

# Helsekommunikasjon som skreddersøm

En analyse av samvalgsverktøy og av helsepersonells holdninger til bruk av samvalgsverktøy

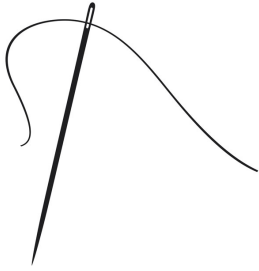
**Hilde Hystad Tallaksen**

**Veileder**

Elise Seip Tønnessen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2016  
Fakultet for humaniora og pedagogikk  
Institutt for nordisk og mediefag



Universitetet i Agder, 2016  
Fakultet for humaniora og pedagogikk  
Institutt for nordisk og mediefag

# Helsekommunikasjon som skreddersøm

---

*En analyse av samvalgsverktøy og av helsepersonells holdninger til bruk av samvalgsverktøy*



**Skrevet av Hilde Hystad Tallaksen**

Veiledet av Elise Seip Tønnessen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

# Sammendrag

---

Pasientinvolvering er et hett tema i dagens helse-Norge. Pasientene er mer aktive, krever mer informasjon og mer bestemmelsesrett enn tidligere. Denne oppgaven retter fokus mot hvordan helsepersonell opplever denne endringen. I studien undersøkes det hvordan metoden samvalg med bruk av digitalt samvalgsverktøy påvirker helsepersonells måte å kommunisere med pasienter på. Både hvilke muligheter og utfordringer det digitale beslutningsverktøyet gir for kommunikasjonen med pasienter, og hvilke holdninger helsepersonell har knyttet til dette vil undersøkes.

For å belyse problemstillingen gis det et teoretisk rammeverk knyttet til kommunikasjon, helsekommunikasjon og beslutningsmodeller i en medisinsk kontekst. Ved hjelp av medieanalyse, tekstanalyse og kvalitative intervjuer med helsepersonell og en brukerrepresentant søker oppgaven å avdekke faktorer som fremmer eller hemmer implementeringen av samvalgsverktøy. I tillegg undersøkes kommunikasjonsmulighetene som ligger i selve verktøyet, og hvordan helsepersonell opplever disse.

Resultatet av studien viser en usikkerhet rundt bruken av samvalgsverktøy. Helsepersonell er skeptisk til om alle pasienter vil forstå verktøyet, og om det vil føre til mer kompetente pasienter, eller økte skiller i ressursutnyttelsen blant befolkningen. Dessuten er de skeptiske til tidsbruk, og holdninger blant både pasienter og helsepersonell. Tekst- og medieanalysen viser at verktøyet kommuniserer godt, men har noen forbedringspotensial hva gjelder forklaringer, begrepsbruk og språklige valg. Det krever en god forståelse av digitale medier og av diagnose-spesifikke ord for å bruke verktøyet. Informantene er likevel enig i at verktøyet kan brukes som en ressurs for både helsepersonell og pasienter, hvis flere språklige alternativer, mer nyanserte valg og ulike kulturelle tilpasninger blir inkludert i samvalgsverktøyet

## Forord

---

Denne oppgaven er gjennomført som en avslutning på min mastergrad i samfunnskommunikasjon ved Universitetet i Agder, og representerer dermed et punktum for min tid som student. Arbeidet med oppgaven har vært utfordrende, spennende, slitsomt og vanvittig lærerikt!

Høsten 2015 var jeg praktikant hos Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Der ble frøet sådd for min spirende interesse for samvalg og samvalgsverktøy. At den digitale bølgen skyller over helsevesenet kan føre til bedre informasjonsflyt, kommunikasjon og koordinering mellom partene i helsevesenet. Likevel bet jeg meg merke til at ikke alle var like positive til samvalgsverktøyene som jeg hadde trodd. Motivasjonen for oppgaven ble derfor å undersøke hvordan bruken av et digitalt verktøy påvirker helsekonsultasjonen. Basert på denne nysgjerrigheten ønsket jeg både å analysere selve verktøyet, men også intervju helsepersonell for å finne essensen i deres holdninger. Jeg vil benytte anledningen til å takke både praksisplassen og informantene mine for hjelp og bidrag til oppgaven.

Det er flere personer som har bidratt med hjelp, støtte og gode råd underveis i skriveprosessen. Mine fantastiske medstudenter, med Nina, Margrete og min samboer Jo i spissen, har bidratt med motivasjon, diskusjoner og lange lunsjpauser dette halvåret som har vært betydningsfulle avbrekk fra skriveprosessen. Jeg vil også få takke min far for korrekturlesing og tekstforbedring, og min mor for positive oppmuntringer og heiarop gjennom hele skriveprosessen.

Til slutt vil jeg sende en stor takk til min veileder Elise Seip Tønnessen, som har hjulpet med å sortere tanker, finne teori, rette tekst og guide meg på rett spor i oppgaven. Dine råd, ideer og ikke minst din interesse for denne oppgaven har vært avgjørende for resultatet. Jeg er svært takknemlig.

Kristiansand, mai 2016  
Hilde Hystad Tallaksen

*”Det ikke er sånn at ”one size fits all”, en må ha noen grad av  
skreddersøm og da er jeg nødt til å vite målene på den som sømmen  
skal tilpasses” (Legen)*

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>III</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>IV</b>
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 SAMVALG .....	1
1.2 KONTEKSTUALISERING OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN .....	2
1.3 PROBLEMSTILLING OG HENSIKT .....	4
1.4 REFLEKSJONER OG BEGREPSAVKLARING .....	5
1.5 GANGEN I OPPGAVEN.....	6
<b>2 TEORETISK FORANKRING .....</b>	<b>7</b>
2.1 KOMMUNIKASJONSTEORI.....	7
2.1.1 <i>Lineær kommunikasjon</i> .....	7
2.1.2 <i>Semiotisk kommunikasjon</i> .....	10
2.2. MEDIUM.....	12
2.2.1 <i>Digitale medier og digital dugelighet</i> .....	14
2.3 TEKST.....	15
2.3.1 <i>Sosialsemiotikken</i> .....	15
2.3.2 <i>Tekstens fremstilling av virkeligheten</i> .....	17
2.4 SAMSPILL MELLOM MEDIUM OG TEKST .....	18
2.4.1 <i>Affordansemodellen</i> .....	18
2.5. HELSEKOMMUNIKASJON .....	19
2.5.1. <i>Helsefremmende allmenndannelse</i> .....	22
2.5.2. <i>Internett og selvdiagnostisering</i> .....	22
2.6 MAKT OG ASYMMETRI MELLOM LEGE OG PASIENT .....	23
2.7 AUTONOMI, PATERNALISME OG SAMVALG .....	25
2.7.1 <i>Tre medisinske beslutningsmetoder</i> .....	25
2.7.1.1. Den paternalistiske modellen .....	26
2.7.1.2 Den informerte modellen.....	27
2.7.1.3 Samvalgsmodellen .....	27
2.7.2 <i>Samvalg som helsekommunikasjon</i> .....	27
2.8. ETIKK OG DEN DIGITALE PASIENT .....	28
2.9 TEORETISK OPPSUMMERING.....	29
<b>3 METODISKE VALG OG REFLEKSJONER .....</b>	<b>30</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING .....	30
3.2 FORSKNINGSDESIGN .....	31
3.2.1. <i>Affordansemodellen</i> .....	32
3.2.2. <i>Medieanalyse</i> .....	33
3.2.3 <i>Tekstanalyse</i> .....	33
3.3 STUDIENS UTVALG .....	35
3.4 FORSKERENS FORFORSTÅELSE OG BAKGRUNNSKUNNSKAP .....	36
3.5 FORSKNINGSKVALITET .....	36
3.6 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER .....	38
3.7 ORGANISERING AV ANALYSEN .....	38
<b>4. ANALYSE.....</b>	<b>40</b>
4.1 MATERIELLE AFFORDANSER.....	41
4.1.1 <i>Teknologiske ressurser – Medieanalyse</i> .....	42
4.1.1.1 Brukergrensesnitt .....	42
4.1.1.2 Navigering .....	44
4.1.1.3 Hjelp og støtte .....	46
4.1.2. <i>Semiotiske ressurser – Tekstanalyse</i> .....	46
4.1.2.1 Beste alternativer, skjerm bilde 1 .....	47
4.1.2.2. Sammenlikn alternativer, skjerm bilde 2 .....	50

4.1.2.3 Hva jeg kan forvente, skjermbilde 3.....	52
4.2 SAMVALGSVERKTØY SOM ARENA FOR ULIKE KOMMUNIKATIVE PRAKSISER. EN OPPSUMMERING AV DE MATERIELLE AFFORDANSENE .....	54
4.3 SAMVALGSVERKTØYETS SOSIALE AFFORDANSER – ANALYSE AV INTERVJUENE.....	57
4.3.1 Fordeler og hindringer ved samvalgsverktøyet .....	57
4.3.2. Samvalgsverktøyets brukervennlighet.....	59
4.3.3 Helsepersonells barrierer.....	63
4.3.4 Ytre situasjonspåvirkninger.....	65
4.3.5 Oppsummering.....	67
<b>5. DRØFTING.....</b>	<b>68</b>
5.1 SAMVALGSVERKTØYETS BRUKERVENNLIGHET – MØTET MELLOM TEKST, MEDIUM OG BEHANDLINGSSITUASJON .....	68
5.2. KULTUR OG KONVENSJONER – SAMFUNNSNIVÅ .....	71
5.3 YTRE PÅVIRKNINGER.....	73
5.4 OPPSUMMERING.....	75
<b>6. KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....</b>	<b>77</b>
6.1 HVILKE MULIGHETER OG UTFORDRINGER REPRESENTERER SAMVALGSVERKTØYET FOR HELSEPERSONELL I KOMMUNIKASJON MED PASIENTER?.....	77
6.2 HVILKE BARRIERER FINNES BLANT HELSEPERSONELL MOT Å TA I BRUK SAMVALGSVERKTØYET, OG HVORFOR?.....	78
6.3 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	80
<b>7 LITTERATUR.....</b>	<b>82</b>
<b>8 VEDLEGG .....</b>	<b>87</b>
8.1 VEDLEGG 1.....	87
8.2 VEDLEGG 2.....	89
8.3 VEDLEGG 3.....	91

## FIGURLISTE

Figur 1. Lineær kommunikasjon. Hentet fra Schwebs og Østbye, 2013, s. 10 .....	8
Figur 2 Shannon og Weavers modell for telefonikommunikasjon. (Communicationtheory.org).....	8
Figur 3 Braddocks tolkning av Laswells modell. Hentet fra McQuail og Windahl, 1993, s. 14, min oversettelse.....	9
Figur 4 Den semiotiske kommunikasjonsmodellen. (Egen oversettelse hentet fra Fiske, 1990, s. 4, inspirert av Schwebs og Østbye (2013) sin tolkning).....	10
Figur 5 Affordansemodell (Engebretsen, 2007, s. 16) (De røde sirklene er mine uthevninger) .....	19
Figur 6: Ulike modeller for beslutningstaking. Egen oversettelse av modellen til Charles & Gafni (2011) s. 42. ....	26
Figur 7: (Coulter & Collins (2011) modell over delte ekspertiser, egen oversettelse. (Coulter og Collins, 2011, s. 3)).....	28
Figur 8 Engebretsens (2007) affordansemodell anvendt til samvalg, parentesene representerer mine konkretiseringer (Engebretsen, 2007, s. 16). ....	32
Figur 9 Samvalgsverktøyet, beste alternativer. Hentet fra Mybetterdecisions.org.....	41
Figur 10 Samvalgsverktøyet. Beste alternativer, med tekstboks. Hentet fra Mybetterdecisions.org.....	43
Figur 11 Forsiden i samvalgsverktøyet, beste alternativer. Hentet fra: Mybetterdecisions.org.....	45
Figur 12: Samvalgsverktøy for bipolar lidelse. Hentet fra www.mybetterdecisions.org.....	47
Figur 13 Samvalgsverktøyet, beste alternativer, med tekstboks. Hentet fra Mybetterdecisions.org....	49
Figur 14 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 2. Hentet fra www.mybetterdecisions.org.....	50
Figur 15 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 3. Hentet fra www.mybetterdecisions.org.....	52
Figur 16 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, alle kriterier. Hentet fra mybetterdecisions.org.....	52
Figur 17 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 3. Hentet fra www.mybetterdecisions.org.....	53



# 1 Innledning

---

De aller fleste av oss har en eller flere ganger i livet opplevd å ha et helseproblem. Ofte går man da til lege for å stille spørsmål om hva som er galt og for å få en behandling eller henvisning til behandling. Det derimot ikke alle har opplevd er at legen kaster ballen tilbake og spør hva som er viktig for pasienten. Det at legen og pasienten sammen kommer frem til et behandlingsløp som tar pasientens verdier, kriterier og preferanser med i beregningen av behandlingsvalg kalles samvalg. Samvalg er et relativt nytt begrep i Norge og er en oversettelse av det engelske begrepet ”Shared Decision Making”. Internasjonalt råder det mye uenighet rundt definisjonen av samvalg, mens i Norge har de som jobber med samvalg i fellesskap kommet frem til én definisjon. Ved at pasienten får støtte til å vurdere alternativer og til å utforske egne verdier og preferanser, er målet er å bli enig om å velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige erfaringer (Nasjonal helse- og sykehusplan, 2015-2016, s. 61). Jeg vil starte oppgaven med en innføring i samvalg.

