserte ulike modeller som forklarte metoden. De identifiserte imidlertid følgende åtte aspekter der de tok til orde for elementer som burde være til stede i en samvalgsprosess: identifisere helseproblemet, presentere alternativer, se sammen på fordeler og ulemper. a) få innsikt i pasientens verdier og preferanser, b) drøfte pasientens tro på egne

mestringsevner, c) presentere hva forskning viser er beste intervensjon og behandling, d) forsikre at det foreligger en felles forståelse og til slutt foreta eller utsette beslutningen.

Elwyn mfl. (2012) presenterer en mindre detaljert definisjon med tre steg som skal sikre samme prosess. Definisjonen der er som følger: 1) introduksjon på valget som skal tas 2) en beskrivelse av hvilke behandlingsmuligheter som finnes, og til slutt 3) hjelpe pasienten til å sette ord på hva de vektlegger som viktig i sitt liv, for så å fatte en beslutning.

En definisjon det i forskningslitteraturen ofte vises til er presentert i en avhandling fra «The King's Fund», en uavhengig engelsk veldedighetsorganisasjon som arbeider for å forbedre helse og omsorgstjenestene i England. Forfatterne definerer samvalg i helsetjenesten som en prosess hvor klinikere og pasienter arbeider sammen for å finne frem til riktige utrednings- og behandlingsintervensjoner for et gitt helseproblem. Valget skal baseres på oppdatert kunnskapsbasert informasjon om hva som er anbefalt utredning og behandling for det gitte helseproblemet. Her skal alle aktuelle utrednings- og behandlingsalternativer presenteres med sine fordeler og ulemper. I valget skal også pasientens egne preferanser basert på f.eks. verdier og livsomstendigheter tas hensyn til og inkluderes i valgprosessen. Når alle disse faktorene er ivaretatt kan beslutningsprosessen kalles et samvalg (Coulter, Collins, og King's Fund Centre (London 2011).

I Norge har helsemyndighetene forankret følgende definisjon på samvalg i Nasjonal helse- og sykehusplan:

Samvalg innebærer at pasienten, sammen med helsepersonell, drøfter og medvirker til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. Det forutsetter at pasienten får god informasjon om sin egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko.

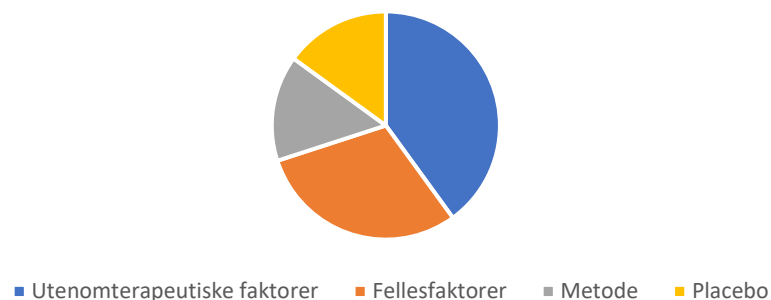
(Helse- og omsorgsdepartementet 2019)

3 Relasjonell kompetanse og holdningers betydning for den terapeutiske prosess

De siste årene er det rettet fokus mot hvilke psykologiske behandlingsmetoder som har best effekt på gitte psykiske vansker og diagnoser, bedre kjent som evidensbasert behandling. Som et supplement ble det identifisert hvilke relasjonselementer i psykoterapien som kunne kvalifisere for å være evidensbaserte. En studie konkluderte med at allianse, empati og bruk av feedback-verktøy sorterte som effektive relasjonselementer. Videre viste studien at enighet omkring behandlingsfokus og -mål, samarbeid og positivt omdømme sorterte som sannsynlig effektive elementer. Studien viste også at pasientens eventuelle motstand, preferanser, kultur, religion og spiritualitet burde tas hensyn til i utformingen av behandling (Norcross og Lambert 2011).

Lamberts modell (1992) ser nærmere på hvilke faktorer som påvirker behandlingsutfall i psykoterapi. Modellen viser at utenomterapeutiske eller klientrelaterte faktorer som f.eks. pasientens sosiale nettverk, bosituasjon og tilhørighet i skole/jobb hadde størst betydning for behandlingsutfallet med sine 40%. Etterfulgt av det Lambert betegnet som *fellesfaktorer*, som stod for 30% av effekten. Fellesfaktorer viser til pasientens oppfatning av relasjonen til terapeuten, og rommer kvaliteter som allianse og empati. Terapeutiske teknikker som f.eks. eksponering og hjemmeoppgaver i kognitiv atferdsterapi står for 15% av effekten. Placebo er den siste faktoren og refererer til pasientens forventninger og tro på at behandlingen skal virke. Placebo kan ha inntil 15% effekt på terapiutfallet (Lambert, Michael J. 1992:96; Wampold 2001).

Fellesfaktorer i terapi



Lambert (1992)

Terapeutisk allianse eller arbeidsallianse er den fellesfaktoren som har blitt viet størst oppmerksomhet og som blir hevdet å ha størst betydning for en vellykket psykoterapeutisk behandling. En teori det refereres ofte til for å forklare alliansens betydning i terapi er Bordin (1979). Modellen viser at den terapeutiske alliansen fordrer en enighet mellom pasient og behandler i forhold til følgende tre faktorer: a) mål for behandlingen, b) identifisere hvilke oppgaver pasient og behandler har og c) det emosjonelle båndet mellom pasient og behandler, gjensidig tillit og fortrolighet (Ryum og Halvorsen 2014:33).

Skau (2017) betegnet ethvert møte mellom helsepersonell og pasient, uavhengig av varighet, som en prosess. I den relasjonelle prosessen kan en fremme vekst, men en kan også krenke den andre. Det pekes på viktigheten av å lytte oppmerksomt til hva pasienten har å si, det å være var for nonverbale signaler og handlinger, samt spørre direkte hva pasienten erfarer, tenker og ønsker i en gitt situasjon.

Pedersen så nærmere på hvilke relasjonelle kvaliteter pasienter verdsatte hos hjelperne. Personlige egenskapene og hjelperens evne til å oppnå kontakt ble fremholdt som viktige. Brukerne ønsket at hjelperen skulle fremstå som genuint interessert, og at det var rom for at også hjelperen kunne vise følelser og det de betegnet som en ekthet i møtet. Det presisertes imidlertid at møtet alltid skulle være på brukerens premisser, hvor fokuset lå på brukerens behov. Videre ble empati og respekt pekt på som viktige relasjonelle egenskaper sammen med det å være troverdig og å holde det en lovet (Pedersen 2014:109).

Thorgaard og Haga (2006:214) henviste til Greben og Blomquist for å se hvilke relasjonelle egenskaper hos terapeuten som fremmet vekst. De fremholdt evne til å sette seg inn i den andres følelser sammen med evnen til å vise omsorg og menneskelig varme. Beskyttende og kjærlig holdning ble også nevnt. I tillegg var det viktig at terapeuten evnet å formidle håp når alt opplevdes mørkt og håpløst. Videre var det viktig at terapeuten hadde tiltro og ikke lot seg overvelde av fortvilelse, samt var forutsigbar og til å stole på. Vennlighet og en respektfull holdning ble også fremholdt

som viktige relasjonelle egenskaper. Samtidig skulle en terapeut sette grenser, si nei og frustrere pasienten på områder som kunne fremme utvikling og vekst.

4 Metode og metodiske overveielser

Studiens problemstilling legger føringer for valg av metode og hvordan forskningsprosessen skal drives frem. Prosjektets design viser vei i forhold til hva som skal undersøkes, hvordan undersøkelsen skal gjøres, hvem som er aktuelle deltagere, samt hvordan fremdriften skal være (Thagaard 2018:50).

Ontologi og epistemologi er videre viktige begreper for å kunne forstå forskningsprosessen og hva som danner grunnlag for valg av metode. Ontologi viser til hvordan vi tenker og oppfatter verden på. Epistemologi viser til hvordan vi går frem for å tilegne oss vitenskapelig kunnskap (Malterud 2017:28; Thornquist 2018:16).

Denne studien har til hensikt å se nærmere på hvorvidt og på hvilken måte opplæring i samvalg som arbeidsmetode kan føre til en endring i holdninger og praksisutøvelse hos helsepersonell ved en psykiatrisk poliklinikk. Jeg ønsket derfor gjennom studien å tilegne meg en dypere forståelse om dette, og søkte de ansattes perspektiv (Malterud 2017:28).

Jeg vil derfor i det videre rette fokuset inn på de kvalitative forskningsmetoders filosofiske røtter og deres vitenskapsteoretiske forankring. Deretter vil jeg se nærmere inn på hva som kjennetegner kvalitativ metode, og hvordan oppgavens datamateriell ble samlet inn, behandlet og analysert. Avslutningsvis vil jeg redegjør for studiens kvalitet og se nærmere inn på forskningsetiske aspekter ved studien.

4.1 Studiens vitenskapsteoretiske ståsted

Vitenskapsteoretikeren Thomas S. Kuhn (1922-1996) har beskrevet hvordan vitenskapelig forståelse har utviklet seg opp gjennom tidene. Han kalte disse utviklingssprangene for vitenskapelige paradigmer, som søkte å vise og forstå grunnleggende antagelser om verden og kunnskaper om verden (Malterud 2017:26).

Kuhn tok videre til orde for at vitenskapelig forskning kunne sammenlignes med det å legge puslespill. I søken etter de riktige brikkene finnes det alltid et mønster, og det mønsteret betegnet Kuhn som paradigmer (Wifstad 2019).

I følge Malterud (2017:27) har helsefag og medisin historisk sett befunnet seg innenfor det positivistiske paradigme som så på stabile fenomener som lot seg måle, observere og settes sammen som objektive fakta. I det positivistiske paradigmet ble det benyttet en deduktiv tilnærming hvor slutninger ble truffet fra det allmenne til det enkeltstående. Her finner vi de kvantitative forskningsmetodene.

Omkring 1960 ble det positivistiske paradigmet utfordret ved at mennesket ble pekt på som vitenskapelig subjekt, og at forskeren ble sett på som deltager og tilskuer på samme tid. Dette fikk betegnelsen det fortolkende paradigmet. I det fortolkende paradigmet finner vi det vi i dag kjenner som kvalitative forskningsmetoder. Her benytter en seg av en induktiv tilnærming hvor slutninger blir truffet fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud 2017:27).

Denne oppgaven bygger på et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted, og jeg vil i det videre redegjøre kort for fenomenologien og hermeneutikken med argumentasjon for hvorfor jeg plasserer denne studien innenfor gitte vitenskapsteoretiske gren.

4.1.1 Fenomenologi

Fenomenologien har likhetstrekk med empirismen fordi den søker kunnskap gjennom erfaring. Men til forskjell for empirismen er fenomenologien opptatt av at erfaringer er mer enn bare det en ser og det som kan måles. Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som grunnleggeren av fenomenologien, og han introduserte i sin tid begrepet *livsverden* som viser til verden slik den konkret oppleves (Thornquist 2018:101). Fenomenologien søker altså å forstå personers individuelle perspektiv, erfaring og egen forståelse, eller førstepersonsperspektivet som det også blir kalt. Livsverden viser til virkeligheten slik den oppleves for den enkelte, og peker på hvordan virkeligheten farges av aktuelle omstendigheter og kontekster. Tid er et eksempel det blir vist til ved at tid rent objektivt kan måles i sekunder, minutter og timer. Men den samme tiden vil oppleves ulik fra person til person avhengig av kontekst. I fenomenologien er en derfor opptatt av å

forstå den enkeltes unike virkelighetsopplevelse, og det blir hevdet at fenomenologien er et systematisk forsøk på å forene filosofi, vitenskap og liv (Wifstad 2019).

4.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken viser til det enkelte menneskets forståelse av verden (Thagaard 2018:37). Hermeneutikken har sin opprinnelse i det å forstå skrevne tekster, det å tolke og se bakenfor ordene. I denne tolkningsprosessen blir alt forstått ut fra en kontekst, og gjennom den som leser teksten. Den som leser og tolker har sin nedarvede forforståelse eller forståelseshorisont. En møter ikke verden med tomme hoder og tomt blikk, men med vår egen medbrakte forståelseshorisont. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) tok til orde for at hermeneutikken ikke kunne forstås som en metode, men som en allmenn teori om forståelsen (Thornquist 2018:167).

Et sentralt begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel som forklarer den dynamiske prosessen mellom det å forstå deler ut fra en helhet, hvor helheten igjen vil forstås som en harmoni mellom de ulike delene (Thornquist 2018:193).

Det er reist spørsmål ved om begrepet sirkel burde byttes ut med spiral siden forståelsen aldri vil gjenta seg eller være den samme, men i stedet utvikle seg som i en spiral. Den nye helhetsforståelsen kaster nytt lys og en ny forståelse av enkeltdelene og enkeltelementene. Den dynamiske prosessen stimulerer videre til ny forståelse og dypere innsikt (Wifstad 2019).

I denne studien søkte jeg informantenes subjektive opplevelse i bruk av samvalg under utarbeidelse av behandlingsplaner, og studien hadde derfor en fenomenologisk forankring. Gjennom intervjuene har jeg fått tilgang til informantenes livsverden, men samtidig har jeg hatt med meg min forforståelse og det jeg allerede har forstått om samvalg inn i forskningsprosessens ulike ledd, det er derfor vanskelig å skille fenomenologien og hermeneutikken, i det at enhver analyse vil innebære et fortolkende ledd (Braun og Clarke 2013).

I følge Malterud (2017:41) vil en som forsker alltid påvirke forskningsprosessen og forskningsresultatene, og denne påvirkningen er mest fremtredende innenfor de kvalitative forskningsmetoder. Det at aktørene er mennesker fører til at det menneskelige samspillet er en del av kunnskapsutviklingen. Som forsker innenfor

kvalitative metoder er det viktig at en ikke forsøker å utslette seg selv, men i stedet klargjøre både for seg selv, men også for leserne hvilken rolle og posisjon en har og hvordan en kan ha påvirket forskningsprosessen. Når forskerens forforståelse og rolle er tydeliggjort vil det kunne fremme veksten av ny og oppdatert kunnskap.

Analyse av selve forskningsprosessen vil jeg komme nærmere inn på i punkt 4.4
Studiens kvalitet og metodekritikk.

4.2 Min forforståelse

Forskerens forforståelse er sentral innenfor den hermeneutiske filosofien, og i den kvalitative forskningsmetoden som denne studien bygger på. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer forklarte forforståelse som de forutsetninger og de erfaringer et menneske bringer med seg inn i enhver tolkningsammenheng. Han pekte videre på at disse forutsetningene og erfaringene kunne være både bevisste og ubevisste. Malterud (2017) bruker metaforen ryggsekk for å forklare begrepet. Innholdet i ryggsekken, altså ens forforståelse vil påvirke hvordan en innhenter, leser og tolker data. Forforståelsen gjenspeiler ofte forskerens motivasjon for temaet han ønsker å fordype seg i. (Malterud 2017:44)

Det er videre viktig å ha et bevisst forhold til egen forforståelse for å unngå det en kaller *bias*. Bias blir på norsk oversatt til *skjevhet* og viser til feil i forskningsprosessen som fører til at resultatene studien presenterer ikke reflekterer virkeligheten. Malterud (2017) viser til at vi alle har blinde flekker hvor vi følger antagelser vi ikke er bevisste i forhold til. En viktig del av forskningsprosessen er derfor å redegjøre for sin egen forforståelse, sin egen hermeneutiske spiral og stille seg kritiske spørsmål underveis med mål om å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig. (Malterud 2017:20)

Jeg ble første gang introdusert for samvalg i 2018 da alle individualterapeuter ved den ungdomspsykiatriske poliklinikken, meg inkludert, fikk opplæring i metodikken. Den gang hadde jeg aldri hørt om samvalg, men senere har jeg blitt introdusert for arbeidsformen både i litteraturen, fra forelesninger ved Universitetet i Stavanger og gjennom faglige diskusjoner på egen arbeidsplass. Jeg har i tillegg vært på studietur til London og Skottland sammen med en kollega for å se hvordan de praktiserte samvalg i sine helsetjenester. Min forforståelse var først at jeg opplevde samvalgsbegrepet som noe diffust. Jeg har hatt vansker med å vite hvordan det skal forstås, og videre

anvendes. Er det en metode, en arbeidsform eller en holdning? Dette er spørsmål jeg har stilt meg, og som jeg har tatt med meg inn i forskningsprosessen. Som masterstudent i relasjonsbehandling er jeg naturlig nok også i stor grad opptatt av relasjonens betydning for ethvert terapeutisk møte med pasienter, og det er en viktig del av min forforståelse. Den teoretiske referanserammen har også naturligvis påvirket studien. Jeg har flere ganger i prosessen måttet stoppe opp, og bevisst skille mellom egne erfaringer i bruk av samvalg og hva studiens empiri fortalte. Det har vært utfordrende, særlig siden forskningen har vært praksisnær. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 4.5 som omhandler studiens validitet, reliabilitet og etiske refleksjoner. Det vil også finnes en kritisk gransking av dette i drøftingsdelen kapittel 6.1.

I det videre vil det redegjøres for hvilke metode som ble valgt, og hvordan studien ble organisert.

4.3 Metodevalg og forskningsdesign

4.3.1 Kvalitativ metode

For å belyse denne studiens problemstilling valgte jeg å gjøre en kvalitativ undersøkelse. En kvalitativ forskningsmetode har til hensikt å beskrive, analysere og fortolke de fenomener en gjennom studien ønsker å se nærmere på. Kvalitative metoder anvendes først og fremst i studier hvor en ønsker å se inn på menneskelige egenskaper og forstå mer om hvorfor mennesker handler som de gjør. Kvalitative studier kan også generere hypoteser som senere kan testes, eventuelt teste allerede eksisterende hypoteser. (Malterud 2017:30)

Kvalitative forskningsmetoder kan være intervjuer, observasjoner, tekstanalyse eller analyse av visuelle uttrykksformer hvor en ønsker å se nærmere på prosesser, meninger, egenskaper og karakterer. Metodeoppsettet i en kvalitativ studie er mer fleksibelt sammenlignet med kvantitativ metode. I kvalitative undersøkelser er det rom for å gjøre justeringer og endringer underveis i undersøkelsesprosessen. Kvalitative undersøkelser er ofte praksisnære, og forskeren kommer gjerne tett på informantene. Dette krever tilstedeværelse og relasjonell sensitivitet. Det finnes ulike modeller for å støtte det kvalitative analysearbeidet. Felles for modellene er at de alle har til hensikt å

systematisere og kvalitetssikre analysearbeidet, og å gjøre forskningen etterprøvbart. Det presiseres imidlertid at en vellykket kvalitativ studie finner sted når forskeren lykkes med innsiktsfulle refleksjoner omkring dataens meningsinnhold, men i lys av eksisterende teori. (Thagaard 2018:15)

Denne studiens analysearbeid og analysemetode blir nærmere beskrevet i punkt 3.3

I studiens forberedelsesfase vurderte jeg hvilke datainnsamlingsformer som kunne gi svar på forskningsspørsmålet. Jeg bestemte meg tidlig for at jeg ønsket å gjøre intervjuer, og valgte fokusgruppeintervju.

4.3.2 Fokusgruppeintervju

I følge Malterud (2017) er fokusgruppeintervju en egnet datainnsamlingsmetode når en ønsker å se nærmere på erfaringer, holdninger og synspunkter som finnes i en gruppe. I en fokusgruppe vil en kunne utnytte merverdien av samhandlingen mellom informantene sammenlignet med om en hadde valgt individuelle intervjuer. (Malterud 2017:138)

I en fokusgruppe vil en søke, og forhåpentligvis finne, gruppedynamikk som kan fortelle noe om holdninger og erfaringer til de enkelte, men også til gruppen som helhet. Et fokusgruppeintervju har til hensikt å beskrive nåværende status, men den har også til hensikt å identifisere faktorer som kan videreutvikle praksis. (Lerdal og Karlsson 2009)

Fokusgruppeintervju skiller seg fra gruppeintervju ved at interaksjonen og refleksjonen mellom gruppedeltakerne vektlegges. Forskeren har en mer tilbaketrukket rolle, men skal samtidig sikre dialog og at temaer som ønskes belyst blir tatt inn i samtalen.

Fokusgrupper har med hell blitt brukt i studier som søker å se på holdninger, erfaringer og hvordan kunnskap produseres og anvendes i praksis. Fokusgruppeintervju er også tidsbesparende, og en kan innhente mye informasjon på kort tid (Lerdal og Karlsson 2009).

I en fokusgruppe blir den som leder intervjuer betegnet som *moderator*, i denne studien var det meg. I tillegg er det anbefalt å rekruttere en *sekretær*, som har ansvar for å notere, oppsummere og eventuelt bistå moderator i det å drive gruppediskusjonen frem. I denne studien var sekretær en kollega av meg. I det videre for å beskrive

studiens datainnsamling og analyse benyttet begrepene *informanter/deltakere/ansatte* samt *moderator og sekretær* (Malterud 2017:138).

4.3.3 Utvalg og informanter

Fokusgruppeintervju blir betegnet som en semistrukturert gruppediskusjon fra et mindre utvalg i en populasjon. Dataene skapes i dialogen mellom informantene ved at erfaringer blir utvekslet og diskutert. En forutsetning for et godt datamateriell er at gruppemiljøet oppleves trygt, og at det er rom for å være åpen og ærlig i diskusjonen (Lerdal og Karlsson 2009).

I studiens datainnsamling ble det benyttet en strategisk utvelging. Strategisk utvelgelse finner sted når en systematisk velger enheter og informanter som anses å ha en forutsetning for å svare på problemstillingen som ønskes belyst (Thagaard 2018:54). Det strategiske i denne utvelgelsen var at jeg valgte å intervju ansatte ved en poliklinikk hvor de ansatte hadde fått opplæring i samvalgs-metode og hvor det ble oppfordret til bruk av samvalg under utarbeidelse av behandlingsplaner.

Malterud (2017:138) hevder sammensetningen av fokusgrupper bør være så homogene som mulig for å stimulere til god og konstruktiv erfaringsutveksling, samt for å unngå spenninger og konkurranse internt i gruppa.

Andre igjen har argumentert for fordeler ved å sette sammen mer heterogene grupper. Det viktige er at gruppedynamikken gir rom for alles meninger, og at ikke formelle, så vel som uformelle, rangordninger innad i gruppa hemmer diskusjonen (Lerdal og Karlsson 2009).

Inklusjonskriterier i denne studien var at informantene måtte være ansatt som individualterapeuter ved poliklinikken med behandlingsansvar for pasienter. De måtte også ha vært ansatt i perioden hvor forbedringsprosjektet *Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner* fant sted.

Målet var å inkludere alle individualterapeuter fra behandlingsteamet (10 informanter). Studien endte opp med 7 informanter grunnet fravær. Gruppesammensetningen var tilfeldig, ved at informantene selv valgte hvilken dag de ønsket å delta uten å vite hvem av kollegene som deltok på samme intervju. Informantene tilførte yrkesgruppene klinisk

sosionom, psykologspesialist og psykiatriske sykepleier. Det lyktes ikke å rekruttere psykiater, musikkterapeut eller LIS-lege i studien.

Siden jeg selv er ansatt som individualterapeut ved samme avdeling var det viktig å kun inkludere terapeuter som tilhørte det andre behandlingsteamet. Leder av kvalitetsforbedringsprosjektet og den interne arbeidsgruppen ble ekskludert som informanter i studien.

4.3.4 Formell godkjenning av forskningsprosjektet

Denne studien skulle ikke ha pasienter som informanter, ei heller undersøke pasientsensitiv informasjon. Studien krevde derfor ikke godkjenning fra REK (Ruyter, Solbakk, og Førde 2014:216).

Informantene i denne studien var alle ansatt ved Stavanger universitetssjukehus, og Helse Vest sine interne retningslinjer for forskning i helseforetakene ble derfor fulgt. Retningslinjene har til hensikt å ivareta ansattes personopplysninger, og for å kunne gjennomføre denne studien måtte jeg derfor søke personvernombudet ved sykehuset om tillatelse til at studien kunne gjennomføres. Søknaden ble godkjent 30/11-2020. (Vedlegg nr. 1)

Studien sorterte under Helsetjenesteforskning og krevde følgende saksgang i henhold til Stavanger Universitetssjukehus sin interne prosedyre:

- Ledelsesforankring, kliniksjeff/nivå 2. leder.
- Elektronisk meldeskjema for behandling av personvernopplysninger, eProtokoll
- Informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg nr. 2)
- Intervjuguide (Vedlegg nr. 3)

I følge Ruyter mfl. (2014) skal intervjudeltagelse i studier alltid være frivillig, og informantene skal kunne trekke sitt samtykke når som helst. Dette ble presisert i studiens Informasjons- og samtykkeskjema (Ruyter mfl. 2014:224).

4.3.5 Intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide med aktuelle temaer og spørsmål med mål om å belyse hvordan de ansatte erfarte opplæringen i samvalgsmetode, samt hvilke erfaringer de hadde gjort seg med bruk av arbeidsmetoden i den kliniske hverdagen. Intervjuguiden var først og fremst temastyrt, og spørsmålene var vide med mål om å få i gang fylldige og utdypende refleksjonsrunder innad i gruppa. (se vedlegg nr. 3)

4.3.6 Praktisk gjennomføring av intervju

Lerdal og Karlsson (2009) argumenterer for at en kan benytte to ulike strategier for hvordan en fasiliterer intervjuene. Dersom en ønsker å finne svar på et spesifikt spørsmål kan moderator innta en styrende og aktiv rolle, men dersom en er på jakt etter en dypere forståelse av informantenes tanker og holdninger er det mer hensiktsmessig å innta en tilbaketrukket rolle der informantene får snakke mest mulig fritt seg imellom. Denne studien valgte den sistnevnte varianten.