## 1.1 Samvalg

Metoden samvalg er enda ikke implementert i Norge, men det jobbes aktivt med i ulike miljøer. Samvalg som metode har fått politisk medhold og er tatt med i blant annet nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2016). Prosessen utfordrer den måten legen og pasienten tradisjonelt har kommunisert rundt pasientens behandlingsmuligheter. Ved hjelp av et digitalt støtteverktøy, kalt *samvalgsverktøy*, kan pasienten vekte sine prioriteringer og innhente kunnskap om de ulike behandlingalternativene. Samvalgsverktøyet er ment som et hjelpemiddel til konsultasjonen mellom lege og pasient og skal kunne gi pasienten mer informasjon om sin egen diagnose og sine egne valg. Legen skal støtte pasienten i beslutningssituasjonen og sammen skal de komme frem til en felles beslutning om behandlingsvalg.

Samvalgsverktøyet er en ny sjanger innenfor digitale medier. Flere bruker internett til å finne informasjon om ulike helserelaterte temaer, men dette mediet omfatter kvalitetssikret informasjon satt inn i et digitalt verktøy som skal bistå pasienter i en beslutningssituasjon. Mulighetene i verktøyet knyttes til mediets potensialer for interaktivitet og brukerdeltakelse, mens utfordringene handler om brukernes kunnskap, forventninger og atferd. Digitale

Samvalgsverktøy er tilpasset ulike diagnoser og verktøyet konkurrerer derfor ikke med andre verktøy eller nettsider for å oppnå gjennomslag for sin informasjon. Utfordringen er at pasienter og pårørende ikke finner frem til verktøyet på egenhånd, da mange ikke har hørt om samvalg.

Verktøyene gir dermed ingen behandlingssvar, men vekter pasientens prioriteringer slik at hun får en oversikt og sammen med legen kan finne ut hva som er viktigst for pasienten, og dermed riktigst behandling. Hvert verktøy er utarbeidet gjennom en grundig utviklingsprosess hvor både brukere, forskere og kliniske eksperter har deltatt i prosessen (Mybetterdecisions, 2015-2016). Verktøyet erstatter ikke kontakten med helsepersonell, men skal fungere som et supplement.

Bakgrunn for at denne oppgaven ble til er at jeg høsten 2015 var i praksis hos Regional Kompetansetjeneste for Pasient- og Pårørendeopplæring. Her fikk jeg observere utviklingen av et e-læringskurs som skulle lære helsepersonell om samvalg og samvalgsverktøy. I løpet av praksisoppholdet var jeg deltaker på konferanser og møter der verktøyet ble introdusert for helsepersonell. Jeg la merke til en grunnleggende skepsis for verktøyet, noe som umiddelbart fanget min oppmerksomhet. Jeg synes verktøyet virket som et godt hjelpemiddel og kunne ikke skjønne hva skepsisen for verktøyet bunnet i. Derfor bestemte jeg meg for å skrive en masteroppgave som tok utgangspunkt i dette spenningsfeltet.

## **1.2 Kontekstualisering og avgrensning av oppgaven**

Pasientinvolvering i beslutningsprosesser er et hett tema i dagens helse-Norge. ”Den nye pasientrollen”, ”Pasientens helsetjeneste”, ”Aktiv medbestemmelse” og ”Den medvirkende pasienten” er bare noen eksempler på uttrykk som pryder helsepolitiske dokumenter og som setter pasienten i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, Regjeringen, 2014, St. Meld. nr. 10 (2012-2013), St.meld. nr. 11 (2015-2016)). Både fritt sykehusvalg og medbestemmelse rundt egne helsevalg er med på å skape *den nye pasientrollen*, som betyr at pasienter er mer aktive og i større grad etterspør informasjon om egen helse og risikofaktorer (St. Meld. nr. 11 (2015-2016), s. 55). Pasienten skal ha større innflytelse og få mulighet til å utforme egen behandling. Dette er en del av regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan for pasientrettet behandling:

*“Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse på egen behandling. Helsetjenesten skal i større grad innrette seg etter pasientenes behov... I Nasjonal helse- og sykehusplan understreker regjeringen at pasientopplevd kvalitet er like viktig som medisinsk kvalitet.”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I tillegg til regjeringens satsing fastslår loven at pasienten har rett til medvirkning og rett til informasjon om egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Likevel er ikke lovverket i ryggen alt som skal til for å endre systemet. Pasientens helsetjeneste forklares i nasjonal helse- og sykehusplan som at pasienten ikke skal behøve å innrette seg etter sykehusets organisering, men at sykehuset skal organiseres rundt det pasienten trenger hjelp med (St. Meld. nr. 11 (2015-2016)). Både lovverket og helseministeren trekker pasienten frem i lyset for at vedkommende skal få ta sin egen beslutning og få være aktiv og deltakende i egen helse. Forskning viser at hele 92% av pasienter ønsker informasjon om sin sykdom og behandlingsalternativer, men tallene varierer mer i de som *faktisk* ønsker å delta i beslutninger om egen helse (Siminoff, 2011, s. 58). Noen våger ikke, noen vil ikke og andre føler de ikke har noen reell medvirkning uansett. Her kan samvalg og samvalgsverktøy bidra som en støtte til pasienten.

Ved å sette pasienten selv i førersetet skaper dette forventninger til hvordan helsebeslutninger skal tas. Likevel er det en annen part som er like viktig for at kommunikasjonen skal lykkes, nemlig helsepersonell! Det er tross alt helsepersonell som skal veilede pasienten gjennom en behandlingsprosess og som til syvende og sist skal godkjenne behandlingsforløpet. Men hvor skal legen og sykepleieren plasseres i denne beslutningssammenhengen? Er de fastspent i baksetet forpliktet til å følge pasientens vei, eller fungerer de som et slags vegvesen som legger til rette for at pasienten kan komme seg trygt frem til sitt mål? Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) om god kvalitet og trygge tjenester poengterer at: *”Brukerorientering utfordrer den tradisjonelle behandlerrollen ved at pasienter og behandlere blir mer likeverdige”* (St. Meld. nr. 10 (2012-2013), s. 49). Likevel er dette likeverdet problematisk da pasient og lege som skal ha en konsultasjon går inn i dette møtet med ulike forutsetninger og forventninger (Tjora, 2008, s. 11). Selve rollen som pasient oppstår i det man går inn i en relasjon med en behandler, for eksempel en lege (Tjora, 2008, s. 12). Allerede her i begrepsbruken legges det føringer for maktforholdet til de to partene. Vinklingen med å ta utgangspunkt i helsepersonell, og ikke pasienter, er interessant fordi det er helsepersonell som legger føringene for pasientens beslutningssituasjon og som dermed må overbevises for at metoden

samvalg skal kunne tas i bruk. Derfor valgte jeg å skrive en masteroppgave om hvordan samvalg med bruk av samvalgsverktøy påvirker helsepersonells kommunikasjonssituasjon med pasientene.

### **1.3 Problemstilling og hensikt**

Mitt fokus i oppgaven er å se på metoden samvalgs bruk av digitale verktøy og studere kommunikasjonsprosessene rundt digitale verktøy fra helsepersonell sitt ståsted. Å ha samvalg som arbeidsmetode innebærer at pasienten skal være mer involvert i hele prosessen (Wennberg, 2009, upaginert). Målet er ikke å gi pasienten et svar, men et valg. Helsepersonell er på mange måter flaskehalsen i denne utviklingen mot mer informerte og kompetente pasienter. Helse- og omsorgsminister Bent Høie mener at helsetjenesten må endre holdninger, kultur og ledelse for at pasientene skal få komme til og bidra i beslutninger om egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Legene er på sin side skeptiske og trekker frem at pasientene sjelden er forberedt på å ta egne valg. ”*Selv om Høie har rett i at pasienten vet hvor skoen trykker, så er ikke pasienten skomaker*”, er legenes kommentar i et innlegg i Dagens Medisin om pasientens helsetjeneste (Dagens Medisin, 14.01.16).

Jeg vil se nærmere på hvilke tanker helsepersonell gjør seg om denne måten å kommunisere med pasienter på. Konteksten er legenes og sykepleiernes samtale med pasienten og hvordan den blir endret gjennom å benytte samvalgsverktøy. Hva mener helsepersonell om å involvere pasienten slik at også dennes beslutningsrett blir styrket? Hvordan opplever leger og sykepleiere å ta i bruk et digitalt medium i pasientsamhandlingen? Vil samvalg endre måten helsepersonell kommuniserer med pasienter på? Disse spørsmålene stiller jeg meg ved inngangen til denne masteroppgaven. Og det er slike spørsmål som ligger til grunn for min problemstilling. For å kunne si noe om hvilke muligheter for kommunikasjon som ligger i selve verktøyet vil jeg intervju helsepersonell og en brukerrepresentant i tillegg til å utføre en medie- og tekstanalyse av et konkret eksempel på et digitalt samvalgsverktøy.

Min problemstilling for oppgaven er følgende:

*- På hvilken måte bidrar samvalgsverktøyet til nye muligheter og utfordringer for helsepersonell i kommunikasjonen med pasienten?*

*- Hvilke barrierer finnes blant helsepersonell mot å ta i bruk samvalgsverktøyet og hvorfor?*

Målet med oppgaven er å avdekke faktorer som gjør at helsepersonell er skeptiske til å bruke verktøyet, og hvordan digitale medier påvirker kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell.

#### **1.4 Refleksjoner og begrepsavklaring**

I Norge er ikke samvalg implementert i klinikkene, men utviklingen av verktøyene spirer. Dette betyr at jeg forsker på et felt som få har forsket på før meg, i tillegg til at det skaper en del utfordringer i henhold til informanter, informasjon og tilgangen til de ulike verktøyene. Min forskning blir en følgeforskning av prosessen med å implementere samvalg og utviklerne av verktøyene kan ha nytte av min forskning på samvalgsverktøyene som arena for kommunikasjon. Internasjonalt er det gjort mye forskning på shared decision making (jfr. Godolphin, 2009 (Canadisk doktor og professor i medisin), Coulter & Collins (seniorforsker på folkehelse ved Oxford universitet og doktor og forsker på personsentrert pleie), 2011, og Edwards & Elwyn (Doktorer, medisinske forskere og forfattere), 2009). William Godolphin kaller det for kjernen i brukermedvirkning og pasientsentrert pleie og setter spørsmålsteget rundt hvorfor det ikke brukes mer (Godolphin, 2009). Han påpeker at en av grunnene er at denne typen kommunikasjonsferdigheter ikke læres i helseutdanningene og derfor ikke brukes i klinikkene (ibid.). I Norge finnes det lite forskning på samvalg, og ingen forskning på kommunikasjonsutfordringene ved samvalg. Dette, kombinert med interesse for feltet, var grunnen til at jeg valgte mitt tema.

Forskningsdesignet mitt vil bestå av en tekst- og medieanalyse og fire kvalitative intervjuer. Jeg vil ta utgangspunkt i samvalgsverktøyet for bipolar lidelse og trekke frem eksempler fra dette. Det er ikke diagnosene i seg selv som skal forskes på, men hvordan samvalgsverktøyet påvirker kommunikasjonen. Det vil derfor ikke bli gitt noe medisinsk forklaring på de ulike diagnosene som oppgaven tar utgangspunkt i. Jeg bruker både ”helsepersonell” og ”behandler” i oppgaven, men refererer i begge tilfeller til leger og sykepleiere som veileder pasienter gjennom en helsebeslutning. Samvalg er en prosess som kan drives både med og uten det digitale verktøyet, men jeg vil fokusere på samvalg med bruk av digitalt samvalgsverktøy. Samvalg er ikke ensbetydende med brukermedvirkning, som allerede eksisterer i helsevesenet i dag. All form for samvalg inneholder brukermedvirkning, men ikke all form for brukermedvirkning inneholder samvalg.

## **1.5 Gangen i oppgaven**

Jeg vil først presentere et teoretisk rammeverk rundt kommunikasjon, helsekommunikasjon og samvalg. Deretter vil jeg redegjøre for mine metodiske valg i metodekapittelet hvor også etiske refleksjoner vil bli drøftet. Videre vil jeg starte analysekapittelet med å presentere og analysere samvalgsverktøyet, for å finne ut av hvilke teknologiske og semiotiske ressurser et slikt verktøy har og hvilket potensiale for kommunikasjon som finnes. Analysen suppleres så med mine data fra intervju av en sykepleier, en lege, en brukerrepresentant og en samvalgsekspert. I drøftingen vil funnene ses i sammenheng med teorien og en bredere samfunnskontekst, og jeg vil besvare problemstillingen min på best mulig vis. Avslutningsvis vil jeg runde av oppgaven med noen refleksjoner rundt funnene og rundt arbeidet med oppgaven.

## 2 Teoretisk forankring

---

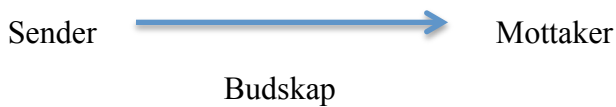
Teorikapittelet skal tydeliggjøre studiens relevans og belyse studiens kontekst ved å presentere begreper og teorier som brukes i analysen og drøftingen. Kapittelet innledes med kommunikasjonsteori som vil trekke frem to hovedmodeller for kommunikasjon. Deretter vil jeg presentere medieteorier og et innblikk i sosialsemiotikken for å trekke frem noen relevante begreper. For å forstå bakgrunnen for tematikken vil helsekommunikasjon trekkes frem i et historisk perspektiv. For å belyse oppgavens problemstilling på en helhetlig og grundig måte er det hensiktsmessig å tilføre teori om ulike roller og maktfordeling i helsekommunikasjon, i tillegg til å trekke frem noen etiske blikk på samvalgssituasjonen. Til slutt vil jeg forklare det digitale samvalgsverktøyet som skal analyseres senere i oppgaven.

### 2.1 Kommunikasjonsteori

Kommunikasjon stammer fra det latinske ordet ”communicare” og betyr ”å gjøre sammen” eller ”å gjøre felles” (Scwebs & Østbye, 2013, s. 10). Kommunikasjon kan defineres som en intendert handling for å gjøre noe kjent for bestemte andre (Blakar (1984) i Blakar, 2003, s. 158). For å skildre kommunikasjonsprosessen er det vanlig å ta utgangspunkt i ulike modeller for kommunikasjon. John Fiske (1990) definerer kommunikasjon som sosial interaksjon gjennom budskap. Fiske (1990) deler kommunikasjon inn i to skoler. *Prosessskolen* definerer sosial interaksjon som en prosess hvor en person relaterer seg til andre, eller påvirker oppførselen, tankesettet eller følelsene til andre og motsatt. Dette kan beskrives som informasjonsoverføring, eller lineær kommunikasjon. *Den semiotiske skolen* definerer sosial interaksjon som ”det som konstituerer individet som deltaker i en bestemt kultur eller et bestemt samfunn” (Fiske, 1990, s. 2-3, min oversettelse). Denne formen for kommunikasjon kan beskrives som kommunikasjon som samhandling eller interaksjon. Nedenfor vil jeg presentere de ulike kommunikasjonsmodellene.

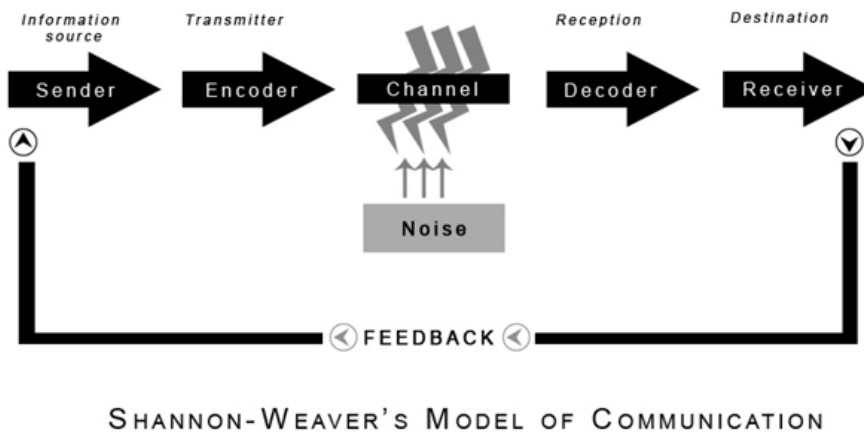
#### 2.1.1 Lineær kommunikasjon

Den enkleste modellen for kommunikasjon forklares med en sender, et budskap og en mottaker. I alle kommunikasjonsprosesser er det én eller flere sendere og én eller flere mottakere, som ofte veksler mellom rollene. I sin enkleste form kan den lineære prosessmodellen for kommunikasjon illustreres på denne måten:



Figur 1. Lineær kommunikasjon, Hentet fra Schwebs og Østbye, 2013, s. 10

Den ene tar initiativ, mens den andre responderer og eventuelt sender et nytt budskap tilbake (Eide & Eide, 2006, s. 79). Personlig en-til-en-kommunikasjon kan beskrives som lineær kommunikasjon med utveksling av informasjon og mening (Eide & Eide, 2006, s. 80). Schwebs og Østbye (2013) påpeker at den enkle kommunikasjonsmodellen er grunnlaget for en av de mest kjente lineære kommunikasjonsmodellene, nemlig Shannon og Weavers modell for telefonkommunikasjon fra 1949:



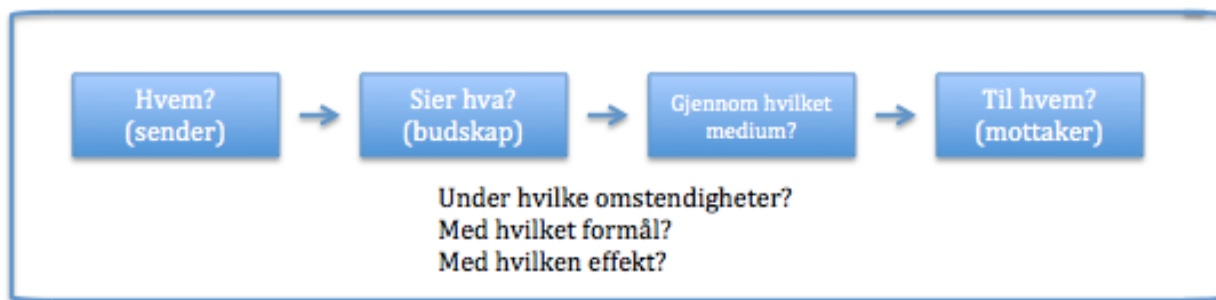
Figur 2 Shannon og Weavers modell for telefonkommunikasjon. (Communicationtheory.org)

I tillegg til sender, budskap og mottaker inneholder denne modellen kanal og støykilde, fordi Shannon og Weaver ville vise at lav kapasitet og forstyringer gjorde det vanskelig for mottaker å forstå senders budskap. I begge modellene er utgangspunktet at budskapet er det senderen har som formål å formidle (Schwebs & Østbye, 2013, s. 12). Modellen til Shannon og Weaver viser at teknologisk utvikling har stor innvirkning på vårt syn på kommunikasjon og at synet på hvordan kommunikasjonsprosesser virker i stor grad avhenger av rammebetingelsene som ligger til grunn for å oppfylle kommunikative formål (Svendsen, 2014, s. 14).

Den amerikanske samfunnsviteren og kommunikasjonsforskeren Harold Laswell utarbeidet en modell som senere ble en grunnmodell for studie av kommunikasjon (McQuail & Windahl,



1993). Laswell legger til begrepet *medium* og begrepet *effekt* i sin lineære kommunikasjonsmodell. Modellen ble senere oppgradert av Braddock og det er denne oppgraderingen jeg vil bruke (McQuail & Windahl, 1993). Både formål og omstendigheter er her satt inn i modellen for å vise en helhetlig kommunikasjonsprosess. Modellen under (figur 3) viser min oversettelse av Braddocks oppgradering av Laswells kommunikasjonsmodell for lineær kommunikasjon.



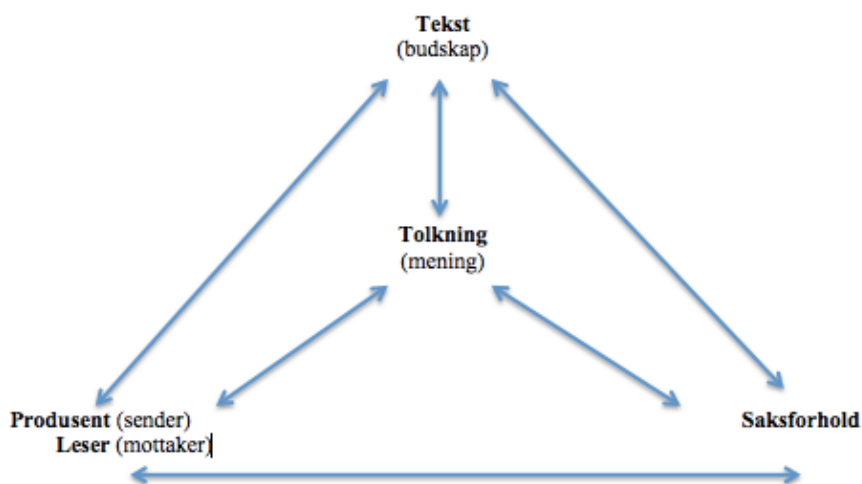
Figur 3 Braddocks tolkning av Laswells modell. Hentet fra McQuail og Windahl, 1993, s. 14, min oversettelse

Laswells modell er fortsatt lineær, men den bryter kommunikasjonen ned i ulike deler. Senderen må starte med å velge et budskap. I lineær kommunikasjon anses meningen i teksten som identisk med senderens intensjoner. Avsenderen bestemmer slik hva som skal ”gjøres felles”. Deretter må vedkommende velge et medium hvor budskapet skal sendes. I Laswells modell er kanal og medium det samme, selv om Schwebs & Østbye poengterer at dette ikke alltid er tilfelle (Schwebs & Østbye, 2007, s. 11). Medium er et middel som noe blir spredd igjennom og mediet inkluderer den sosiale organiseringen som er nødvendig for produksjonen og overføringen til publikum. Kanal er mer problematisk å skille ut i digital kommunikasjon. I analog kommunikasjon er kanal den fysiske, tekniske måten som budskapet spres gjennom, eksempelvis lyd eller telefonledninger (Schwebs & Østbye, 2007, s. 11). I digital kommunikasjon er ikke skillet mellom produksjonsmedium og distribusjonsmedium like tydelig. Hva slags tekster som produseres og hvordan dette kommuniseres ut smelter ofte sammen og blir vanskelig å skille i digital kommunikasjon. Effekten handler om hvilken konsekvens budskapet får. Forstår mottakeren budskapet, og hvis så, velger vedkommende å respondere slik at sender og mottakerrollen reverseres? Om mottaker velger å respondere eller ikke er et viktig skille mellom personlig kommunikasjon og massekommunikasjon (Schwebs & Østbye, 2007, s. 14). Til sammen er disse fem elementene med på å eksemplifisere den lineære kommunikasjonen. Modellen kan presenteres som en prosessmodell (jfr. Fiske, 1990) fordi den kommunikative aktiviteten kan ses på nettopp som en prosess.

De lineære prosessmodellene er ikke alltid like velegnet til å vise at kommunikasjon skaper mening gjennom et samspill mellom tekst, samfunn og sender/mottaker (Schwebs & Østbye, 2013, s. 15). En samtale mellom lege og pasient om ulike behandlingsalternativ kan ikke analyseres isolert sett, men må ta hensyn til konteksten rundt. Forhold som makt, roller og kunnskap spiller inn. Medieforsker Svennik Høyer (1989, s. 22) mener at den kommunikative handling ikke kan begrenses til enten senders eller mottakers perspektiv alene. Kommunikasjon kan heller ikke studeres isolert fra rammebetingelsene rundt partene som kommuniserer, fordi kommunikasjon uttrykkes gjennom relasjoner (ibid.). Den lineære modellen tar heller ikke hensyn til at budskapet alltid må fortolkes for å bli meningsfullt. All kommunikasjon avhenger av forholdet mellom sender og mottaker.

### 2.1.2 Semiotisk kommunikasjon

Interaksjonsmodellen tar hensyn til samspillet mellom sender, mottaker, budskap og samfunn (Schwebs & Østbye, 2013, s. 12). Fiske (1990) poengterer at budskap i den semiotiske modellen betyr konstruksjonen av tegn som gjennom interaksjon med mottaker produserer mening (Fiske, 1990, s. 3). Den lineære modellen kritiseres for å gi mottakeren en for passiv rolle. I den semiotiske modellen er mottakeren like viktig som senderen for å forstå budskapet. Se figur 4.