Innledningsvis i selve intervjuene presenterte jeg kort forskningsprosjektet, samt minnet om at deltagelse i prosjektet var frivillig med mulighet for å trekke sitt samtykke både under og etter intervjuet.

Jeg presenterte kort min kollega som under intervjuet hadde rollen som sekretær, og at jeg som moderator ville stille en del åpne spørsmål som forhåpentligvis kunne stimulere til refleksjonsrunder omkring temaet.

Det ble takket for at de tok seg tid til å delta, og jeg fortalte at målet med studien var å få ærlige og mest mulig riktige beskrivelser av deres subjektive opplevelser omkring opplæringen og bruk av samvalg i den kliniske arbeidshverdagen. Jeg oppfordret til åpenhet, og at målet med intervjuet var å legge til rette for en engasjerende samtale hvor det kunne deles både gode og dårlige erfaringer med rom for ulike synspunkter.

I intervjuet valgte jeg å la informantene snakke mest mulig fritt, men jeg stilte innimellom oppfølgingsspørsmål og sikret at vi kom gjennom alle temaene i intervjuguiden. Jeg oppfordret også til utdypinger når informantene kom inn på temaer jeg ønsket å vite mer om. Noen informanter var aktive, mens andre snakket mindre. Det ble forsøkt sikret at alle fikk komme frem med sine synspunkter, og fikk plass i gruppesamtalen.

Varigheten på fokusgruppeintervjuene var à 60 minutter.

4.3.7 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydfil med sykehusets båndopptaker. Selve båndet ble oppbevart i låsbart arkivskap, og lydfilene ble transkribert så snart intervjuene var gjennomført, for så å bli lagret på forskningsserveren jeg fikk tildelt av Helse Vest IKT.

I etterkant av selve intervjuene gjorde sekretær og jeg en gjennomgang, hvor det ble supplert med notater og observasjoner av stemninger og temperatur i samtalene. På den måten forsøkte en å fange noe av den nonverbale kommunikasjonen som utspilte seg i intervjuene (Malterud 2017:73).

Transkripsjonen har til hensikt å gjengi informantenes budskap mest mulig autentisk. En skal være tro mot det opprinnelige materialet, noe som er krevende siden muntlig språk har en annen oppbygging enn skriftspråket. Malterud (2017:78) sier at det derfor alltid vil skje en fordreining av budskap i denne prosessen. Det sentrale i transkriberingen er at meningsinnholdet bevares best mulig.

Som forsker transkriberte jeg lydfilene selv, noe som var tidkrevende, men nyttig.

Datamaterialet var på 19 sider. Min opplevelse var at jeg allerede under transkriberingen kunne finne de første kategoriene og mønstrene i materialet som senere ble gjenstand for analysearbeidet. På den måten opplevde jeg at transkriberingen brakte meg naturlig inn i det kommende analysearbeidet.

4.4 Dataanalyse

Etter innhenting av datamaterialet i form av to fokusgruppeintervjuer gjorde jeg en tematisk analyse på leting etter likhetstrekk og variasjoner i erfaringer, følelser og holdninger hos informantene. I analyseprosessen valgte jeg å bruke tematisk tekstanalyse presentert av Braun og Clarke (2006) med mål om å identifisere, analysere og rapportere mønstre og trender fra datamaterialet mitt.

Malterud (2017) betegner tematisk tekstanalyse som en pragmatisk og fleksibel forskningsmetode, og det som tiltalte meg var metodens klare oppbygging. Jeg vil derfor i det videre presentere de 6 ulike stegene i Braun og Clarkes (2006) tekstanalyse og hvordan metoden loset meg gjennom datamaterialet med henvisninger til denne spesifikke studien.

4.4.1 Steg 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet

Jeg erfarte å knytte gryende kjennskap til datamaterialet allerede under selve intervjuet, men mest når jeg lyttet til og transkriberte lydfilene fra de to fokusgruppene. Jeg hadde også god hjelp av min kollega som fungerte som sekretær under intervjuene og hennes notater, tanker og observasjoner.

Under studieprosessen hadde jeg støtte i det å føre logg. I loggboken noterte jeg tanker og stikkord fortløpende, med mål om å se de lange linjene jeg identifiserte i datamaterialet. Selve transkriberingen var tidkrevende, men lyd kvaliteten på opptakene var god og informantene snakket tydelig og fullførte de fleste resonnementer. Det transkriberte datamaterialet ble deretter skrevet ut i papirformat som jeg leste parallelt med at jeg lyttet til opptakene for å sikre at meningsinnholdet ble bevart i det skriftlige materialet.

4.4.2 Steg 2: Utarbeide koder

I denne fasen tok jeg utgangspunkt i de første notatene og tankene jeg gjorde meg under transkriberingen. Jeg hadde hele tiden studiens problemstilling foran meg, og lette etter meningsbærende enheter, eller det som kalles koder i datamaterialet. Malterud (2017:101) argumenterer for at koding med fordel kan gjøres sammen med en annen forsker for å gi rom for flere nyanser og flere sider, men i denne studien gjorde jeg dette arbeidet alene. Jeg gjorde imidlertid flere tilbakeblikk til notatene og arbeidsloggen for å se hva min kollega som fungerte som sekretær i intervjuene hadde identifisert av mønster i materialet. I arbeidet med kodene brukte jeg post-it lapper i ulike farger, og skrev ned aktuelle sitater som underbygget kodene.

4.4.3 Steg 3: Lete etter tema

I denne fasen av analysearbeidet sorterte jeg i kodene, og så nærmere på hvilke koder som hadde noe til felles. Jeg samlet deretter koder i overordnede temaer, og enkelte koder viste seg hjemmehørende under flere ulike temaer. Dette var en tidkrevende, men spennende prosess. Jeg gjorde også dette arbeidet manuelt ved hjelp av store ark hvor jeg limte på post-it lappene med koder og sitater fra intervjuene.

4.4.4 Steg 4: Kritisk gjennomgang av tema

Her gikk jeg gjennom listen med et kritisk blikk med mål om å sikre at sitatene var forstått riktig, hvorvidt enkelte sitater kunne plasseres under andre temaer, og til slutt om selve temaene var riktige. Denne prosessen brukte jeg relativt lang tid på, og jeg valgte å gjøre det over flere dager for å få litt avstand til datamaterialet. Jeg omga meg med arkene og post-it lappene hvor sitatene og temaene var nedskrevet, og opplevde at jeg fikk en nærhet til datamaterialet også rent fysisk. Innholdet ble tydeliggjort, og jeg opplevde å få en god oversikt og forståelse av datamaterialet. Jeg oppdaget noen nye momenter og gjorde enkelte endringer i temaoppsettet, og på den måten kan en si at analysen var inni den hermeneutiske sirkel hvor jeg beveget meg dynamisk mellom forståelse, forforståelse og tolkning med utgangspunkt i både enkeltsitater og hele det transkriberte materialet.

Eksempel:

Tekst	Kode	Tema
Samtidig er det viktig at ikke alle disse verktøyene og metodene går på bekostning av relasjonen. For det er det viktigste. For får vi ikke til det er vi kjørt.	Respekt Allianse Relasjon før metode	Ansattes holdninger

4.4.5 Steg 5: Definer og navngi tema

Jeg forsøkte til slutt å finne fengende og beskrivende navn til hovedtemaene og eventuelt undertemaene jeg hadde landet på. Her sier Braun og Clarke (2006) at en bør tilstrebe benevnelser som forteller den overordnede historien i forskningsprosjektet. Malterud (2017) sier at overskriftene har til hensikt ene og alene å fungere som et narrativ.

4.4.6 Steg 6: Produsere rapport

I kapittel 4 vil jeg presentere studiens funn, for så å drøfte funnene opp mot eksisterende forskning med utgangspunkt i mine forskningsspørsmål.

Først vil jeg gjøre en gjennomgang av studiens kvalitet og forskningsetiske refleksjoner jeg har gjort meg før og underveis i forskningsprosessen.

4.5 Validitet, reliabilitet og etiske refleksjoner

4.5.1 Validitet og reliabilitet

Forskning blir av Malterud (2017:18) definert som en praksis hvor vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres, det er da en forutsetning at resultatene skal kunne etterprøves.

Malterud (2017:23) tar til orde for at en bør skille mellom intern validitet som viser til om det vi har funnet faktisk er sant. I den interne valideringen er det viktig å se til hvilke metoder som er benyttet og hvilke begreper som er tatt i bruk for å forklare fenomener. Dette handler altså om forskningens referanseramme.

Den eksterne validiteten viser til om resultatene fra studien kan overføres til andre kontekster, her f.eks. til en annen poliklinikk.

Reliabilitet viser til hvor pålitelig forskningen er. Den ser på om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, og om andre forskere kunne gjennomført en tilsvarende undersøkelse og kommet frem til de samme resultatene (Thagaard 2013:188).

I en kvalitativ undersøkelse hvor det har funnet sted et intervju er det ifølge Thagaard (2013:188) ikke et krav om at samme studie må kunne reproduseres på lik linje som i de kvantitative forskningsmetoder. Reliabiliteten i en kvalitativ undersøkelse vil avhenge av hvor gjennomsiktig og ærlig forskningen fremstår. I denne studien var det viktig for meg å reflektere rundt egen posisjon som ansatt ved poliklinikken hvor undersøkelsen fant sted. Til tross for at jeg tilhørte et annet behandlingsteam kjente jeg godt alle informantene. Dette er viktig at kommer tydelig frem i studien, og aspektet diskuteres ytterligere i kapittel 6. Der drøftes også studiens reliabilitet og validitet.

4.5.2 Etiske refleksjoner

Thagaard (2018: 20) sier at etiske prinsipper må holdes høyt gjennom hele den kvalitative forskningsprosessen. Forskningsetikken skal sikre at forskningen er nøyaktig og med høy grad av redelighet. En skal referere riktig og utøve respekt overfor andres tekster og studier og sikre at en ikke plagierer andre. Denne prosessen har vært

krevenne, men også spennende. Det å fordype seg i andres studier for å forstå, men samtidig ha et kritisk blikk i forhold til hva den andre har sagt, har gitt meg ny kunnskap og innsikt i brukervedvirkning og samvalg.

Denne studien intervjuet ansatte ved en poliklinikk, og i den anledning var det viktig å sikre de ansattes autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse i forskningsprosjektet (Thagaard 2018:22).

Forskningsprosjektet sorterte under Helsetjenesteforskning og fulgte Helse Stavangers interne saksgang som beskrevet i punkt 4.3.4.

Studien krevde informert samtykke fra informantene (Thagaard 2018:22), og i den forbindelse ble det utarbeidet et informasjonsskriv som beskrev studiens formål, hvem som fikk tilgang til informasjonen og hvordan resultatene skulle anvendes.

Informantene fikk dette informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet i god tid før intervjuene, og samtlige samtykket til deltagelse i studien.

Datamaterialet ble oppbevart i låsbart arkivskap, og etter transkribering lagret på en forskningsserver som beskrevet i punkt 4.3.7. Dette for å sikre konfidensialitet.

Studien har fulgt forskningsetiske retningslinjer som beskrevet, og informantenes personvern anses å være ivaretatt både i intervjuet, i behandling av datamaterialet og hvordan datamaterialet fremstilles i analysen.

Det at jeg som forsker selv er ansatt ved poliklinikken hvor studien fant sted, var et viktig aspekt i forskningsprosessen. Thagaard (2018:190) sier at når en forsker har en tilknytning til miljøet som studeres vil en kunne utvikle en annen kunnskap enn om en ikke hadde kjennskap til miljøet. Den innenfra-kunnskapen jeg har med meg i min forforståelse vil uunngåelig farge forskningsprosessen noe. Min tilknytning til miljøet som studeres vil også bli diskutert innledningsvis i studiens kapittel 6.

5 Presentasjon av funn

Jeg vil nå presentere sentrale funn fra de to fokusgruppeintervjuene. Det deltok 4 individualterapeuter i det første intervjuet og 3 individualterapeuter i det andre intervjuet.

Følgende forskningsspørsmål ble valgt:

Hvordan erfarte de ansatte opplæringen og oppfordringen til å ta i bruk samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner?