Figur 4 Den semiotiske kommunikasjonsmodellen. (Egen oversettelse hentet fra Fiske, 1990, s. 4, inspirert av Schwebs og Østbye (2013) sin tolkning)

I den semiotiske modellen er kommunikasjonsprosessen dynamisk, og fokus ligger på teksten og hvordan den blir forstått. For å forstå kommunikasjon som kulturelle praksiser innebærer det at vi alltid må vurdere teksten i en ytre kontekst. Pilene i modellen viser at interaksjonen er i konstant bevegelse for å skape mening. Samspillet foregår mellom deltakerne, budskapet og den kulturelle konteksten som kommunikasjonsprosessen er en del av (Schwebs & Østbye, 2013, s. 13). Sender og mottaker er begge aktive deltakere og det blir mindre relevant å skille mellom disse to. De er plassert på samme sted i modellen fordi de begge er med på å produsere budskapet (Schwebs & Østbye, 2013, s. 13). Her skiller interaksjonsmodellen seg vesentlig fra prosessmodellen.

Modellen kan illustreres ytterligere ved å bruke samvalgsprosessen som utgangspunkt for kommunikasjon. Helsepersonell og pasient veksler mellom sender og mottaker. De er begge plassert på samme sted i modellen fordi de begge er aktive aktører i kommunikasjonen. Saksforholdet er pasientens diagnose og målet om å komme frem til en behandling de begge kan være enig om. Teksten eller budskapet er å bruke samvalgsverktøyet for å komme frem til best mulig tilpasset behandlingsalternativ. Gjennom interaksjon og samhandling med teksten oppstår mening og forståelse da mottakeren trekker veksler på sine egne kulturelle erfaringer sammen med teksten. Både legen og pasienten trekker veksler på ulike erfaringer og kulturelle praksiser når de diskuterer. Felles mening og forståelse må stadig forhandles frem med kommunikasjon som bindeledd i meningsdannelsesprosessen (Svendsen, 2014, s. 16).

Førsteamanuensis ved UiO og forsker på etikk, helse og kommunikasjon, Halvor Nordby, påpeker at det er viktig å gi leger kunnskap om begrepene semantisk og pragmatisk kommunikasjon, fordi de to gir ulike måter å nå frem til pasientens oppfatninger. Semantisk kommunikasjon betyr å knytte de samme begrepene til de samme ordene, mens pragmatisk kommunikasjon handler om å forstå hvilke oppfatninger en taler har og som taleren ønsker at mottakeren skal forstå at han har (Nordby, 2014, s. 2812). I tilfeller der pasientens forståelse er annerledes enn legens, må legen skape en felles språkplattform både med en biomedisinsk og en personsentrert kommunikasjonstilnærming. Først når pasienten forstår hva ”insulin”, ”mani”, eller ”for høyt blodtrykk” faktisk betyr, kan legen fortsette og forklare om videre behandlingsforslag for pasienten.

Sykepleier Helle Merete Nordentoft og kommunikasjonslektor Birgitte Ravn Olesen poengterer at det finnes to ulike måter for helsepersonell å oppnå forståelse om pasientens

situasjon (Nordentoft & Olesen, 2014, s. 83). En lineær og en sirkulær forståelse. Fokus i en lineær forståelse ligger på årsak-virkning, mens det i en sirkulær forståelse ligger på mønstre og gjensidig samspill (Nordentoft & Olesen, 2014, s. 84-85). Hvis helsepersonell spør ”hvorfors” indikerer det at det finnes ett svar på spørsmålet uavhengig av situasjonskontekst. Dette er en lineær kommunikasjonsform. I en sirkulær kommunikasjonsform kan ikke situasjonen ses isolert, men må ses i en større sammenheng. Eksempelvis hvordan relasjonen er mellom partene i en samtale, hvordan konteksten er og hva som har skjedd før denne samtalen. Dette indikerer at helsepersonell har litt andre begreper om kommunikasjon og forståelse enn det kommunikasjonsteoretikerne har. Dette er interessant fordi det viser en annen tenkemåte rundt helsekommunikasjon spesielt, enn rundt annen form for kommunikasjon. Helsekommunikasjon vil bli presentert videre i kapittel 2.5.

## **2.2. Medium**

Medieteori søker å forklare mediets rolle i samfunnet. I internasjonal medieforskning identifiseres tre ulike oppfattelser av mediet, selv om de ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende, mener medieforsker Klaus Bruhn Jensen (Jensen, 2009, s. 313). Den første baserer seg på Harold Laswells kommunikasjonsmodell og ser på mediet som en relativt nøytral kanal, avhengig av kommunikasjonsens formål. Mediet betraktes her som særegne *institusjoner* i samfunnet fordi de anvendes som redskap for å overvåke samfunnet og dets omgivelser på et selvregulerende makronivå (ibid.). Den andre medieforståelsen er grunnlagt i Shannon og Weavers kommunikasjonsmodell og kalles den matematiske kommunikasjonsmodellen. Mediene oppfattes her som materielle teknologier som muliggjør kommunikasjon med en eller flere mottakere. Eksempler på medier er her tv, radio eller telefon (ibid.). Den tredje medieforståelsen har sitt utspring fra humaniora og er et *tekstlig-diskursivt mediebegrep*. Språkforsker Roman Jakobson skiller mellom konstituerende faktorer for den språklige kommunikasjonshandlingen, og ulike språklige funksjoner som de ovennevnte faktorene gir anledning til. I den første kategorien har Jakobson med: Avsender, budskap, mottaker, kontekst, kode og kanal. De språklige funksjonene som disse gir anledning til er: den ekspressive, den referensielle, den konotative, den fatiske, den metaspråklige og den poetiske funksjonen (Frandsen, 2009, s. 227). Han skiller altså mellom de materielle forbindelsene og de ulike uttrykksformene. Mediet er her uttrykksformer som foregår i en *diskurs* (Jensen, 2009, s. 313). De tre ulike modellene viser hvor bredt mediebegrepet blir brukt. Jakobsons medieforståelse vil ligge til grunn i min analyse fordi jeg også skiller mellom kanal – de materielle forbindelsene som her er det digitale mediet, og

kode – de ulike uttrykksformene som her er teksten.

Et medium er et system av teknologier som setter mennesker i kommunikativ kontakt med hverandre, mener medieforsker Lars Nyre (Nyre, 2004, upaginert). Mediet åpner for mange muligheter, men stenger også samtidig for andre. Ulike medier krever ulike ferdigheter for å gi mening. Hoem & Schwebs (2010) beskriver teknologi som noe som har konsekvenser både for tekstens uttrykk og dens innhold. Leseren bidrar til å utvikle og frembringe digitalt innhold og tekstene i de digitale mediene kan være interaktive, multimodale og brukermedvirkende (Hoem & Schwebs, 2010, s. 12-13). Interaktivitet skapes gjennom et vekselspill mellom bruker og datamaskin. Brukeren klikker og datamaskinen reagerer ved hjelp av meningsbærende prosessering (Hoem & Schwebs, 2010, s. 22). Slik kan brukeren påvirke hvilken tekst mediet viser. Ved at brukeren hele tiden gjør sine egne valg og klikker bestemte steder fører de to partene (medium og bruker) en slags samtale. Leseren kan slik samhandle med teksten om fortolkningen av innholdet (Hoem & Schwebs, 2010, s. 23). Et digitalt samvalgsverktøy vil ha samme utgangspunkt for alle brukere, men avhengig av hva de klikker på og hvordan brukerne interagerer med teksten vil den se annerledes ut, og avhengig av den enkelte brukers preferanser og kriterier vil utfallet av hvilken behandling som scorer høyest være ulikt.

Å forstå et samvalgsverktøy innebærer å forstå tekst, søyler og prosentberegning. Samtidig innebærer det en forståelse av diagnosen, og av de ulike bivirkningene som finnes. *”Eit gitt medium krev at brukaren lever seg inn i dets spesifikke teknologiske system og utviklar ein sensitivitet og kunnskapsrikdom som berre gjeld overfor det”* (Nyre, 2004, upaginert). Evnen til å bruke et medium henger sammen med kulturelle og sosiale forhold. Brukergrensesnittet gjør det mulig for brukeren å samhandle og kommunisere med teksten på skjermen (Andersson, 2010, s. 151). Tastaturet, datamusen, datapennen og liknende er hjelpemidler for at brukeren skal kunne kommunisere og interagere med teksten. Både måten maskinen mottar instruksjoner på, og skjermens visuelle utforming som skjermdesign og grafisk design inngår i brukergrensesnittet (Schwebs & Otnes, 2004, s. 117).

Ben Schneiderman og Catherine Plaisant, eksperter på IT og menneske-skjerm interaksjon, mener et godt brukergrensesnitt gjør at leseren kan forutse hva som vil skje i respons til de ulike handlingsalternativene. En overdreven funksjonalitet i brukergrensesnittet er likevel ikke hensiktsmessig, fordi kompleksitet gjør både implementering, bruk og læring

vanskeligere (Schneiderman & Plaisant, 2005, s. 12-13). Mottakerens øyne leter etter en struktur, og vil søke å tvinge sin egen organisasjon på et design, hvis ikke strukturen er lett synlig (Mullet og Sano, 1995, s. 89). Denne prosessen truer kommunikasjonen, da produsentene ikke lenger har kontroll over designet (ibid.). Også kulturelt og internasjonalt mangfold bør tas hensyn til ved utviklingen av digitale medier. Eksempelvis så kan tekst lagres i filer, slik at versjoner på andre språk, eller med andre begreper og mer tilpassede forklaringer, kan bli generert uten endring i programvaren (Schneiderman & Plaisant, 2005, s. 30).

Datamaskinens interaktivitetsmuligheter åpner for mange kommunikasjonsformer, fortellerformer og bruksmåter (Hoem og Schwebs, 2010, s. 33). *”De nye mediens dialogiske egenskaper utgjør et omfattende semantisk potensial, og interaktive og dynamiske elementer representerer vesentlige affordanser”* (ibid.). Leseren kan klikke seg frem og tilbake på nettsider og kan enkelt kombinere informasjonselementer og tilpasse en tekst slik de ønsker. En slik form for brukermedvirkning hvor brukeren selv kan kontrollere når og delvis hvor og hvordan innholdet presenteres kalles brukerstyrt medieinnhold. Måten brukeren finner frem i verktøyet på kalles navigasjon. For at navigasjonsmulighetene skal bli oversiktlige er det viktig å sørge for at innebygde koblinger er beskrivende. Dette betyr at koblingsteksten bør beskrive nøyaktig destinasjon for linken (Schneiderman & Plaisant, 2005, s. 62). En meny bestående av en liste med alternativer gjør at brukeren slipper å huske alternativene og er derfor brukervennlig.

### **2.2.1 Digitale medier og digital dugelighet**

Digital stammer fra det latinske ordet digitus som betyr finger og det engelske ordet digit som betyr tall. Det digitale systemet lagrer informasjon ved hjelp av det binære tallsystemet, som består av 0 og 1 og brukes til å prosessere regler og innhold i en datamaskin (Finnemann, 2009, s. 58). Digitale medier defineres ved at både innholdet og den funksjonelle arkitekturen i verktøyet er basert på en representasjon av det binære tallsystemet (Finnemann, 2009, s. 105). De skiller seg fra andre medier ved å integrere de trykte mediers lagringskapasitet, med de elektroniske mediens kommunikasjonshastighet (Finnemann, 2009, s. 106). Evnen til å kunne ta i bruk slike medier kalles for *digital dugelighet* (ibid.).

Digital dugelighet, eller digital literacy, omfatter både den praktiske kunnskapen brukeren trenger for å mestre datamaskinens grunnleggende funksjoner, som å logge på, organisere,

lagre og hente ut data (Hoem & Schwebs, 2010, s. 178). I tillegg omfatter det å forstå og respondere på forespørsler fra datamaskinen. Den digitale kløften, som handler om forskjeller i digital mediebruk, skiller mellom blant annet kompetanseforskjeller og kulturforskjeller. I dette tilfellet handler det om å forstå og bruke det digitale mediet, altså samvalgsverktøyet. Mediekompetansen løftes nå som en kjernekompetanse i samfunnet. I 2006 kom den nyeste læreplanen *Kunnskapsløfte* som inneholder *sammensatte tekster* som en del av norskfaget og *å kunne bruke digitale medier* er en av fem grunnleggende ferdigheter som alle fag har ansvar for (Utdanningsdirektoratet, 2006). Å ta i bruk digitale medier som en del av grunnutdanningen vil bidra til å øke de digitale ferdighetene i befolkningen.

## **2.3 Tekst**

I medievitenskapen betyr tekst noe mer enn bare skrift på et papir eller en skjerm. Det brukes et utvidet tekstbegrep som omfatter verbale tegnsystemer, ord i tale og skrift og auditive og visuelle tegnsystemer som lyd og bilde av ulike slag (Schwebs & Østbye, 2013, s. 165). Schwebs & Østbye (2013, s. 165) definerer tekstbegrepet som alle typer av meningsbærende utsagn, uansett hvilken form de fremstår i og hvilket formål de er laget for. I denne oppgaven skiller jeg analytisk mellom samvalgsverktøyet som medium og det multimodale uttrykket på skjermen, som er teksten.

### **2.3.1 Sosialemiotikken**

En meningsressurs, også kalt semiotisk ressurs, kan forstås som *”et sansbart uttrykk som har potensial til å skape mening i en bestemt brukssituasjon”* (Engebretsen, 2010, s. 19). De ulike meningsressursene er alltid gjenstand for tolkning og de kan kombineres på ulike måter (ibid.). Semiotikken, som er læren om tegnenes betydning, forteller oss at tekster er bygget opp av meningsbærende tegn (Hoem & Schwebs, 2010, s. 14). For å formidle et budskap har man tilgjengelig ulike semiotiske ressurser som tale, skrift, bilde eller lyd, som bringer mening til budskapet (ibid.). Tekstforsker Martin Engebretsen forklarer sosialemiotikken slik: *”Sosialemiotikken innebærer at man studerer den meningsskapingen som skjer i samspill mellom det konkrete tekstuelle og utenforstående kontekstuelle faktorer i bestemte sosiale situasjoner”* (Engebretsen, 2007, s. 11). Tekster som inngår i en diskurs kan vurderes med henblikk på ulike dimensjoner og Hallidays tre tekstuelle metafunksjoner er et godt utgangspunkt for en slik analyse (Engebretsen, 2007, s. 19). De består av den ideasjonelle metafunksjonen, som vurderer språkets evne til å representere virkeligheten, den mellompersonlige metafunksjonen som omhandler tekstens relasjoner mellom aktørene i diskursen, og den tekstuelle metafunksjonen som omhandler hvordan teksten skaper helhet og

sammenheng. De tre metafunksjonene tilbyr analytiske redskaper for næranalyse av tekster og deres sammenheng med den kommunikasjonssituasjonen de brukes i. I en samvalgsprosess med bruk av et digitalt samvalgsverktøy vil det som står i verktøyet måtte tolkes og ses i sammenheng med pasientens egen oppfatning av budskapet. De semiotiske ressursene i verktøyet må tolkes for å gi mening. Et annet begrep for semiotiske ressurser er *modaliteter*, på engelsk kalt for *mode*.

Sosialsemiotikerne Gunther Kress & Theo van Leeuwen (2001) ser multimodale tekster som meningsskapende i ulike artikulasjoner og mener at det finnes fire fremtredende domener hvor mening blir skapt; diskurs, design, produksjon og distribusjon (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 4). Disse begrepene kan være nyttige for å forstå koblingen mellom tekst og medium. Kress & van Leeuwen kaller de for strata og poengterer at de ikke er hierarkisk organisert, men at alle de fire lagene gir mening til teksten og henger sammen med hverandre (ibid.).

Diskurs beskrives som en kunnskap om et aspekt av virkeligheten som er utviklet i en spesiell sosial kontekst (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 5). Gjennom diskurser utveksles, forhandles og etableres mening gjennom tekstens produksjon, distribusjon og resepsjon (Engebretsen, 2007, s. 13). Diskurs blir her alle sider av samspillet mellom tekst og kontekst i en kommunikasjonssituasjon (Engebretsen, 2007, s. 12).

Kress & van Leeuwen (2001, s. 5) hevder design står midt mellom innhold og uttrykk. Design blir på denne måten et middel for å realisere diskursen i en spesiell kommunikasjonssituasjon. Bruken av semiotiske modaliteter og kombinasjoner av disse kan realiseres i ulike medium, og design er slik noe annet enn medium (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 6). Kress og van Leeuwen (2001, s. 50) sammenlikner design med en kokebok, som er full av oppskrifter på ulike retter, men som likevel skilles fra maten, kokken og råvarene. Kokken kan ta utgangspunkt i en oppskrift, men likevel gjøre noen endringer. I et samvalgsverktøy er design viktig. Allerede her må kommunikasjonsforståelsen inn for at samvalgsverktøyet skal fungere.

Produksjon er organiseringen av uttrykk og viser til den faktiske materielle bruken av semiotiske hendelser eller artefakter (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 6). Dette den fysiske delen av det å skape en tekst hvor både formulering og materiell realisering skjer (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 66).



Distribusjon brukes om opptak og sending eller deling av informasjon. Bruk og deling av teksten og mediet handler om distribusjonen. Spørsmålet her er hvordan man skal bringe innholdet helt frem til mottakeren.

Kress og van Leeuwens teori handler først og fremst om tekster og meningsskapning, og i boken *Multimodal Discourse* (2001) om kommunikasjon. De bruker mediebegrepet på flere nivåer. Utøvelsesmedium betyr uttrykkssiden i tegnet, eksempelvis stemme eller musikkinstrument, som er det fysiske grunnlaget for at mening kan kommuniseres (Tønnessen, 2015, s. 27). De bruker også distribusjonsmedier som handler om hvordan tekstene kommuniserer med publikum og som kommer nærmere den allmenne oppfatningen av medier som teknologi for overføring av budskap (ibid.). Den er slike distribusjonsmedium denne oppgaven tar utgangspunkt i.

I et samvalgsverktøy tar bildene som kommer opp på skjermen i bruk semiotiske ressurser for å skape mening. Men hele den interaktive prosessen er en kommunikativ praksis hvor kommunikasjon gjøres mulig. Denne kommunikative praksisen har tidligere skjedd analogt mellom lege og pasient, men i en samvalgssituasjon trekkes et digitalt medium inn. Det er altså programvaren som styrer hva slags tekst som kommer opp på skjermen, men for å forstå budskapet må koblingen mellom tekst og medium skje.

### **2.3.2. Tekstens fremstilling av virkeligheten**

På engelsk skiller man mellom *mode* og *modality*, mens på norsk oversettes begge disse ordene til modalitet. *Mode* ble forklart ovenfor, mens *modality* handler om hvor nær virkeligheten fremstillingen av noe er – såkalte sannhetsverdier av påstander om virkeligheten (Kress og van Leeuwen, 2006, s. 155). I boken *reading images*, som handler om visuell kommunikasjon, påpeker Kress & van Leeuwen (2006) at virkeligheten finnes i øynene hos den enkelte, fordi hva som oppleves som *virkelig* defineres av ulike sosiale grupper. De presenterer *coding orientation* som er abstrakte prinsipper som informerer om måten teksten er kodet innenfor spesifikke sosiale grupper eller kontekster (Kress & van Leeuwen, 2006, s. 165). Kress & van Leeuwen mener dette handler om visuell persepsjon i en kultur. Poenget med dette er at *visuell modalitet*, altså den meningsskapningen som vi ser i en tekst, er historiske og kulturelle standarder for hva som er virkeligheten (ibid.). Den mest brukte av disse prinsippene er *naturalistic coding orientation*, som er en *coding orientation* som deltakere i en bestemt kultur deler. Det handler om bilder som vi opplever mer

virkelighetsnære jo mer de likner på virkeligheten. En annen av de abstrakte prinsippene kaller de *abstract coding orientation* (ibid.). I slike kontekster er modaliteten sterkere jo mer bildet reduserer det individuelle til det generelle og det konkrete til dettes essensielle egenskaper. Det kreves et visst sett av kunnskaper for å kunne lese og forstå en slik abstract coding orientation. Dette kan kalles spesialisert kommunikasjon (Kress & van Leeuwen, 2006, s. 163-165). I samvalgsverktøyet kan grafene beskrives på denne måten. De symboliserer en mengde informasjon som er sammenfattet i en abstrakt figur. Lengden på linjene samsvarer med viktigheten. Men hvor forståelig er disse for legfolk?

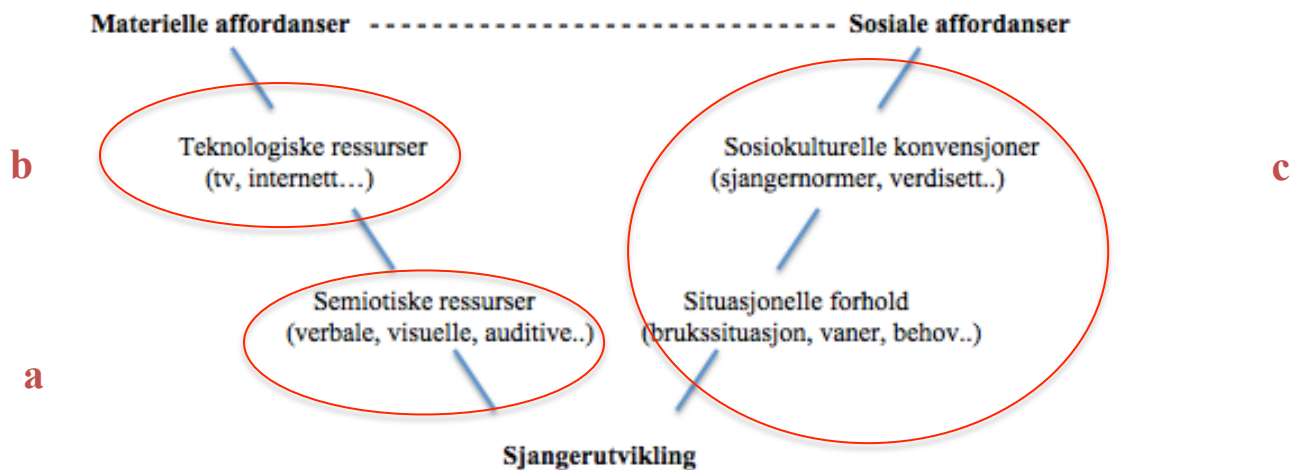
## **2.4 Samspill mellom medium og tekst**

For å studere hvilke sosiale prosesser som inngår i bruken av et samvalgsverktøy og hvilke oppgaver mediet har i disse prosessene tilbyr sosialesemiotikken en hensiktsmessig verktøykasse (Engebretsen, 2007, s. 11). Bruken av flere semiotiske modaliteter når man lager et semiotisk produkt, tekst, eller en hendelse og den spesielle måten disse blir kombinert på kalles multimodalitet (Kress og van Leeuwen, 2001, s. 20). Kress & van Leeuwen påpeker at det finnes to grunnelementer i en multimodal kommunikasjonsteori; Først de semiotiske ressursene for kommunikasjonen som betyr modalitetene. Den andre er den kommunikative praksisen hvor disse ressursene brukes. De kommunikative praksisene har flere nivåer og kan inneholde diskursive praksiser, fortolkninger, design og distribusjon. Hvert nivå tilfører mening (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 111).

### **2.4.1 Affordansmodellen**

Sjangrene er uttrykk for at ulike tekster eller kommunikasjonshandlinger skapes av ulike kommunikasjonsbehov og sjangeren fungerer som en rettesnor for teksten (Schwebs & Østbye, 2013, s. 170). Mediets interaktivtetsmuligheter åpner for ulike kommunikasjonsformer, eller former for *affordans*. Teksten eller sjangerens kontekstuelle rammebetingelser kaller Engebretsen (2007, s. 15) for affordanser. Dette begrepet omfatter både muligheter og begrensninger for å skape mening i teksten. Selve affordansebegrepet er allerede etablert av Kress og van Leeuwen (2001), men Engebretsen har lagt til de tekniske affordansene i sin modell. For å studere sammenhengen mellom tekst og kontekst, eksempelvis hvordan medieteknologiske faktorer påvirker teksten, tar man utgangspunkt i begrepene sjanger og diskurs (Engebretsen, 2007, s. 12). Diskursbegrepet er her definert som alle sider av samspillet mellom tekst og kontekst der mennesker kommuniserer med

hverandre (Engebretsen, 2007, s. 12). Mening etableres og forhandles gjennom diskursen, og det er også gjennom diskursen at sjanger etableres og endres. En diskurs kan involvere flere sjangere. Ved å studere samvalg og samvalgsverktøy har jeg valgt ut en ny sjanger i et nytt medium. Fordi jeg gjør et punktstudium av sjangerens nåværende ståsted, og ikke ser etter sjangerens utvikling vil ikke sjangerbegrepet drøftes videre i oppgaven. Affordansmodellen (figur 5) presenteres fordi den brukes som et rammeverk for min analyse.



Figur 5 Affordansmodell (Engebretsen, 2007, s. 16) (De røde sirklene er mine uthevninger)

Affordansesystemene eksisterer alltid i et dynamisk samspill med hverandre (Engebretsen, 2007, s. 16). Engebretsen (2007) har utviklet en modell (se figur 5) som viser hvordan de materielle affordansene vist på venstre side står i relasjon til høyresidens sosiale affordanser. Utgangspunktet for modellen er: Semiotisk affordans (se a i figur 5) etablert som begrep av Kress og van Leeuwen (2001), teknologisk affordans (se b i figur 5) som er et nytt begrep presentert av Engebretsen (2007). Engebretsen setter semiotisk- og teknologisk affordans i sammenheng med en ytre kontekst (se c i figur 5). De øverste posisjonene i trekanten virker styrende for de nederste (Engebretsen, 2007, s. 16). Teknologiske og semiotiske ressurser fungerer som redskap for å realisere kommunikative intensjoner, i dette tilfellet samvalg, men bruken av disse reguleres av ulike typer sosiokulturelle og situasjonelle affordanser. Til sammen definerer de det sosiale handlingsrom for den kommunikative aktiviteten (Engebretsen, 2007, s. 17).