For best å finne svar på forskningsspørsmålet ønsket studien følgende underspørsmål belyst:

- ***Førte opplæringen til en holdningsendring, eventuelt hvordan?***
- ***Førte opplæringen til en endring i praksisutøvelse, eventuelt hvordan?***

I denne kvalitative undersøkelsen var hensikten å beskrive og gjengi individualterapeutenes opplevelse av, og erfaringer med bruk av samvalg som arbeidsform. Hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, opplæring og bruk av samvalg har påvirket deres arbeidshverdag, og videre om dette har ført til en holdnings- og praksisendring. Intervjuene er analysert av meg ved hjelp av Braun og Clarkes tematiske tekstanalyse, og funnene blir nå presentert i kapitler og underkapitler basert på hva informantene var opptatt av. For å sikre informantenes anonymitet vil jeg i funnene benytte begrepene *informant*, *ansatt* og *deltager*, samt *han* når det er mest hensiktsmessig å benytte pronomen.

5.1 Samvalg – gammel vin på nye flasker?

Begge intervjuene ble innledet med at jeg spurte om hva de forbandt og forstod med ordet samvalg. De ble først veldig stille. Kanskje fordi det var det første spørsmålet og intervjusituasjonen var ny og uvant, men muligens også fordi det er et litt uklart begrep. Etter hvert var det flere som kastet seg inn i samtalen og det kom mange betraktninger om at samvalg sikrer at pasienter tas med i viktige beslutninger om sin egen behandling. Flere nevnte også at de tenkte på brukermedvirkning når de skulle beskrive samvalg. En informant sa:

Jeg forbinder det med brukermedvirkning. Det var vel det jeg koblet det til første gangen jeg hørte om det.

En annen deltager sa:

Brukermedvirkning var det ordet vi brukte før, og hvis jeg skal være litt slem vil jeg si at dette er det vi kaller «gammel vin på nye flasker».

Flere nikket, og sa seg enig i dette, men det var også enkelte som forstod samvalg som noe mer, og noe annet enn brukermedvirkning. Flere tok til orde for at samvalg handlet om at pasienten skulle få være med å velge sin egen behandling, og at det var litt nytt. Han sa videre:

For det er lett å si at vi har hatt brukermedvirkning, men samvalg er noe annet. Det forplikter på en annen måte.

Andre igjen opplevde at samvalg ikke representerte noe revolusjonerende nytt i forhold til praksis. En sa følgende:

Dette har vi gjort før, dette har vi gjort lenge. Hvis vi stoler på vår egen kliniske kompetanse, og at vi brenner for både pasientene og faget så vil vi kunne ta utgangspunkt i at vi gjør dette allerede. Det er ikke noe nytt.

Det var allikevel andre ansatte som opplevde at samvalg gjorde dem mer skjerpet og bevisste i forhold til hvordan de organiserte behandlingsforløpene. En sa:

Samvalg er med på å gjøre oss bevisste på hvorfor vi gjør som vi gjør. Sånn sett er samvalg en god påminnelse og veiviser i forhold til om vi er «on target» eller helt på ville veier.

Samtalen dreide over på hvordan samvalg ble brukt under utarbeidelse av behandlingsplaner. Flere av informantene fremholdt at det å utarbeide behandlingsplaner sammen med pasienten var nyttig på flere plan. Det ble pekt på som et viktig verktøy for å fasilitere gode og skreddersydde behandlingsforløp, og at evalueringer hver 3. måned var fine stoppunkter i forhold til om tiltak kunne videreføres, endres eller tas bort. Videre var det flere som sa at samvalg som arbeidsform stimulerte til at pasientene nå var mer aktive i utarbeidelsen av planen, og

at pasientene fikk muligheten til å ta innsiktsfulle valg i forhold til sin egen behandling. En av informantene sa det på denne måten:

Samvalg når vi utarbeider behandlingsplaner er fint. Det er med på å skape en forutsigbarhet, og skisserer opp at vi har en plan. Det skaper fine rammer for behandlingen.

Informantene var også opptatt av hvordan de forstod og tenkte om samvalg nå i dag kontra for to år siden når de først ble presentert for begrepet i forbindelse med forbedringsprosjektet. I starten opplevde de samvalg som en metode hvor det ble forventet at de skulle følge et skjema osv. Etter hvert mener de det har skjedd en positiv dreining som har gjort samvalg mer anvendelig i daglig klinisk praksis i form av at det ikke lenger er et skjema, men mer en måte å jobbe på, tenke på. En deltaker sier det på følgende måte:

Jeg opplever at det nå har dreiet mot at en snakker og er opptatt av hva som er viktig for pasienten, at en tar det frem og ser på det. Og finner en fellesnevner. Der synes jeg praksis ligger nå, og det er fint.

En annen informant er opptatt av at samvalg er noe mer enn en prosedyre, og sier det på følgende måte:

Samvalg er noe du som behandler har i bakhodet, selv om du ikke formaliserer det for pasienten. Sier «nå skal vi gjøre et samvalg». Samvalg i praksis for meg er at pasienten er tatt med, blir hørt og har en stemme og medbestemmelse i det som skjer.

Det var en enighet blant informantene om at samvalg i praksis er mer enn skjemaer og formaliteter slik enkelte opplevde at det først ble presentert som. Det tar oss naturlig videre til neste kapittel som omhandler opplæringen og hvordan informantene opplevde den prosessen. Her kommer også noe av de ansattes motstand til syne.

5.2 Opplæring -noe nytt under solen?

Flere av deltagerne fremhever det som nyttig det at det er en intern arbeidsgruppe som jobber med og holder opp engasjementet omkring samvalg på poliklinikken. Mange sier imidlertid at de var forvirret og kjente på motstridende følelser i begynnelsen, og en av

informantene sier at en kunne sitte tilbake med følelsen av at måten de hadde jobbet på tidligere var helt feil. Han sa følgende:

En kunne få en fornemmelse av at hvordan vi jobbet tidligere var helt feil, vi har jo alltid fokusert på, vi prøver jo, det er en del av opplegget det å forsøke å la pasienten delta i valgprosessen.

Samtlige av informantene husker tilbake til, og refererer til, en fagdag hvor en ekstern fagperson med kompetanse på samvalg skulle undervise og gi opplæring i metodikken. Denne fagpersonen kunne angivelig mye om samvalg, men ingenting om psykisk helsevern. Dette frustrerte de ansatte, og førte kanskje til at flere kom litt skjevt ut i forhold til innstilling og engasjement. En informant sier:

En ekstern professor kjenner ikke vår hverdag.

En annen utdyper, og sier:

Den eksterne fagpersonen som var leid inn hadde et veldig somatisk fokus. Vi ble nok veldig forvirret der i starten. Jeg medgir at jeg kjente på motstand.

Andre sier at de under opplæringen strevde med å finne ut hvordan dette kunne passe inn i deres arbeidshverdag, og hvordan det skulle bedre den kliniske praksisen. Flere medgir at de under opplæringen tenkte at samvalg representerte nok en prosedyre som de ut ifra hva de visste på det tidspunktet ikke så nytteverdien av.

5.3 Holdninger

5.3.1 Behandling er en dans, men hvem skal føre an?

De ansatte pekte alle på viktigheten av en terapeutisk allianse for å kunne lykkes i et behandlingsforløp. De pekte på at pasientene som ble henvist til poliklinikken hadde varierende motivasjon og forventninger til det å gå i behandling, og å møte pasienten der han er ble pekt på som avgjørende. Det ble imidlertid reist problemstillinger i forhold til dette. Og en informant sa det på denne måten:

Mange pasienter som kommer til denne poliklinikken for å få behandling har ikke de ønsker for behandlingen som vi tror de har.

En annen mente at mange av pasientene kom i behandling fordi alle andre rundt dem syntes det å gå i behandling var viktig og nødvendig. Det kunne være foreldre, fastlege, skolehelsetjeneste og NAV som hadde sendt dem, men pasienten selv hadde kanskje ingen egen motivasjon. Dette ble pekt på som utfordrende. En annen mente at nettopp samvalg kunne stimulere til å finne pasientens egenmotivasjon, og underbygget det med følgende sitat:

Kanskje samvalg faktisk kan føre til bedre motivasjon. Det at pasienten faktisk får lov til å velge og tar ansvar for sin egen helse.

Et annet tema som opptok de ansatte var den asymmetriske makten som ligger i ethvert møte mellom behandler og pasient, men som de opplevde at samvalg nå utfordret. De ansatte hadde mange forskjellige tanker og refleksjoner omkring dette i intervjusituasjonen og nyansene i det vil jeg forsøke å videreformidle. To av sitatene så slik ut:

Behandling kan sammenlignes med en dans, hvor vi skal bevege oss i en viss retning, men vi som behandlere blir den som styrer litt fordi vi kanskje føler vi vet best.

Det vil aldri være to likeverdige personer som møtes i terapirommet. Pasienten har et behov, og vi som jobber her har en ekspertrolle.

En annen av deltagerne utvidet dette resonnementet med å si at en som behandler aldri har muligheten til å fraskrive seg ekspertrollen, men at i kraft av den rollen er det avgjørende å utøve rollen med omtanke og respekt. En annen deltager sa dette:

Det du skal passe deg vel for er at du blir ovenfra og ned, og trer en forståelse over denne pasienten som vedkommende ikke kjenner seg igjen i, eller sier seg enig i.

Videre ble det sagt at som behandlere måtte de ha stor respekt for, og se verdien i, pasientenes egen forståelse av seg selv og sitt eget liv. En informant sa det slik:

Pasienten som søker hjelp har en mye større kjennskap til seg selv og sitt eget liv, det må vi respektere.

5.3.2 Relasjon før metode:

Et annet tema som engasjerte og ble fremholdt som viktig av alle de ansatte var relasjonens betydning for en god behandlingsallianse. Relasjonen ble betegnet som grunnmuren i ethvert behandlingsforløp, og at det som kjennetegnet en god behandler var å være genuint interessert i den andre, altså pasienten. Behandler måtte ta seg tid til å finne ut hvem pasienten er, og hvilke vansker vedkommende står i. Videre var det flere som nevnte relasjonelle egenskaper som det å lytte, spørre og forvente. Det å ikke undervurdere den andre ble fremholdt som avgjørende i enhver behandlingsrelasjon.

En sa det slik:

Uten et samarbeid med pasienten er vi dømt til å mislykkes. Vi må lete etter pasientens drivkraft og drømmer. Også må vi tilpasse oss etter hvor pasienten befinner seg.

Flere av de ansatte mente de var gode og stort sett lyktes med det å bygge relasjoner til pasientene, og at det var et godt grunnlag for den videre behandlingsalliansen. En god relasjon ble betegnet som selve nøkkelen til å få pasienten og terapien inn i et godt spor. En av informantene sa dette:

Jeg tenker at det av og til er en overdreven tro på metoder, manualer og teknikker, men det som egentlig betyr noe er relasjonen og kontakten.

Samtlige av de ansatte delte dette synet, og en fryktet at dersom alt fokus ble lagt på opplæring i metoder, nye verktøy osv. kunne en stå i fare for å miste av synet de relasjonelle aspektene som de i praksis erfarte var det mest virkningsfulle i terapien. En av informantene mente imidlertid at samvalg under utarbeidelse av behandlingsplaner kunne stimulere til en god relasjon.

Som behandler bør en ha en trygghet i egen rolle. Vite hva jeg kan, og hva jeg ikke kan. Den åpne dialogen vi må ha når vi jobber med behandlingsplaner og samvalg synes jeg gir den tryggheten, tilliten og forutsigbarheten.

De ansatte var også opptatt av det å like mennesker og å like faget. En sa det slik:

Jeg synes det er en kultur her på at vi brenner for både pasientene og faget, det synes jeg er et godt utgangspunkt.

Det ble også sagt en del om at mange av pasientene som henvises til poliklinikken har en trøblete og brokete historie, enkelte med svik fra omsorgspersoner, men også fra hjelpeapparat. Det fordret et ekstra stort ansvar i forhold til det å representere noe annet, og forhåpentligvis kunne lege noen mentale sår. En pekte også på det å holde oppe håpet og stimulere til at pasientene kan finne sine egne drømmer og stimulere til fremtidshåp og vekst. Her er et av sitatene:

Erfaringsmessig har vi vel alle gått i gang og støttet pasienter i prosjekter som vi kanskje ikke tror på, men så tenker vi kanskje: «la han prøve», også ser vi. Kanskje går det. Vi skal i hvert fall passe oss vel for å ta håpet fra noen.

5.3.3 Kunde, klient eller pasient?

De ansatte i studien hadde lengre refleksjonsrunder omkring språkbruk og hvilken påvirkning ord og begreper kunne ha i forhold til hvordan de forholdt seg til menneskene de skulle hjelpe. De var opptatt av verdighet og respekt og hvordan dette kunne vise seg gjennom ord og benevnelser. En av informantene tok til orde for at ordet pasient kunne være problematisk, og at dette kanskje hadde blitt mer aktualisert når de hadde fått mer kunnskap om samvalg. Han sa følgende:

Kunde, klient, pasient. -Pasient er jo veldig innarbeidet, og i et sykehussystem er de vel kanskje det. Men allikevel. I ordet pasient ligger det et objekt-subjekt, ikke nødvendigvis et subjekt – subjekt.