## 2.5. Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon har siden 1970-tallet utviklet seg til å bli et stort og viktig forskningsfelt hvor problemstillinger knyttet til mennesker og bruk av mediert

kommunikasjon spiller viktige roller for levering av helsetjenester og folkehelsearbeid (Kreps, Bonaguro, Query, 1998, upaginert). Helsekommunikasjon som begrep ble først introdusert i 1971 i California da en lege samarbeidet med en kommunikasjonsarbeider om å starte en kampanje for å forhindre hjertesykdommer hos befolkningen (Rogers, 1996, s. 16). Likevel er det Korsch og Negrete's artikkel fra 1972 om doktor-pasient kommunikasjon som regnes som fundamentet for helsekommunikasjon som felt (Wright, Sparks, O'Hair, 2013, s. 6). Det er flere hovedfelt innenfor helsekommunikasjon, men lege-pasient kommunikasjon, helsekampanjer og risikokommunikasjon er de tre mest vanlige temaene i vitenskapelige tidsskrifter om helsekommunikasjon (Wright, Sparks, O'Hair, 2013, s. 8). I min oppgave er det lege-pasient kommunikasjon som er mest relevant. Å beherske kommunikasjon med pasienter er en vesentlig klinisk ferdighet, selv om emnet har fått lite fokus på sykehusene (Gulbrandsen, 2008). Verdens helseorganisasjon definerer helsekommunikasjon som:

*"Health communication is a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multimedia and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development"* (Verdens helseorganisasjon, 1998, s. 8)

Her trekkes medier og teknologi frem som viktige distribusjonskanaler for helseinformasjon til både samfunnet og den enkelte. Innenfor feltet av helsekommunikasjon er kommunikasjon begrepsfestet som den sentrale sosiale prosessen både i levering av helsetjenester og av promoteringen av folkehelse. Kommunikasjonsprosessens sentralitet er basert på den gjennomgripende rollen som kommunikasjon spiller ved å skape, samle og dele helseinformasjon (Kreps. et al., 1998, upaginert). I tillegg til at kommunikasjon er en kraftfull prosess i helsevesenet, er dynamikken i kommunikasjonen i helsekontekster også meget kompleks. Kommunikasjonskanaler som brukes er mange og påvirkningen av kommunikasjon på helseutfallet er stort (ibid.). Den tradisjonelle formen for helsekommunikasjon har vært informasjonsarbeid gjennom aviser, plakater, tv-annonser og så videre (Sletteland, 2014, s. 27). Dette har i all hovedsak vært enveiskommunikasjon i den hensikt å opplyse befolkningen om ulike tema. Også i klinisk virksomhet er helseinformasjon sentralt. Når helsepersonell informerer og er i direkte kontakt med pasienter og pårørende kan kommunikasjonen bære preg av en lineær kommunikasjonsmodell (se figur 1) (Sletteland, 2014, s 27). I denne oppgaven brukes ordet pasient som en sosial rolle en person går inn i når

han eller hun mottar en helsetjeneste (Lian, 2008, s. 35). Pasientrollen er menneskeskapt og dynamisk og tradisjonelt har den vært knyttet til forventninger om at pasienten bør være lydhør og takknemlig over de tjenester som vedkommende mottar (ibid.). Dagens pasientrolle preges av vårt moderne samfunn og pasienter er mer aktive, kompetente og deltakende i egen helsesituasjon (ibid.).

Professor i medisin Pål Gulbrandsen påpeker at klinisk kommunikasjon er et ikke-tema, noe han selv mener er skremmende (Gulbrandsen, 2013, s. 102). Han poengterer videre at det er merkelig at det å utøve godt legearbeid ikke forbindes med å være god i klinisk kommunikasjon. *”Ingen veileder i det, ingen interesserer seg for det, ingen kurses i det (med få unntak). De fleste tror vitsen bare er å gjøre pasienter fornøyd eller å unngå trøbbel”* (Gulbrandsen, 2013, s. 102). Selv har Gulbrandsen tatt del i et forskningsprosjekt som søker å sette fokus på god kommunikasjon på norske sykehus. Sammen med psykolog Arnstein Finset har Gulbrandsen skrevet en bok om medisinsk kommunikasjon (Gulbrandsen og Finset, 2014). Her innleder de med å trekke frem de to viktigste betingelsene for vellykket kommunikasjon. Den første er at leger må forstå at god kommunikasjonsevne er en ferdighet, og ikke en medfødt egenskap, som må trenes på og utvikles. Den andre er at leger må vite at han eller hun inngår i et fellesskap med pasienten som skal søke forklaringer og forståelse sammen (Gulbrandsen & Finset, 2014, s. 13). For å bli god i medisinsk kommunikasjon må begge disse betingelsene være på plass.

Forholdet mellom pasient og helsepersonell er kjent som en av de mest komplekse interpersonelle relasjonene (Edwards & Elwyn, 2009, s. 3). Dette fordi situasjonen involverer interaksjon i et maktforhold som ofte er asymmetrisk, i en situasjon som ofte ikke er gjensidig frivillig og diskusjonen foregår rundt komplekse og emosjonelle helsetema. Pasienten inntar ”sykerollen” mens legen eller sykepleieren blir ”eksperten” (ibid.). Som helsepersonell kan det være vanskelig å fange opp hva pasientene egentlig mener. I en travel yrkeshverdag er det lett for helsepersonell å kommunisere utenfor, og ikke innenfor pasientens perspektiv (Eide og Eide, 2013, s. 67). Helsepersonell har en nøkkelrolle i hvordan kommunikasjonen skal foregå og de legger ofte føringer for dette samspillet (Gjerpe, 2013, s. 92). De senere årene har forholdet mellom lege og pasient endret seg på grunn av endringer i sykdomsbildet og mindre autoritetsangst som følge av en demokratisering i samfunnet (Kringlen & Finset, 2006, s. 106). Sykdommene er mer komplekse enn før og vårt syn på profesjonsroller har endret seg.

Psykiatriprofessor Einar Kringlen og Arnstein Finset (2006) poengterer at både pasientens og legens væremåte legger føringer for en vellykket helsekonsultasjon. At legen stiller mange spørsmål om pasientens forståelse av sitt problem, samt følelsesmessige reaksjoner er viktig for at pasienten blir tilfreds (Kringlen & Finset, 2006, s. 118). Studier gjort av Moira A. Stewart (1995), britisk lege og forsker, viser at også pasientens væremåte er viktig. Både for legens atferd, men også for pasientens egen oppfattelse av konsultasjonen (Stewart, 1995, 1429). Et godt tillitsforhold og en god kjemi mellom lege og pasient er derfor positivt for utfallet av konsultasjonen. Kringlen og Finset (2006) trekker likevel frem at det mange synes å glemme er at mennesker med symptomer ikke alltid handler som fornuftsvesener (s. 95). Likevel kan det hjelpe pasienten med en viss grad av *health literacy*.

### **2.5.1. Helsefremmende allmenndannelse**

Helsefremmende allmenndannelse eller "health literacy" beskriver en persons evne til å forstå og delta i beslutninger om egen helse, på en selvstendig og reflektert måte (Williams, Davis, Parker, Weiss, 2002, s. 383). Forskning på health literacy sin påvirkning på helsekommunikasjon viser at det er et gap mellom det helsepersonell tror pasienten forstår, og det pasienten faktisk forstår (Williams et al., 2002, s. 385). Selv umiddelbart etter et legebesøk husker pasienten mindre enn 50% av viktig informasjon som legen akkurat fortalte (Williams, et al., 2002, s. 383). Helsefremmende allmenndannelse kan forstås som helsekompetanse og er viktig for å kunne oppsøke og motta helseråd, være kritisk og kunne diskutere helseinformasjon, for å forbedre egen helse (Sletteland, 2014, s. 67. Birkler & Dahl, 2011). Graden av helsekompetanse er viktig fordi forskning har vist at pasienter med lav grad av helsefremmende allmenndannelse har vist seg å få dårligere behandling i helsetjenesten enn de som har en høyere grad av helsefremmende allmenndannelse (Sletteland, 2014, s. 69). Ferdighetene i helsefremmende allmenndannelse må forstås som dynamiske, fordi de kan endre seg med alder og sykdomserfaring (Jenum & Pettersen, 2014, upaginert). For at pasienten skal kunne være en deltaker og ikke bare en mottaker av behandlingsvalgene må vedkommende ha en viss helsefremmende allmenndannelse.

### **2.5.2. Internett og selvdiagnostisering**

I dagens samfunn har pasienter uendelige muligheter til å skaffe seg helseinformasjon på egenhånd. Internett florerer av informasjon og det kan være fristende å "Google" sine egne

symptomer for å finne ut av hva som er galt. Dette kan være nyttig for pasienten, men det kan også være svært problematisk. Internettet åpner ikke bare for en enorm mengde informasjon, men også for en stor mengde potensiell feilinformasjon (Birkler og Dahl, 2011, s. 43). Dette gjør at pasienten skaper seg et bilde av sin egen sykdom, og kan senere bruke dette feilskapte bilde til å stille kritiske spørsmål til legens informasjon. Dette bidrar til utfordringer for kommunikasjonen med helsepersonell (ibid.). For helsepersonell kan det også være krevende å forholde seg til pasienter som har fått riktig informasjon og forstår sin egen helsesituasjon. Aktive og kompetente pasienter er mer spørrende og vil diskutere mer med legen. Dette kan være faglig krevende og ta mer tid enn hva som ville blitt brukt på den mer passive mottakende pasienten (Birkler og Dahl, 2011, s. 44).

## **2.6 Makt og asymmetri mellom lege og pasient**

*”Den gode hjelper erfarer at der finnes kun én ekspert på pasientens sykdomsopplevelse, på pasientens frykt, håp, kroppslige fornemmelser og sosiale påvirkninger: pasienten selv. Klok behandling krever at de to ekspertene, den faglige ekspert og eksperten på meg og mitt liv, møtes, utveksler kunnskap og deler makt.”* (Fugelli, 2013, s. 89).

Medisinsk virksomhet er omkranset av et rammeverk av lovgiving, profesjonsetikk og omfattende avtaleverk. Maktutøvelse innenfor medisin er oftest skjønnsutøvelse innenfor dette rammeverket (Engelstad, 2003, s. 19). Maktforholdet mellom legen og pasienten er skjevt da legen er på jobb i vante omgivelser, mens pasienten er engstelig, opplever kanskje smerter og føler seg usikker. Medisin er et av de feltene der diskusjonen rundt begrepet makt blir mest ladet. Medisinen skal ha fokus på hva som er pasientens beste og det er legen som skal innrette seg etter pasientens ønske, og ikke omvendt. Likevel er det legen som sitter på fagkunnskapen og det vil nødvendigvis forekomme et asymmetrisk maktforhold (Elwyn og Charles, 2009, s. 117). Å være hjelpesøkende er å gå inn i et avhengighetsforhold (Engelstad, 2003, s. 18). Selv om det er pasienten som skal være den overordnede som forventer at legen skal handle etter pasientens ønsker og preferanser, så gjør kunnskapskløften mellom de to partene at asymmetrien blir snudd på hodet (Engelstad, 2003, s. 25). Likevel ser vi en voksende andel av medisinsk informasjon på internett, som kan føre til at det asymmetriske kunnskapsforholdet jevnes noe ut i pasientens favør.

Michel Foucault påpeker at det ligger makt i vår tillærte måte å snakke om fenomener på, det han kalte diskurser. Så å si all maktutøvelse er avhengig av kommunikasjon og Ervin Goffman mente at ikke bare effektiviteten i det kommunikative forholdet er viktig, men ”definisjonen av situasjonen” (Engelstad, 2003, s. 25-26). Det betyr at det ligger makt i å sette rammene for kommunikasjonssituasjonen. I kapittel 2.1 ble kommunikasjon definert som en intendert handling for å gjøre noe kjent for bestemte andre (Blakar, 1984, i Blakar, 2003). Dette er et interessant perspektiv og et tankevekkende utgangspunkt for å studere lege-pasient-kommunikasjonen. Hva er det pasienten ønsker å gjøre kjent for legen? På hvilken måte oppfatter legen det pasienten sier? Er det noe legen ønsker å gjøre kjent, men som pasienten ikke forstår?