I forlengelsen av dette utsagnet var det flere som tok til orde for at samvalg hadde gjort dem mer bevisste på det å utligne den makt-ubalansen som potensielt ligger i pasient-behandler rollen. En sa det på denne måten:

Dette systemet vi jobber i har ikke alltid vært rigget for en likestilling. Historisk sett har det vært veldig ovenfra og ned. Det er en bevegelse her ved at brukerstemmen får komme mer og mer frem. Selv om jeg synes vi ved denne poliklinikken egentlig har vært ganske flinke på dette, også tidligere. Men jeg tror det er viktig at vi minner oss selv, og hverandre på dette, hele tiden slik at vi ikke mister det. Det synes jeg samvalg har bidratt med.

Flere av de ansatte var også opptatt av at samvalg og pakkeforløp hadde bidratt til en kvalitetssikring av behandlingstilbudet ved at pasienter ikke lenger var så prisgitt den enkelte behandler og dens syn og preferanser.

Alt blir litt mer transparent på alle vis. Det er sunt, og intensjonen med samvalg og pakkeforløp er at pasienter ikke skal være så prisgitt den enkelte behandler. At de skal få informasjon om hva de har rett på, og faktisk få den behandlingen, uavhengig av hvilken behandler du møter.

Andre igjen mente at det var en illusjon, og at de som terapeuter aldri ville kunne klare å bli helt nøytrale i forhold til informasjonen de formidlet og behandlingsintervensjonene de presenterte. Flere mente at det var naturlig å «selge inn» den behandlingstilnærmingen de selv hadde tro på og gode erfaringer med. Her er sitater fra to av deltagerne:

Når det ble forventet at vi skulle liste opp ulike behandlingstilnæringer kjente jeg på motstand.

Pasienten vil alltid være prisgitt den behandleren de får, og hvilken kompetanse den har. Alle har vi forskjellige erfaringer, bakgrunn og kjennskap til systemet. Vi er gode på ulike ting. Jeg er nok ikke så opptatt av å ramse opp ulike terapiformer. Jeg presenterer det heller som samtaleterapi, medikamentell behandling osv. Tenker at det er innafor å tenke samtaleterapi som eklektisk.

Andre tok til orde for at tverrfaglig samarbeid kunne veie opp og balansere det at pasienter fikk et godt og variert behandlingstilbud tilpasset ens unike behov. Flere løftet frem det at pasienter ofte fikk møte flere fagpersoner fra ulike profesjoner i sitt behandlingsløp ved poliklinikken, og at en i de tverrfaglige behandlingssøtene både kunne kvalitetssikre, men også innhente annen kompetanse der det var nødvendig. Et eksempel som ble gitt var at når en pasient f.eks. kunne ha nytte av EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) for å bearbeide traumer kunne en få bistand fra kolleger som kunne gi denne behandlingen.

Det å kunne spille på kollegaer og drøfte pasientsaker i tverrfaglig team er bra. Det synes jeg er en veldig god ting som gjør meg tryggere.

Flere av de ansatte sa at de opplevde at samvalgstenkning representerer dagens vestlige samfunn, og hvordan helsetjenesten organiseres i vestlige land og i Norge. De opplevde at helsetjenesten de siste årene har blitt mer transparent, og viste blant annet til lov- og praksisendringer de siste årene hvor pasienter har lesetilgang til egen journal. En av informantene tegnet dette bildet:

Det krever definitivt mer av oss. Vi må holde oss oppdaterte. Det at pasientene nå har tilgang til egen journal gjør at jeg tenker mer på hva jeg skriver, hvordan jeg formulerer meg. Det tenker jeg er veldig bra.

De var også opptatt av samfunnsstrukturer, og at de som arbeidet innenfor helsetjenesten i stor grad påvirkes av det. Samvalg tenkte de representerte dagens samfunn, og flere tok til orde for at de som helsepersonell var forpliktet til å følge med i tiden. En beskrev det på denne måten:

Samvalg representerer vel litt tiden vi lever i. Før var det veldig sånn at pasienten oppsøkte doktoren og doktoren var den som visste og kunne. Imens nå er folk flest, inkludert pasientene på denne poliklinikken, opplyste om hva som finnes av behandling. De snakker med andre, de søker på nett og er generelt godt opplyst. De er også vant til å kunne plukke og velge. Det krever mer av oss.

5.4 Samvalg i praksis

5.4.1 Rom og tid for samvalg -organisatoriske rammebetingelser

Flere av informantene er opptatt av den travle kliniske hverdagen de befinner seg i, og hvordan best manøvrere i den. Forbedringsprosjekter og organisatoriske endringer blir ansett som mer forstyrrende enn til hjelp, og introduksjon av samvalg har ført til både forvirring og frustrasjon. Samtlige informanter er enige i at det å implementere pakkeforløp i behandlingen, og samtidig oppfordre til bruk av samvalg, var uheldig da det førte til for mange nye rutiner og prosedyrer på en og samme tid. Alle sier at pakkeforløp er det som har forrang da dette er et myndighetskrav, og at her kreves det registrering i det digitale journalsystemet. Manglende registrering og oppfølging gir det informantene kaller «røde tall», og flere tar til orde for at det å bli kontrollert og målt er stressmomenter i arbeidshverdagen. En informant sier det på denne måten:

Det kommer stadig nye ting i dette systemet. Men den kliniske hverdagen ruller videre, også sitter du der og holder nesten på å drukne også er det nok en ting. Det er gjerne det som er bakgrunnen for motstanden.

Andre igjen tar til orde for at motstanden har bleknet litt etter hvert som de har sett nytten av både pakkeforløp, behandlingsplaner og samvalg. En av deltagerne beskriver det på denne måten:

Pakkeforløp, behandlingsplaner og samvalg er vel kanskje sånne ting som vi blir litt sure i forhold til, når vi først får de presentert. Men jeg har vel egentlig landet på at det ikke er så dumt. Man får evaluert, satt i system og plassert ting på riktig plass. Det synes jeg har vært fint.

Det som imidlertid går igjen som et mønster i denne studien er at informantene snakker mye om systemet og systemets forventninger. En av informantene oppsummerer det slik:

Samvalg representerer litt systemet. Når jeg for eksempel er presset på tid må jeg rette fokuset mitt på pasientene og på de pasientsakene hvor det brenner. Da driter jeg i systemet.

En poliklinikkhverdag blir av informantene beskrevet som kompleks og dels uforutsigbar, og innimellom skjer det uforutsatte hendelser som rokker ved arbeidsroen. En informant sier at de er presset på tid, noe som gir gjenklang hos de andre i gruppa. En av dem sier:

For å fremheve den travelheten vi står oppi, så er det medarbeidere som er sykemeldte. Disse må ivaretas, men også pasientene vedkommende har behandlingsansvar for. I tillegg skal nye pasienter tas imot. Medarbeidere skal slutte, og nye skal inn. Dette er realiteten og virkeligheten, og da øker presset og travelheten.

En av deltakerne hevdet at dersom en hadde gått gjennom alle pasientjournaler ved poliklinikken og sett på om det var benyttet samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner ville en sett *stygge tall* som han kaller det. Enkelte nikker og sier seg enig i utsagnet, imens andre er uenige og sier de bruker samvalg når de utarbeider behandlingsplaner.

I forlengelsen av at samtalen omhandlet vansker og barrierer kommer også informantene med forslag til forbedringspunkter og organisatoriske endringer. Et forslag som ble presentert var at merkantilt personell hadde et ansvar for å registrere og sikre at tidsfrister i forhold til utredning og kliniske beslutninger ble overholdt. Følgende utsagt understøttet det:

I poliklinikk sitter vi veldig mye alene med ansvar. Hvis vi kunne fått mer støtte fra f.eks. merkantilt personell hadde det vært til stor hjelp. Et støttende system som legger til rette for at vi skal bli bedre i stedet for å komme med kritikk når vi ikke har gjort alt riktig og til rett tid.

Et annet tema som opptok flere av de ansatte var kravet og forventningene om at de skulle holde seg faglig oppdaterte om hva som til enhver tid var beste kliniske praksis. Flere tok til orde for at de alltid hadde vært opptatt av å holde seg faglig oppdaterte, men at samvalg hadde tydeliggjort dette. De var løsningsorienterte, og opptatt av hvordan dette kunne bedres i praksis. En av informantene sa det på denne måten:

Jeg er opptatt av å gi god informasjon til pasientene, men da må vi også ha solid kunnskap om hvilke behandlingsalternativer som finnes og presentere disse på en god måte. Det å klare å være åpen og nøytral er utfordrende. Jeg synes det hadde vært fint om det ved poliklinikken ble utarbeidet en liste over hvilke behandlingsalternativer som kan tilbys for de ulike lidelsene.

5.4.2 Delt beslutningstaking fordrer også delt risikotaking

Et tema som opptok samtlige av de ansatte var at de alltid ønsket det beste for pasientene de behandlet. De sa alle at det kunne være vondt å se at pasienter tok dårlige valg, og at det i samvalgstenkningen var forventet at de skulle informere på en saklig og nøktern måte, men helst ikke gi råd og lede pasienter i behandlingsvalg. En informant sa dette:

Det er vel egentlig fint at pasienter får ta informerte valg. Men så ser vi innimellom at de ikke tar de valgene vi ville anbefalt, men det at de får prøve livet selv, gjøre egne erfaringer, både gode og dårlige er vel bra.

Andre mente at samvalg kunne true deres faglighet. Det ble pekt på at faglige vurderinger stadig måtte få en sentral plass i behandlingsforløpene, hvis ikke undergravet samvalg hele fagets eksistens. Her er to sitater som omhandler dette:

Samvalget må ikke flyte helt løst, da er det vel egentlig ingen vits i at de går i behandling ved poliklinikken. Dette er kanskje satt veldig på spissen, men allikevel. Vi har et ansvar for å få disse unge menneskene på beina og opp av senga. De har vel alle hatt noen drømmer, ønsker og mål som har ramlet helt i grus. Da trengs det litt forsiktig pushing.

Jeg synes det er viktig at vi kommer frem med våre faglige vurderinger. Det er jo en grunn til at vi er her, at vi har denne jobben. Vi skal være med å styre litt hvis vi ser at ting blir helt feil.

Et dilemma de ansatte reflekterte omkring var hvorvidt det var mulig å benytte samvalg når de behandlet pasienter som var underlagt tvunget psykisk helsevern. Det ble pekt på at samvalg og verdigrunnet samvalg var tuftet på kunne være nyttig også i en tvangs-behandling. Hvordan tvangen ble forvaltet og utført kunne fremstå voldsom og brutal, men også human dersom intervensjonene ble forklart og gjort på en skånsom måte. Flere tok også til orde for at pasienter alltid kunne og burde få medvirke i noe, men at manglende samtykkekompetanse kompliserte dette og medførte at det ikke ville kunne sortere under samvalg. En av informantene sa:

I situasjoner hvor en pasient er vurdert til ikke å være samtykkekompetent klarer jeg ikke se at det er så mye samvalg akkurat der. Men mange pasienter og brukerrepresentanter har pekt på at det i slike situasjoner er viktig at vi som behandlere formidler holdninger og verdier som gjør at de kan bevare mest mulig selvrespekt oppi det hele. At en kan enes om noe, eventuelt enes om å være uenige. Jeg tror da vi kan klare å opprettholde en god kommunikasjon og kanskje senere utvide relasjonen og tilliten.

6 Diskusjon og implikasjoner

Denne studien har sett nærmere på bruk av samvalg som arbeidsform under utarbeidelse av behandlingsplaner ved en psykiatrisk poliklinikk som utreder og behandler unge mennesker i alderen 15-30 år med alvorlige psykiske lidelser, primært i psykosespekteret. Studien har hatt en fenomenologisk tilnærming og har søkt de ansattes perspektiver på leten etter faktorer som fremmer og evt. hemmer bruk av samvalg i klinisk praksis. Videre er det sett nærmere på om implementering av samvalg som arbeidsmetode førte til en holdnings- og praksisendring hos de ansatte.

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg reflektere kort rundt studiens metodevalg med henblikk på reliabilitet og validitet. Deretter vil jeg drøfte funnene studien identifiserte i lys av aktuell teori og tidligere forskningsfunn.

Ikke all teori presentert tidligere i avhandlingen anses relevant for den direkte drøftingen, men teorien anses allikevel sentral ved at den danner et bakteppe og fremmer en helhetlig forståelse av studiens tematikk.

6.1 Metodediskusjon, reliabilitet og validitet

Gjennom forskningsarbeidets kvalitet har jeg vektlagt å sikre studiens reliabilitet. Studiens reliabilitet har til hensikt å se nærmere inn på forskningsarbeidets pålitelighet. I en kvalitativ undersøkelse hvor det benyttes intervju vil forskeren selv være et viktig verktøy, og studiens reliabilitet vil derfor i stor grad avhenge av hvordan forskeren utførte undersøkelsen og behandlet datamaterialet (Thagaard 2018:188).

I den forbindelse var det viktig å gjøre gode forberedelser. Jeg utarbeidet en intervjuguide, men fulgte ikke denne slavisk under selve intervjuene siden informantene snakket mye og kom inn på flere av temaene uten direkte styring. Intervjuguiden sikret imidlertid at alle temaer ble berørt.

Informantene kjente hverandre godt siden de er kollegaer, og atmosfæren i intervjuet opplevdes god med rom for uenigheter og konstruktive diskusjoner.

Det at jeg selv er ansatt ved samme poliklinikk er noe jeg har måttet reflektere rundt. Min kjennskap til de ansatte erfarte jeg i denne studien som en fordel. Jeg opplevde de ansatte som ærlige og åpne i intervjuene. De ga uttrykk for at det var meningsfullt å komme med sine synspunkter i forhold til samvalg som arbeidsmetode, da det var noe

som opptok dem i deres arbeidshverdag. At jeg har vært medlem av den interne arbeidsgruppen kan ha påvirket forskningsprosessen. For å sikre en god forskningsprosess har jeg det siste året hatt en tilbaketrasket rolle i det arbeidet. I forkant av intervjuene tydeliggjorde jeg for informantene at hensikten med studien var å se nærmere på deres erfaringer med bruk av samvalg, og om implementering av metoden hadde ført til en endring i holdnings- og praksisutøvelsen. En fallgrube kunne være at informantene fremsnakket arbeidsmetoden for ikke å skuffe den interne prosjektgruppen. Dette opplevde jeg imidlertid ikke som et problem i undersøkelsen. Som ansatt på poliklinikken kjenner jeg den indre kulturen, og det å være kritisk og komme med konstruktive tilbakemeldinger er noe det både er rom for, og blir oppfordret til. Dette opplevde jeg også var tilfelle i selve intervjuene.

Studiens validitet har til hensikt å vurdere om aktuelle funn er i tråd med den virkeligheten som er undersøkt. Informantene i denne studien tilhørte yrkesgruppene klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier og psykologspesialist. Det lyktes ikke å rekruttere lege som informant, men det tas likevel til orde for at utvalget representerer virkeligheten ved en psykiatrisk poliklinikk.

Gjennom hele forskningsprosessen har det også vært viktig å redegjøre for studiens teoretiske ståsted, for på den måten vise hva som er lagt til grunn for analysen og resultatene (Thagaard 2018:189).

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg tilstrebet å være transparent i forhold til hvordan undersøkelsen har blitt utført og hvordan min forforståelse kan ha farget resultatene. Basert på overnevnte aspekter vurderes undersøkelsen valid.

6.2 Samvalg i praksis -et rom for vekst

Denne studien tegner et bilde av ansatte som var skeptiske til samvalg som arbeidsmåte når den først ble presentert i 2018, men som siden har sett at samvalg kan være en inngangsport til gode og konstruktive samtaler med pasienter.

6.2.1 Opplæring i samvalg som arbeidsform

Studiens funn peker på at opplæringen i samvalg bør rettes direkte inn mot den pasientgruppen det jobbes med ved den aktuelle avdeling. Ifølge denne studien ville en

spissing inn mot pasientgruppen, i dette tilfelle unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser, gjort opplæringen og implementeringen mer vellykket.

De ansatte hadde alle fått opplæring i samvalg fra en ekstern foreleser fra Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, men samtlige av informantene ga uttrykk for at opplæringen som den gang ble gitt førte til forvirring og frustrasjon. Enkelte sa at de kjente på motstand ved at det kom en ekstern ekspert som ikke kjente deres arbeidshverdag.

Flere av informantene problematiserte at den eksterne fagpersonen hadde sin faglige bakgrunn og kliniske erfaring fra somatikken. Det ble hevdet at samvalg innenfor det psykiske helsevern byr på andre, og gjerne mer komplekse, utfordringer enn ved somatiske problemstillinger.

Et annet aspekt studien pekte på som nyttig, i forhold til opplæring og implementering av samvalg, var at det fantes en intern arbeidsgruppe som tilførte opplæringen kontinuitet og stimulerte til engasjement rundt arbeidsformen. Dette er også noe som støttes av tidligere forskning.

Schôn mfl. (2018) konkluderte blant annet med at det å ha lokale ressurspersoner som hadde spisskompetanse på samvalg og samtidig kjente den indre kulturen virket positivt inn på implementeringen av samvalg. Studien pekte videre på viktigheten av å avsette nok tid ved implementering av nye arbeidsmetoder.

6.2.2 Samvalg – de ansattes forståelse av metoden

Hvordan helsepersonell forstår samvalg, og hvordan arbeidsformen tas i bruk i den daglige kliniske praksisen anses som viktig og relevant.

Flere av informantene i denne studien tok til orde for at samvalg ikke var noe nytt, men at det var et annet og nyansert ord for det allerede eksisterende begrepet brukermedvirkning. Det at de ansatte straks assosierte samvalg til brukermedvirkninger er en indikasjon på at de har forstått det sentrale i samvalg som arbeidsform.

Hickey og Kipping (1998) presenterer en modell for brukermedvirkning som differensierer mellom fire ulike grader av medvirkning. Henholdsvis informasjon, konsultasjon, partnerskap og brukerstyring. Samvalg kan argumenteres inn i modellens to høyeste grader av brukermedvirkning: partnerskap og brukerstyring. Men dersom pasienters deltagelse i behandlingsbeslutningen kun innebærer at de har fått

informasjon og blitt konsultert vil det ikke anses som et samvalg. I lys av denne modellen er derfor samvalg å anse som høy grad av brukermedvirkning på individnivå. Studien viser viktigheten av å se sammenhengen mellom brukermedvirkning og samvalg, men peker samtidig på behovet for å identifisere og tydeliggjøre hva samvalg tilfører av nye momenter til klinisk praksis.

Flere av de ansatte i studien støttet utsagnet om at samvalg var et mer moderne begrep for det allerede etablerte brukermedvirkning, eller det en av informantene betegnet som «*gammel vin på nye flasker*». Andre igjen mente at samvalg var noe mer enn brukermedvirkning. Samvalg ble sett på som en prosess som krevde mer av dem som klinikere, og som forpliktet mer enn det brukermedvirkning hadde gjort. Studien viste imidlertid at det var utfordrende for de ansatte å gi en klar definisjon på hva samvalg var. Noen av informantene forbandt samvalg med en prosedyre, mens andre tok til orde for at de forstod samvalg som en bevisstgjøring i forhold til pasientsyn og holdninger. Det at informantene hadde ulik oppfatning av hva samvalg var, og hvordan det skulle forstås og anvendes i klinisk praksis, er noe som understøttes av tidligere forskning. Flere studier som har sett nærmere på samvalg, har problematisert nettopp dette, og denne studien bekrefter altså at en uklar definisjon stadig er en barriere for implementering av arbeidsmetoden (Bomhof-Roordink mfl. 2019; Charles mfl. 1997; Makoul og Clayman 2006).

Definisjonen norske helsemyndigheter viser til i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet 2019) er lite presis sammenlignet med definisjoner i forskningslitteraturen (Bomhof-Roordink mfl. 2019; Charles mfl. 1997; Coulter mfl. 2011; Elwyn mfl. 2012).

Det at norske helsemyndighetene opererer med en romslig definisjon i forhold til samvalg (Helsenorge 2020; Prop. 121 S (2018–2019) 2019) kan føre til at arbeidsmetoden i varierende grad, og på ulikt vis, tas i bruk i klinisk praksis. Samtidig kan en argumentere for at en romslig definisjon innbyr til en pragmatisk holdning til samvalg, med rom for tilpasninger til pasientgrupper og den kliniske praksisen.

6.2.3 Samvalg i praksis

Studien søkte svar på om opplæring og implementering av samvalgsmetode kunne føre til en praksisendring hos de ansatte ved en psykiatrisk poliklinikk.

I denne studien problematiserte de ansatte at de stadig opplevde å bli presentert for nye rutiner og krav i sin arbeidshverdag. De refererte til at pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus ble introdusert i 2018 (Helsedirektoratet 2018), og at det interne prosjektet «Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner» fant sted i samme periode. Dette opplevde samtlige av de ansatte som krevende og mente det ble innført for mange nye prosedyrer og arbeidsformer parallelt. De ansatte sa imidlertid at de så en annen verdi i både pakkeforløp og samvalg nå, sammenlignet med tilbake til 2018 når dette først ble presentert. De mente samvalg som arbeidsform var egnet til utarbeidelse av behandlingsplaner. En informant sa:

Pakkeforløp, behandlingsplaner og samvalg er vel kanskje sånne ting som vi blir litt sure i forhold til, når vi først får dem presentert. Men jeg har vel egentlig landet på at det ikke er så dumt. Man får evaluert, satt i system og plassert ting på riktig plass. Det synes jeg har vært fint.

Studien antydte at enkelte av informantene anså samvalg som noe som finnes for systemets del. De presiserte imidlertid ikke hva de la i ordet system, men jeg tolket det dithen at systemet er en betegnelse på helsemyndighetene og helseforetakene. Andre igjen så på samvalg som en arbeidsform som fremmet en god relasjon. Basert på dette kan en anta at samvalg for enkelte av de ansatte opplevdes som en barriere for den terapeutiske relasjonen, mens andre opplevde at samvalg fremmet den terapeutiske relasjonen. Dette kan handle om at de ansatte forstår samvalg ulikt.

Samvalg kan ses på som en metode, men det er kanskje riktigere å se på samvalg som en prosess hvor helsepersonell sammen med pasienten kommer frem til en felles beslutning om behandlingen.

Dette støttes av Makoul og Clayman (2006) som viser til at samvalg som arbeidsform bør bestå av følgende åtte aspekter: problemidentifisering, presentasjon av behandlingalternativer, se på fordeler og ulemper ved de ulike behandlingene, få innsikt i pasientens verdier og preferanser, drøfte pasientens tro på egen mestring, presentere hva forskning sier er beste intervensjon og til slutt enes om en beslutning. Studien viste at implementering av samvalg hadde ført til en økt bevissthet hos de

ansatte i forhold til å inkludere pasientene i utforming av egne behandlingsforløp. De tok til orde for at de tilbake i 2018, når de fikk opplæring i arbeidsformen, forbant samvalg med merarbeid og skjemaer, mens det nå to år senere betegner samvalg som «*noe vi har i bakhodet*». Samvalg i praksis ved poliklinikken i 2021 kjennetegnes ved at pasienten tas med, blir hørt og har en medbestemmelse i sin egen behandling.

6.2.4 Relasjon før metode -de ansatte holdninger

Studien problematiserer at det i samvalgstenkning blir rettet stor oppmerksomhet på valg av behandlingsmetoder, og at relasjonens betydning for et vellykket psykoterapeutisk behandlingsforløp er viet mindre oppmerksomhet.

Informantene i studien mente det i dagens psykiske helsevern tenderer mot en overdreven tro på metoder, teknikker og manualer, mens det bærende element i enhver psykoterapeutisk behandling er relasjonen og den terapeutiske alliansen. Relasjonen blir betegnet som grunnmuren i ethvert pasientmøte, og det å se den enkelte pasient, lytte, spørre og forvente var ord som ble brukt for å beskrive dette. En av informantene oppsummerte det slik:

Uten et samarbeid med pasienten er vi dømt til å mislykkes. Vi må lete etter pasientens drivkraft og drømmer. Også må vi tilpasse oss etter hvor pasienten befinner seg.

Relasjonens betydning for den terapeutiske alliansen støttes og forstås av fellesfaktortekningen som første gang ble presentert av Lambert (1992). Den gjensidige respekten mellom pasient og terapeut bør bygges på empati og aksept og vil ha en signifikant betydning for behandlingsutfallet. Teknikker og behandlingsmetoder blir ansett som mindre viktige. Den største betydninger ligger imidlertid i utenforliggende faktorer som pasientens sosiale nettverk, jobb, tilhørighet til et trossamfunn osv. Dette støttes også av den biopsykososiale forståelsesmodellen og stress-sårbarhetsmodellen som peker på kompleksiteten i ethvert menneskes liv og psykiske helse. Disse modellene tjener som et rammeverk for å forstå hvordan psykisk sykdom oppstår, men like viktig hvordan en tilfriskningsprosess og behandling bør være (Fugelli og Ingstad 2016; Johannessen og Joa 2021).