Slik ligger det mye makt i å definere diskursen for hvordan samvalgsverktøyene skal se ut og fungere. Kress og van Leeuwen påpeker at den diskursive praksisen består i å velge hvilken diskurs som skal spille en rolle i en bestemt tekst og at det ligger mye makt i dette valget (Kress & van Leeuwen, 2001, s. 30). I en samvalgskontekst har utviklerne av samvalgsverktøy mye makt når de definerer hvordan verktøyet skal se ut, hvilke alternativer som skal med i verktøyet og rekkefølgen på disse. Foucault kaller det hegemonisk makt når makt utøves i usynlige strukturer i hverdagen uten at den blir problematisert (Slettebø, 2013, s. 143). Når pasienten finner seg i helsepersonells handlinger mot dem uten å protestere, men tar for gitt at dette er nødvendig helsehjelp, utøves det en form for hegemonisk makt (ibid.). Tradisjonelt har denne typen makt møtt lite motstand, men har blitt mer diskutert og problematisert ved brukermedvirkning og ”pasientens helsetjeneste” (ibid.).

Teolog Jan-Olav Henriksen (2013, s. 51) påpeker at makt i et helseperspektiv handler om hvordan man kan bli bedre i stand til å selv være herre over, eller mestre, egne livsbetingelser. Henriksen trekker på Foucault ved å si at subjektet ikke er selvkonstituerende, men må ses i en sammenheng hvor kunnskapen det tilegner seg, og som omringer det, definerer det (Henriksen, 2013, s. 59). Dette betyr at vi er bundet av betingelser vi ikke selv har makt over, men som likevel gjør oss til oss selv (Henriksen, 2013, s. 59). Foucault mener at pasienten blir gjort om til en diagnose og dermed blir objektivisert. Pasienten kan ikke fremstå som et subjekt igjen før vedkommende får sjansen til å forstå seg selv som noe annet enn et passivt offer. Dette kan trekkes veksler på i samvalgssituasjonen hvor pasienten er avhengig av å ikke bare motta informasjon om diagnosen som pasienten har fått, men også kunne bidra med informasjon om seg selv og egne verdier og dermed også forstå seg selv som person og ikke



bare som en diagnose. Foucault mener også at man kan skille mellom mennesker ut fra den kunnskapen man har til rådighet (Henriksen, 2013, s. 59). Dette kan illustreres ved health literacy hvor noen pasienter har mer kunnskap og forståelse om helsesituasjonen og dermed kan være i stand til å ta mer ansvar for egen helse.

## **2.7 Autonomi, paternalisme og samvalg**

Tradisjonelt har helsepersonell vært nødt til å stole helt på seg selv og egne vurderinger i avgjørelser omkring pasienters behov for informasjon, behandling og konsultasjoner (Beauchamp & Childress, 2001, s. 176). Men i de senere tiår har helsevesenet gradvis endret fokus for å få pasienten mer i sentrum, og pasientmedvirkning har blitt styrket både i jus og i etikk (Ruyter, Førde, Solbakk, 2014). Fokus er endret fra legens kunnskap, til pasientens rett til deltakelse og beslutninger om egen helse. Opphavet til pasienters medbestemmelsesrett stammer fra prinsippet om autonomi som betyr selvbestemmelse (Birkler & Dahl, 2011, s. 73). For at en handling skal være autonom kreves en betydelig grad av forståelse og frihet fra tvang (Beauchamp & Childress, 2001, s. 59). Det kreves ikke en full forståelse eller fullstendig fravær av innflytelse for at handlingen skal være autonom. Pasientens autonomi handler ikke kun om å ta sin egen beslutning, den handler også om forutsetninger for å kunne treffe en riktig beslutning (Birkler & Dahl, 2011, s. 73).

Samtidig med økt fokus på pasienters rettigheter og autonomi har også påstander om paternalisme vokst frem (Beauchamp & Childress, 2001, s. 176). Paternalisme betyr at en person utøver makt over en annen person og således overstyrer deres personlige autonomi. I tiden før 1960 årene sto helsevesenet samlet som en autoritet og det hersket en paternalistisk holdning. Hvis en behandling ble ansett som livsnødvendig for pasienten, ble den iverksatt uten pasientens samtykke (Birkler & Dahl, 2011, s. 73). I dag er situasjonen svært annerledes. Helsepersonell er i større grad blitt rådgivere og veiledere og medisinsk behandling er et tilbud snarere enn et påbud (ibid.). Nedenfor vil jeg presentere tre ulike måter å fatte beslutninger på som danner grunnlaget for dagens samvalgmodell.

### **2.7.1 Tre medisinske beslutningsmetoder**

Medisinsk forsker og professor Cathy Charles og professor i medisin Amiram Gafni (2011) presenterer en modell med de tre mest fremtredende tilnærmingene til beslutningstaking (se egen oversettelse av modellen under). Dette danner grunnlaget for dagens samvalgmodell.

De presiserer at modellen viser idealistiske metoder og at en beslutningsprosess i praksis vil ligge et sted i mellom de tre alternativene. Modellen legger ingen føringer på hvilken retning som er best, men beskriver kun beslutningsprosessen i tre ulike metoder.

Analytiske stadier	Paternalistisk	Samvalg	Informert valg
<b>Informasjonsutveksling:</b>			
<b>Flyt</b>	Enveis (oftest)	To-veis	Enveis (oftest)
<b>Retning</b>	Lege → Pasient	Lege ← → Pasient	Lege → Pasient
<b>Type</b>	Medisinsk	Medisinsk og personlig	Medisinsk
<b>Minimum</b>	Rettslige krav	Alt som er relevant for beslutningen	Alt som er relevant for beslutningen
<b>Avveining</b>	Legen alene, eller med andre leger	Legen og pasienten (og potensielt andre)	Pasienten (og potensielt andre)
<b>Hvem bestemmer hvilken behandling som skal velges?</b>	Legen	Legen og pasienten	Pasienten

Figur 6: Ulike modeller for beslutningstaking. Egen oversettelse av modellen til Charles & Gafni (2011) s. 42.

### 2.7.1.1. Den paternalistiske modellen

I dens reneste form betyr paternalismemodellen at legen alene tar avgjørelsen om behandling, og kun gir pasienten lovpålagt informasjon (Charles & Gafni, 2011, s. 42). Denne type beslutning støtter seg til legens fagkunnskap og andre elementer som pasientens personlige, kulturelle og verdimeslige preferanser blir sett vekk ifra. Rolleforståelsen i denne modellen er at legen betraktes som en advokat og pasienten som en klient (Lian, 2008, s. 36). Denne modellen hvor legen alene, eller sammen med kolleger, bestemmer behandlingsforløpet er ikke lenger førende fordi moderne medisin er mer opptatt av å ha pasienten med på laget (Charles & Gafni, 2011, s. 42). Grunnet internett og utdanningsnivå er pasienter dessuten mer opplyst enn før og ønsker å ta del i egne helsebeslutninger. Dette gjør at den paternalistiske holdningen vanskelig kan fortsette.

### **2.7.1.2 Den informerte modellen**

På motsatt side av skalaen er den informerte modellen hvor pasienten får all nødvendig informasjon og så tar avgjørelsen alene (eller sammen med pårørende). Dette er også en form for enveiskommunikasjon der legen forteller om fordeler og ulemper med behandlinger, som pasienten senere må veie opp og ned for så å bestemme seg (Charles & Gafni, 2011, s. 42-43). Opphavet til pasienters medbestemmelsesrett stammer fra prinsippet om autonomi. Den informerte modellen går ut på at pasienten får en autoritet til å gjennomføre valget med kunnskap og informasjon fra legen. Rolleførståelsen er her at legen ses på som en kompetent, teknisk ekspert og pasienten som en kunde (Lian, 2008, s. 36). Utfordringen er å få legen til å presentere alternativene på en nøytral og upåvirket måte (Charles & Gafni, 2011, s. 43). Studier viser imidlertid at det er enklere for legen å gi pasienten teknisk informasjon om fordeler og ulemper, enn det er for pasienten å gi legen informasjon om sine verdier og preferanser (ibid.). Derfor er denne metoden ”enklere” for begge parter når det gjelder kommunikasjon.

### **2.7.1.3 Samvalgsmodellen**

På samme tid som pasienters autonomi kommer i fokus, blir den kommunikative prosessen for å oppnå beslutningstaking mer interessant (Kissane, 2010, s. 127). Samvalg ligger midt mellom de to alternativene ovenfor og det grunnleggende med denne modellen er toveiskommunikasjon der pasient og lege begge deler informasjon med hverandre (Charles & Gafni, 2011, s. 43). Legen er ekspert på diagnose og medisinske alternativer, mens pasienten er ekspert på sin egen kropp, egne verdier og preferanser. Slik kan de sammen komme frem til en best mulig avgjørelse. Rolleførståelsen i denne modellen er at legen blir en lærer eller venn og at pasienten blir en elev eller en venn (Lian, 2008, s. 36). Samarbeidet mellom de to partene fører til en godt gjennomtenkt og begrunnet avgjørelse, fra begges ståsted.

## **2.7.2 Samvalg som helsekommunikasjon**

Ideen om samvalg finner grunnlag både i etikk og i lovverk og er den praktiske møteplassen mellom respekt for individets autonomi og legens faglige kunnskap og ekspertise (Godolphin, 2009, s. 186). Samvalg er en prosess hvor helsepersonell og pasient jobber sammen for å komme frem til en behandling basert på legens ekspertise og pasientens personlige verdier og preferanser (Coulter & Collins, 2011, s. 2). Prosessen krever avanserte kommunikasjonskunnskaper og ulike verktøy og teknikker for å støtte informasjonsdelingen, risikokommunikasjonen og beslutningstakingen (Coulter & Collins, 2011, s. vii).

Samvalgsprosessen er viktig for pasientsentrert behandling, og fordi det er bevist at pasienter som er deltakende i egne helsebeslutninger og er aktive i egen helseprosess får bedre utfall enn de mer passive pasientene (Coulter & Collins, 2011, s. vii). Samvalg øker altså pasientens forståelse, noe som gir positive helsemessige ringvirkninger.

Tabellen under er en fremstilling av ekspertisen til henholdsvis legen og pasienten:

Helsepersonells ekspertise	Pasientens ekspertise
Diagnostisere	Erfaring med sykdommen
Sykdommens årsaker	Sosiale omstendigheter
Prognose	Holdning til risiko
Behandlingsalternativer	Verdier
Sannsynlig utfall	Preferanser

Figur 7: Coulter & Collins (2011) modell over delte ekspertiser, egen oversettelse. (Coulter og Collins, 2011, s. 3).

Denne oversikten kan plasseres i den semiotiske kommunikasjonsmodellen (figur 4). Begge parter må tolke budskap og trekke vekslers på sine egne ekspertområder, som tabellen over viser. Dette innebærer både en medisinsk kommunikasjonstilnærming hvor helsepersonell informerer pasienten om sykdom, behandlingsalternativer og utfall, og en personsentrert kommunikasjonstilnærming hvor legen/sykepleieren tilpasser kommunikasjonen i respons til pasientens perspektiver og følelser (Swenson et al., 2004, Brown og Bylund, 2011). Et eksempel kan være at helsepersonell forteller om prognosene for hvor lenge pasienten kan leve. Pasienten på sin side er kanskje ikke interessert i å leve lengst mulig, men å leve med best mulig livskvalitet. Slik må de to tolke hverandres budskapet og gjennom samtale og diskusjon oppnå en felles forståelse. Helsepersonell bruker sin helsefaglige kompetanse, mens pasienten vurderer de mulige alternativene opp mot sin egen hverdag, holdninger til risiko og verdier (Coulter & Collins, 2011, s. 3). Coulter & Collins (2011) sine to andre kommunikasjonsalternativer (paternalistisk og informert valg) bygger på den lineære kommunikasjonsmodellen (figur 1). Dette er fordi informasjonsflyten her foregår enveis og at det derfor ikke er dialogisk kommunikasjon hvor sender og mottaker til stadighet veksler mellom rollene for å fortolke budskapet.

## 2.8. Etikk og den digitale pasient

Empiriske studier viser at profesjonelles perspektiver på sykdom skiller seg fra det perspektivet som pasienten har (Kringlen & Finset, 1999, s. 3, Nordby, 2002, s. 2812). Dette

byr på etiske utfordringer da behandling av en rekke sykdommer baseres på antakelser om hvilke oppfatning pasienten har (Nordby, 2002, s. 2812). Å behandle en pasient på etisk riktig måte innebærer både å gi pasienten oppmerksomhet og forsvarlig medisinsk behandling, men også å sikre at pasienten forstår hva legen sier og hvilke instruksjoner og forklaringer som blir gitt. Noe av problemet oppstår når vi digitaliserer kommunikasjonen mellom mennesker. På den ene siden fører digitalisering til at informasjonsstrømmen flyter lett og at vi har rask tilgang på oppdatert informasjon, men på den andre siden kan digitalisering i helsevesenet føre til mindre fokus på ansikt-til-ansikt kontakt med pasienten (Birkler & Dahl, 2011). Dette er etisk problematisk på flere ulike måter.