Maktforskyvning og maktutligning står sentralt i recoverytradisjonen hvor brukermedvirkning og samvalg har sitt utspring. Verdens helseorganisasjon betegner i

tillegg empowerment som en grunnleggende verdi for å fremme god psykisk helsehjelp (World Health Organization 1998).

I lys av samvalgstenkingen viste denne studien at begrepet pasient kunne være problematisk ved at det lå en maktubalanse i selve ordet. Hem (2013) skrev en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening omhandlende begrepet *pasient*, og så nærmere på alternative ord som klient, bruker og kunde. Kronikken konkluderte imidlertid med at de alternative begrepene også hadde sine baksider, samt at pasient var et innarbeidet ord som også var forbundet med viktige rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Selv om begrepet pasient beholdes er det viktig med en bevissthet omkring hvilke egenskaper en tillegger mennesker som får denne rollen.

Rogan (2014:18) skriver at en bør tilstrebe likeverd i relasjonen mellom pasient og behandler, og at i dette likeverdet bør det ligge et felles ansvar om felles beslutning. Denne studien viste at implementering av samvalg som arbeidsform stimulerer til en bevisstgjøring hos de ansatte i forhold til maktaspektet i pasient-terapeut relasjonen, noe som kan føre til en maktutligning.

Utligning av makt i pasient-terapeut relasjonen anses som viktig, samtidig pekte studien på sentrale aspekter og dilemmaer omkring dette i møte med unge pasienter med alvorlige psykiske vansker.

Bjønness mfl. (2020) betegner ungdomstiden som en brytningstid preget av store fysiske, psykiske og sosiale endringer som øker ungdoms sårbarhet for å utvikle psykiske vansker. Studier bekrefter også at psykiske vansker primært oppstår i ungdomstiden, 75% som blir diagnostisert med en psykisk lidelse har debutert før fylte 25 år (Johannessen og Joa 2021). Studiens resultater pekte også på kompliserende aspekter i behandling av unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Flere av informantene betegnet det som vondt å se at pasienter tok dårlige valg i egne liv. I forlengelsen av dette mente de at det enkelte ganger var riktig av dem som helsepersonell å ta over styringen. De refererte da til at de som helsepersonell pliktet å yte forsvarlig helsehjelp, og at enkelte ganger var det riktig og viktig å ta over styring og kontroll.

Fire av studiene det refereres til i det innledende kapittelet har undersøkt samvalg i møte med pasienter med psykoseproblematikk og/eller ungdom (Bjønness mfl. 2020; Haugom mfl. 2020; Hayes mfl. 2019; Zisman-Ilani mfl. 2021).

Artikkelen til Zisman-Ilani og kollegaer (2021) inviterer til en viktig debatt omkring

samvalg i møte med mennesker med psykoseproblematikk, og sier at «Shared decision making» fordrer «shared risk taking». Kanskje fanger denne artikkelen noe av det som vanskeliggjør en implementering av samvalg i møte med denne pasientgruppen. Det at både helsepersonell og pasienter må være klar over, og sette ord på hvilke risikofaktorer som finnes ved f.eks. det å ikke ta antipsykotiske medikasjon eller ikke legges inn ved akutt forverring i tilstand. I forlengelsen av dette resonnementet utfordrer samvalgstenkningen de velkjente grunnprinsipper for medisinsk og helsefaglig profesjonsetikk som sier at helsehjelpen som ytes skal: *gjøre godt, respektere selvbestemmelse, ikke skade og være rettferdig* (Beauchamp og Childress 2019). I lys av dette er det forståelig at samvalg byr på faglige, så vel som etiske dilemmaer i behandling av unge mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Denne studien har identifisert muligheter så vel som begrensninger ved å ta i bruk metoden under utarbeidelse av behandlingsplaner.

6.3 Konklusjon

Studien har undersøkt hvorvidt opplæring og implementering av samvalg som arbeidsform har ført til en endring i praksisutøvelse ved en poliklinikk for unge voksne med alvorlige psykiske lidelser. Studien søkte også svar på om implementering av samvalg kunne føre til en holdningsendring hos de ansatte.

Studien viser at de ansatte var skeptiske til implementering av samvalg som arbeidsform når den først ble presentert i 2018. Undersøkelsen identifiserte en svakhet i den interne opplæringen ved at innleid foreleser ikke hadde kunnskap om pasientgruppa, noe som medførte en motstand hos de ansatte. Skepsisen har imidlertid avtatt, og studien viser at de som tar arbeidsformen i bruk opplever samvalg som en inngang til fruktbare samtaler som fremmer engasjement hos pasienten og legger til rette for eierskap til behandlingen.

Studien viser også at samvalg kan fremme gode holdninger og stimulere til et respektfullt pasientsyn med henblikk på autonomi og mestring. Avslutningsvis tas det høyde for at det finnes flere forståelser og erfaringer hos de ansatte enn det denne studien har klart å identifisere.

6.4 Implikasjoner for praksis

Kunnskap fra studien baseres på et lite utvalg, men jeg tør allikevel å hevde at den har overføringsverdi også til andre psykiatriske behandlingsenheter. Studien viser muligheter, men peker også på dilemmaer i forhold til det å ta i bruk samvalg som arbeidsform i møte med ungdommer med alvorlige psykiske vansker. Det finnes et begrenset antall studier som ser på bruk av samvalg i beslutningsprosesser rettet inn mot denne pasientgruppa, og et håp er derfor at denne studien kan bidra med kunnskap i forhold til tematikken.

Denne studien undersøkte de ansattes erfaringer med bruk av samvalg under utarbeidelse av behandlingsplaner. I det videre kunne det vært interessant å se nærmere på hvordan pasientene ved samme poliklinikk erfarte bruk av samvalg.

Referanser

- Beauchamp, Tom L., og James F. Childress. 2019. *Principles of biomedical ethics*. Eighth edition. New York: Oxford University Press.
- Beyene, Lise S., Elisabeth Severinsson, Britt S. Hansen, og Kristine Rørtveit. 2018. «Shared Decision-Making—Balancing Between Power and Responsibility as Mental Health-Care Professionals in a Therapeutic Milieu». *SAGE Open Nursing* 4:237796081775215. doi: 10.1177/2377960817752159.
- Bjørnness, Stig, Petter Viksveen, Jan Olav Johannessen, og Marianne Storm. 2020. «User Participation and Shared Decision-Making in Adolescent Mental Healthcare: A Qualitative Study of Healthcare Professionals' Perspectives». *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 14(1):2. doi: 10.1186/s13034-020-0310-3.
- Bomhof-Roordink, Hanna, Fania R. Gärtner, Anne M. Stiggelbout, og Arwen H. Pieterse. 2019. «Key Components of Shared Decision Making Models: A Systematic Review». *BMJ Open* 9(12):e031763. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031763.
- Borg, Marit, og Alain Topor. 2007. *Virksomme relasjoner om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Braun, Virginia, og Victoria Clarke. 2006. «Using Thematic Analysis in Psychology». *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Braun, Virginia, og Victoria Clarke. 2013. *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. Los Angeles: SAGE.
- Bøe, Tore Dag, og Arne Thomassen. 2007. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Charles, Cathy, Amiram Gafni, og Tim Whelan. 1997. «Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes at Least Two to Tango)». *Social Science & Medicine* 44(5):681–92. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3.
- Coulter, Angela, Alf Collins, og England) King's Fund Centre (London. 2011. *Making Shared Decision-Making a Reality: No Decision about Me, without Me*. London: King's Fund.

Elwyn, Glyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, Adrian Edwards, og Michael Barry. 2012. «Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice». *Journal of General Internal Medicine* 27(10):1361–67. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.

Fugelli, Per, og Benedicte Ingstad. 2016. *Helse på norsk god helse slik folk ser det*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Grünwald, Lisa Marie, og Jemima Thompson. 2021. «Re-Starting the Conversation: Improving Shared Decision Making in Antipsychotic Prescribing». *Psychosis* 1–5. doi: 10.1080/17522439.2021.1903979.

Haugom, Espen W., Bjørn Stensrud, Gro Beston, Torleif Ruud, og Anne S. Landheim. 2020. «Mental Health Professionals' Experiences with Shared Decision-Making for Patients with Psychotic Disorders: A Qualitative Study». *BMC Health Services Research* 20(1):1093. doi: 10.1186/s12913-020-05949-1.

Hayes, D., J. Edbrooke-Childs, R. Town, M. Wolpert, og N. Midgley. 2019. «Barriers and Facilitators to Shared Decision Making in Child and Youth Mental Health: Clinician Perspectives Using the Theoretical Domains Framework». *European Child & Adolescent Psychiatry* 28(5):655–66. doi: 10.1007/s00787-018-1230-0.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2019. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Meld. St. 7 (2019-2020).

Helsedirektoratet. 2013. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2018. «Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020».

Helsenorge. 2020. «Samvalg». *Helsenorge.no/samvalg/*. Hentet 3. mai 2021 (<https://www.helsenorge.no/samvalg/>).

Hem, Erlend. 2013. «Pasient, klient, bruker eller kunde?» *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133(8):821–821. doi: 10.4045/tidsskr.13.0527.

- Hickey, Gary, og Cheryl Kipping. 1998. «Exploring the Concept of User Involvement in Mental Health through a Participation Continuum». *Journal of Clinical Nursing* 7(1):83–88. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x.
- Hoffmann, Tammy C., Victor M. Montori, og Chris Del Mar. 2014. «The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making». *JAMA* 312(13):1295. doi: 10.1001/jama.2014.10186.
- Hummelvoll, Jan Kåre, og Tor Erling Dahl. 2004. *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie*. 6. Ad Notam Gyldendal.
- James, Karen, og Alan Quirk. 2017. «The Rationale for Shared Decision Making in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Discourse». *Mental Health Review Journal* 22(3):152–65. doi: 10.1108/MHRJ-01-2017-0009.
- Johannessen, Jan Olav, og Inge Joa. 2021. «Moderne psykoseforståelse: Fra hjernelidelse til stresslidelse». *Dialog* (1).
- Karlsson, Bengt og Borg, Marit. 2013. *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. 1. utg., 1.oppl. Oslo: Gyldendal.
- Karlsson, Bengt, og Marit Borg. 2017. *Recovery tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kienlin, Simone, Mirjam Smedsrød, Hilde Eide, og Jürgen Kasper. 2020. «Sykepleiere trenger kompetanse i samvalg». *Sykepleien* (82530):e-82530. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.82530.
- Lambert, Michael J. 1992. «Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapists, i J.N Norcross (red.)». i *Handbook of psychotherapy integration*. New York: New York: Basic Books.
- Lerdal, Anners, og Bengt Karlsson. 2009. «Bruk av fokusgruppeintervju». *Sykepleien Forskning* (3):172–75. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0036.
- Makoul, Gregory, og Marla L. Clayman. 2006. «An Integrative Model of Shared Decision Making in Medical Encounters». *Patient Education and Counseling* 60(3):301–12. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010.

- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. 4. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norcross, John C., og Michael J. Lambert. 2011. «Psychotherapy Relationships That Work II.» *Psychotherapy* 48(1):4–8. doi: 10.1037/a0022180.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Lovdata.no.
- Pedersen, Audun. 2014. «Recovery som fagperspektiv og praksisfelt». S. 99–119 i *Å sette farge på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*, redigert av A. Almvik og L. Borge. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, Reidar. 2007. «[Kierkegaard and the art of helping]». *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Række* 127(2):209.
- Prop. 121 S (2018–2019). 2019. «Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019 - 2024)».
- Psykisk helsevernloven. 1999. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Lovdata.no.
- Rogan, Thor. 2014. «Fra Opptappingsplan til samhandlingsreform». S. 15–28 i *Å sette farger på livet -helhetlig psykisk helsearbeid*, redigert av Almvik, Arve og Borge, Lisbet. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruyter, Knut W., Jan Helge Solbakk, og Reidun Førde. 2014. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ryum, Truls, og Joar Øveraas Halvorsen. 2014. «Psykoterapiforskning». S. 25–48 i *Psykoterapi: tilnærminger og metoder*, redigert av L. E. O. Kennair og R. Hagen. Oslo: Gyldendal akademisk.
- samvalg.no. u.å. «Forankring og organisering». Hentet 3. mai 2021 (<https://samvalg.no/forankring-og-organisering/>).
- Schön, Ulla-Karin, Katarina Grim, Lars Wallin, David Rosenberg, og Petra Svedberg. 2018. «Psychiatric Service Staff Perceptions of Implementing a Shared Decision-Making

Tool: A Process Evaluation Study». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 13(1):1421352. doi: 10.1080/17482631.2017.1421352.

Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Slade, Mike. 2017. «Implementing Shared Decision Making in Routine Mental Health Care: FORUM - SHARED DECISION MAKING IN MENTAL HEALTH CARE». *World Psychiatry* 16(2):146–53. doi: 10.1002/wps.20412.

Sosialdepartementet. 1988. «St.meld. nr 41 (1987 - 88)».

Spatz, Erica S., Harlan M. Krumholz, og Benjamin W. Moulton. 2017. «Prime Time for Shared Decision Making». *JAMA* 317(13):1309. doi: 10.1001/jama.2017.0616.

St meld nr 25 (1996-97). 1997. «Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (1996-97)».

Storm, Marianne, Åslaug Botnevik Rennesund, og Målfrid J. Frahm Jensen. 2009. *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

St.prp. nr. 63 (1997-98). 1998. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.

Strømstad, Jon Vidar, Anne Berit Eie Torbjørnsen, og Anne-Margrethe Kinn Aasland. 2018. *Hvem er du? miljøterapi i relasjoner*. Stavanger: Hertervig akademisk.

Thagaard, Tove. 2018. *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforl.

Thorgaard, Lars. 2006. *Relationsbehandling i psykiatrien. Empatiens bevarelse i relationsbehandling i psykiatrien 2 2*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Thornquist, Eline. 2018. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*.

Wampold, Bruce E. 2001. *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.

Wifstad, Åge. 2019. «Vitenskapsteori». *Sykepleien Forskning* (78763):e-78763. doi: 10.4220/Sykepleienf.2019.78763.

World Health Organization, red. 1998. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.

Zisman-Ilani, Yaara, Paul H. Lysaker, og Ilanit Hasson-Ohayon. 2021. «Shared Risk Taking: Shared Decision Making in Serious Mental Illness». *Psychiatric Services* appi.ps.2020001. doi: 10.1176/appi.ps.202000156.

Vedlegg 1 (2 Sider)

Fra: eProtokoll <noreplyprotokoll@helse-vest-ikt.no>

Sendt: mandag 30. november 2020 13:38

Til: Johannessen, Jan Olav <jan.olav.johannessen@sus.no>

Emne: IS: eProtokoll - Behandlet

Vedrørende "2047 - Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner "

Hei,

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
2. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
3. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
4. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.

5. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
6. Data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (eProtokoll ID) fylles ut i søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter godkjenning av personvernombudet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 24.05.21 og sluttmelding skal sendes til PVO. Det bes å rette opp sluttmelding i samtykkeskrive.
9. Det bes å føre inn SUS logo i samtykkeskrivet.
10. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..
11. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 24.05.21
12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Lykke til med prosjektet

Med vennlig hilsen

Personvernombud

Rafal Yeisen

Gå inn på skjemaet og kontroller status og tilbakemelding.

<https://eprotokoll.ihelse.net/form/2047/4AB1F6F5B8C38BC5>

Vil du delta i forskningsprosjektet

Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvorvidt opplæring i samvalgsmetode kan føre til en holdnings- og praksisendring hos ansatte ved en psykiatrisk poliklinikk.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Samvalg er et begrep som har vunnet terreng innenfor helsevitenskap og blir pekt på som et ideal i utøvelse av dagens helsetjenestene. Også internasjonalt er det en metodikk som blir lagt merke til og samvalg tilsvarer det engelske begrepet shared decision-making.

Samvalg fordrer at pasienters preferanser skal vektlegges i utforming av helsehjelpen.

Dette har ført til en endring i helsepersonells arbeidshverdag, og jeg ønsker i denne kvalitative studien å se nærmere inn på dette. Jeg vil ved hjelp av fokusgruppeintervjuer undersøke hvorvidt bruk av samvalg i beslutningsprosesser kan føre til en holdnings- og praksisendring hos helsepersonell.

Forskningen er del av en masterstudie i relasjonsbehandling ved Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Stavanger Universitetssjukehus, Avdeling unge voksne og flyktninger, Gausel poliklinikk er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig å intervjuer individualterapeuter ved Stavanger universitetssjukehus, Gausel poliklinikk.

Målet er å inkludere 10 individualterapeuter i undersøkelsen.

Inklusjonskriterier er at en må være ansatt som individualterapeut ved poliklinikken med behandlingsansvar for pasienter.

Student er selv ansatt som individualterapeut ved poliklinikken, og alle som tilhører vedkommendes behandlingsteam vil ekskluderes fra undersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien vil du delta på et 90 minutter langt fokusgruppeintervju sammen med cirka 4 kollegaer. Kristin Øyre vil lede intervjuet. I tillegg vil det være med en sekretær.

Det vil bli tatt lydopptak og notater under intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Masterstudent, veileder og sekretær vil ha tilgang til datamaterialet. Lydfilene vil bli transkribert etter intervjuet, og lydfilene lagres i låsbart skap. Det transkriberte datamaterialet vil bli lagret på egen forskningsserver. Alle informanter vil bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?
Opplysningene anonymiseres når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Stavanger Universitetssjukehus ved

- Veileder/prosjektansvarlig: Jan Olav Johannessen, professor i psykiatri, tlf 90 99 85 95
jan.olav.johannessen@sus.no
- Personvernombud Helse Stavanger: Rafal Yeisen, tlf 51 51 80 60
personvernombudet@sus.no

Med vennlig hilsen

Jan Olav Johannessen
Forsker/veileder

Kristin Øyre
Student Universitetet i Stavanger
Master i Relasjonsbehandling

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 24/5-21

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 (2 Sider)

INTERVJUGUIDE helsepersonell, Gausel poliklinikk FOKUSGRUPPE

Moderator	Kristin Øyre		
Sekretær			
Sted		Dato	
Antall deltakere		Varighet på intervjuet	

Antall deltakere			
Deltaker 1	Kjønn		
	Profesjon		
Deltaker 2	Kjønn		
	Profesjon		
Deltaker 3	Kjønn		
	Profesjon		
Deltaker 4	Kjønn		
	Profesjon		
Deltaker 5	Kjønn		
	Profesjon		

Åpningsspørsmål:

- 1 Hva er det første du tenker på når du hører ordet samvalg?
- 2 Hva tenker du om at pasienter får være med å bestemme i utarbeidelse av sin egen behandling?

Nøkkelspørsmål:

- 3 Hvordan legges det til rette for bruk av samvalg i beslutningsprosesser ved Gausel poliklinikk?
- 4 Har du erfart at det er spesielle ting som må være på plass dersom en skal jobbe systematisk med samvalg?
- 5 Når er det vanskelig å få til samvalg i praksis?
- 6 Er det mulig å få til samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner når pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern?
- 7 I spesialisthelsetjenesten er det krav om diagnostisering. Er det mulig å tenke samvalg i forhold til dette?
- 8 Oppfølging og involvering av pårørende i behandlingen? Påvirkes det av samvalg?

- 9 Hva tenker du kjennetegner en god terapeut og en dårlig terapeut?
- 10 Samarbeidet mellom ansatte ved poliklinikken, hvordan kan det ha betydning for samvalg? Kultur på arbeidsplassen?
- 11 Hvordan har du opplevd den interne opplæringen i samvalg som metodisk tilnærming?
- 12 Har du erfaringer med å bruke standardiserte samvalgsverktøy? Hvis ja, hvordan opplevde du det?

Avslutningsspørsmål:

- 13 Ved Gausel poliklinikk har det vært et kvalitetsforbedringsprosjekt i.f.t. å ta i bruk samvalg i utarbeidelse av behandlingsplaner. Hvordan har erfaringen vært med dette? Har det ført til at samvalgsrutiner har fått større betydning i det kliniske arbeidet?
- 14 Hvordan kommer dere til å jobbe videre med dette? Har opplæringen i samvalgs-metodikk endret hvordan en jobber og tenker?

Tusen takk for at du ville dele dine tanker og erfaringer i dette intervjuet.

Avtale om båndlegging av bachelor- og masteroppgaven

mellom

KRISTIN OYRE

Studenten(e)s navn

05.04.82

fødselsdato

og

Navn på fagsvarlig v/UiS

institutt

og

Bedriftens navn

bedriftens kontaktperson

om bachelor- eller masteroppgave med følgende tittel:

SAMVALG I UTARBEIDELSE AV BEHANDLINGSPLANER
VED EN PSYKIATRIISK POLIKLINIKK. EN KVALITATIV
STUDIE AV DE ANSATTES ERFARINGER.
1 RETTIGHETER OG PLIKTER

- 1.1 Studenten(e) har opphavsrett til oppgaven, jfr årsverkloven av 12. mai 1961 nr 2, § 2. Studenten(e) har rett til å gjøre prosjektresultatene kjent gjennom publisering i vitenskapelige tidsskrifter, faglige møter og konferanser, populærvitenskapelig artikler og liknende. Studenten(e) plikter i sin utadrettede informasjon om prosjektet å nevne bedriften og UiS sin medvirking. Begrensninger i studentens rettigheter skal gå frem av denne avtale, jfr pkt 1.3.

- 1.2 Besvarelsen med alle vedlegg (tegninger modeller, apparaturer, oder og lignende) som er levert inn ved vurderingen av oppgaven, er UiS sin eiendom. UiS kan fritt framstille kopier av hele eller deler av oppgaven med vedlegg til undervisnings- og forskningsformål. På hvert eksemplar skal studenten(e) navngis slik lov og god skikk tilsier. UiS bør i tillegg nevne bedriften sin medvirkning.
- 1.3 Oppgaver som er levert inn, skal som hovedregel være offentlig tilgjengelige. Etter søknad fra bedriften kan UiS sperre offentliggjøringen normalt i inntil 2 år og maksimalt i 5 år. Søknader om sperring av oppgaver skal normalt være mottatt på instituttet ved formelt uttak av oppgaven. Dersom det likevel kommer opp behov for sperring underveis i arbeidet, må søknad være mottatt av instituttet senest innen 14 dager før innleveringsfristen. Sperring i inntil 2 år kan avgjøres av instituttleder etter anbefaling fra fagansvarlig. Søknader utover dette må avgjøres av dekan. I søknaden må det sannsynliggjøres betydelig akadevirking av offentliggjøring.
- 1.4 Klage over båndlegging og avslag på båndlegging behandles etter forvaltningslovens regler om klage over enkeltvedtak.
- 1.5 Oppgaven er båndlagt i **2**.

Ved båndlegging av oppgaven er studenten(e) og UiS underlagt taushetsplikt vedrørende den delen av oppgaven som begrunner båndlegging. Denne taushetsplikten gjelder i den perioden som oppgaven er vedtatt skjernet fra offentlighet.

Kravet om hemmelighet gjelder ikke informasjon som:

- a) var allment tilgjengelig da den ble mottatt
- b) var kjent av UiS eller studenten(e) ved mottakelsen
- c) ble mottatt lovlig fra tredjeperson uten avtale om taushetsplikt
- d) ble utviklet av UiS uavhengig av mottatt informasjon
- e) UiS som forvaltningsorgan ved lov er forpliktet til å utlevere
- f) det på grunn av den forløpse tid eller andre årsaker er åpenbart at de hensyn som har begrunnet hemmelighet ikke lenger er tilstede.

2 TVISTER

Tvist som gjelder forståelsen av denne avtalen eller forhold som springer ut av denne, skal søkes løst ved forhandlinger.

Dersom dette ikke lykkes innen 1 – en – måned etter at forhandlinger er begjært, skal tvisten avgjøres ved voldgift i Norge, jf lov av 14.05.2004 Voldgiftsloven. Stavanger tingrett skal være verneeting dersom partene ikke enes om annet sted. Dersom ikke annet er fastsatt i spesielle vilkår skal norsk rett legges til grunn for løsning av tvister. At en tvist er brukt inn til avgjørelse ved voldgift, fritar ikke i seg selv partene fra å oppfylle sine forpliktelser etter kontrakten.

3 AVTALEEKSEMPLARER OG SIGNATURER

Denne avtalen er underskrevet i 3 eksemplarer, hvorav studenten(e), UiS og bedriften får hver sitt eksemplar.

Stavanger, 18/5 2021(sted) / 20...

Studenten(e):

For bedriften:

navn: KRISTIN ØYRE

navn:

navn:

tittel:

navn:

Kristin Øyre
underskrift

.....
underskrift

.....
underskrift

.....
underskrift

NB! Avtalen skal vedlegges søknad om båndlegging der det må sannsynliggjøres betydelig skadevirkning av offentliggjøring, jfr. pkt.1.3 3 av
Avtalen skal være undertegnet av studenten(e) og bedriften og i 3 eksemplær før UiS behandler denne.

Stavanger, 12/05 2021
For UiS: *Inge Joa*
underskrift instituttleder/fakultetsdekan

navn i blokkbokstaver: *INGE JOA*
.....

*(NB! Der oppgaven er båndlagt for inntil 2 år, kan instituttleder undertegne.
Der oppgaven er båndlagt utover dette, skal fakultetsdekan undertegne.)*