Bruken av samvalgsverktøy reiser etiske spørsmål (Siminoff, 2011, s. 54). Forskning fra nasjonalt kreftinstitutt i USA har vist at verktøyenes struktur faktisk kan være i veien for pasientens evne til å tenke intuitivt og fokusere på sin egen kropp og egen diagnose (Nelson et al., I Siminoff, 2011, s. 54). Noen pasienter blir så opptatt av det analytiske ved verktøyet at de ikke fokuserer på relevansen for egen sykdom. Derfor kan måten verktøyene er laget på overtale pasienten til å velge visse alternativer over andre. Dette er fordi pasienten selv er vant med å ta beslutninger intuitivt og ikke analytisk, og at det derfor kan forvirre pasientens egne tanker om hva som ville være det beste behandlingsalternativet for seg selv (Siminoff, 2011, s. 54). Slike verktøy kan altså få pasienten til å glemme sine egne verdier og sin egen livssituasjon og heller ta beslutningen på bakgrunn av hva de mener ser best ut på verktøyet.

## **2.9 Teoretisk oppsummering**

I dette kapitlet har jeg gjennomgått sentrale teorier innenfor hovedtemaene; kommunikasjon og helsekommunikasjon. Med basis i teori fra sentrale forfattere fra de ulike feltene har jeg operasjonalisert et teoretisk rammeverk med hensikt i å produsere kunnskap om hva som kjennetegner en god kommunikasjonssituasjon i en helsekontekst, for å undersøke hvordan et digitalt medium vil påvirke denne kommunikasjonssituasjonen. Før jeg anvender det teoretiske rammeverket vil jeg presentere min metodiske tilnærming med tilhørende etiske refleksjoner.

## 3 Metodiske valg og refleksjoner

---

I dette metodekapittelet vil jeg gjøre rede for forskningsprosessen og forklare mine metodiske valg. Formålet med oppgaven er å finne ut hvilke muligheter og utfordringer et samvalgsverktøy har for kommunikasjon om beslutningstaking, og hvilke holdninger helsepersonell har til å drive samvalg. Kvalitativ metode har som mål å oppnå en forståelse av sosiale fenomener (Silverman, 2001, Ryen, 2012, Thagaard, 2011, Østbye, Helland, Knapskog og Larsen, 2013) og var derfor et naturlig valg for denne oppgaven. For å besvare mine forskningsspørsmål har jeg valgt å benytte meg av en tekst- og medieanalyse og fire kvalitative intervju. Jeg vil starte med en innføring i min vitenskapsteoretiske forankring før jeg går videre til tekst- og medieanalysen og de kvalitative intervjuene. Deretter vil jeg legge frem forskningskvalitet, etiske betraktninger og analysens oppsett.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I denne oppgaven søker jeg å oppnå kunnskap om hvordan samvalgsverktøyet kommuniserer og hvordan helsepersonell opplever dette. Jeg jobber kvalitativt fordi jeg ønsker en innsikt i personers vurderinger og begrunnelser, og jeg er ute etter informantenes virkelighetsoppfattelse. Fordi jeg må tolke mine informanternes utsagn har metoden min hermeneutiske trekk. Hermeneutikk betyr tolkningslære (Schwebs og Østbye, 2013, s. 166). Utgangspunktet for hermeneutikk er at det å forstå meningen i en tekst ikke er selvsagt. All oppfatning og tolkning av tekster er avhengig av både fortolkeren selv, avsender, budskap og omgivelser (Schwebs og Østbye, 2013, s. 167. Thagaard, 2011, s. 39). Forskeren må analysere data, ikke bare gjengi det informantene har sagt (Ryen, 2012, s. 20). I min tekstanalyse av samvalgsverktøyet, og min analyse av de kvalitative intervjuene, bruker jeg en hermeneutisk tilnærming fordi min førforståelse av helsepersonells barrierer til samvalgssituasjonen er med på å påvirke analysen. Ved hjelp av kritisk tenkning må jeg også tolke informantenes utsagn om samvalgssituasjonen i forhold til de samvalgseksemplene jeg har vist dem (bipolar lidelse), og slik fokusere på den meningen informantene formidler. Østbye et al. (2013) påpeker at vi ikke kan fri oss fra førforståelsen, og at dette heller ikke er noe poeng, fordi det er i møtet mellom fordommer og teksten at fortolkningen foregår (Østbye et al. 2013, s. 66). I tekstanalysen er det min egen førforståelse som påvirker hvilke faktorer jeg trekker frem som meningsskapende i teksten. Slik har jeg som forsker en dialog med teksten (både intervjuene og verktøyet) for å trekke frem meningen.

Min metode har også fenomenologiske trekk fordi det er viktig for oppgaven å forstå hvordan helsepersonell forstår samvalgsverktøyet. Fenomenologi er et filosofisk perspektiv som studerer hvordan ulike fenomener fremtrer for oss fra et førstepersonsperspektiv (Andersson, 2010. Thagaard, 2011). Istedenfor å konsentrere seg om ytre ting, retter fenomenologien fokus mot hvordan disse tingene er gitt for vår kroppsliggjorte bevissthet (Andersson, 2010, s. 154). Det betyr at man i et fenomenologisk perspektiv interesserer seg for fenomenverden slik informantene opplever det (Thagaard, 2011, s. 38). Fokus ligger her på det objektive ved en dimensjon, altså hvordan jeg kan se at samvalgsverktøyet kan brukes som en kommunikativ arena. I tillegg har fenomenologien en subjektiv dimensjon, som legger vekt på hva informantene føler eller fornemmer om samvalgsverktøyets kommunikative potensialer (Nordentoft og Olesen, 2014, s. 24). I et fenomenologisk perspektiv har forskeren fokus på å forstå hvordan informantene opplever sin situasjon og hvordan man med en åpen og spørrende tilgang kan få innsikt i informantenes livsverden (Nordentoft og Olesen, 2014, s. 25, Thagaard, 2011, s. 38). I analysen lar jeg informantenes rolle og erfaring komme tydelig frem slik at det er deres perspektiver og deres språk som beskrives.

Fordi jeg ser på hvordan samvalgsverktøyet oppleves fra fire personers ulike roller, så er min overordnede metode sosialkonstruktivistisk. Et sosialkonstruktivistisk perspektiv innebærer en gjensidig påvirkende relasjon mellom kunnskap og sosiale prosesser (Lysgård, 2001, s. 4). Hans Kjetil Lysgård (2001) poengterer at ulike sosiale verdensbilder fører til ulike sosiale handlinger (ibid.). Dette kan overføres til min oppgave fordi jeg intervjuer fire ulike informanter, med fire ulike roller og forståelser til samvalg og samvalgsverktøyet. Vår forståelse er preget av den kulturen vi lever i, såkalte kulturelle *diskurser*, som betyr en bestemt måte å tale om og forstå verden på (Thagaard, 2011, s. 43). Jeg har ikke bare et rendyrket fenomenologisk perspektiv om hvordan helsepersonell oppfatter verktøyet, men jeg søker å sette de ulike rollene opp mot hverandre for å finne ut om det finnes noen skiller for hvordan verktøyet oppleves. Sosialkonstruktivismen er opptatt av at vi konstruerer kunnskap ut i fra våre interesser og perspektiver. Jeg søker å konstruere en forståelse av samvalgsverktøyet og hvordan dette oppfattes av de ulike informantene med de ulike rollene.

### **3.2 Forskningsdesign**

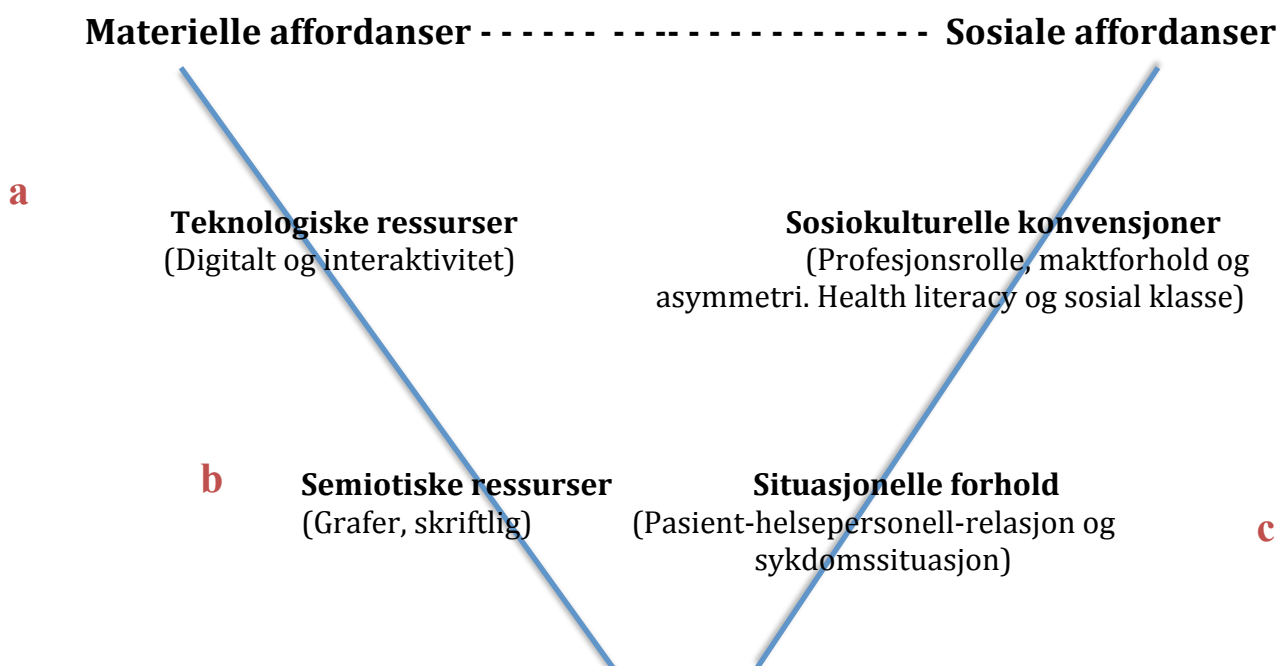
Mitt forskningsdesign tar utgangspunkt i Engebretsens (2007) analysemodell og består av en medieanalyse av samvalgsverktøyet for bipolar lidelse, en tekstanalyse av det samme

verktøyet, og de kvalitative intervjuene som uttrykk for helsepersonells/brukeres forståelse av kommunikasjonssituasjonen og kulturen i helsevesenet.

### 3.2.1. Affordansmodellen

Engebretsen (2007) bruker modellen for å vise hvordan ulike affordanser fungerer som rammebetingelser for utvikling av sjangere når han studerer nettavisen som kommunikativ flerbruksarena. I denne oppgaven brukes modellen for å vise hvordan de ulike rammebetingelsene påvirker samvalgsverktøyets kommunikative muligheter og begrensninger. Verktøyet for diagnosen bipolar lidelse finnes både i en enkel versjon og i en mer avansert innlogget versjon, men den enkle er den eneste jeg har tilgang til, så derfor er det denne jeg tar utgangspunkt i.

Modellen er bygget opp som en trekant hvor den øverste horisontale linjen virker styrende på den nederste. De nederste er den konkrete situasjonen og de to øverste er rammen rundt situasjonen, som sykehuskulturen og mediekulturen. De materielle affordansene på venstre side står i relasjon til de sosiale affordansene på høyre side. Verktøyet for bipolar lidelse vil bli brukt som utgangspunkt for å vise de teknologiske og semiotiske ressursene i samvalgsverktøy. Deretter vil jeg bruke de kvalitative intervjuene som respons på dette og plassere de inn i de situasjonelle forholdene på høyre side. Til slutt vil jeg drøfte det hele i lys av det sosiokulturelle perspektivet som en del av en kontekst i helsekommunikasjon.



Figur 8 Engebretsens (2007) affordansmodell anvendt til samvalg, parentesene representerer mine konkretiseringer (Engebretsen, 2007, s. 16).



### 3.2.2. Medieanalyse

Å analysere betyr å stille spørsmål til noe og forsøke å finne svar (Østbye et al., 2013, s. 61). Medieanalysen er valgt som metode for å komplementere intervjuene og gi leseren en helhetlig forståelse av hvordan verktøyene kommuniserer. Jeg gjennomfører medieanalysen for å finne det spesifikke ved det mediet som teksten tilhører. Det er en forskjell på å drive med samvalg med samvalgsverktøy og å drive med samvalg uten samvalgsverktøy. Dette er fordi mediet påvirker kommunikasjonssituasjonen. Teksten er preget av det mediet det formidles gjennom (Østbye, et al, 2013, s. 67). Ved å starte analysen med å se på de konkrete mulighetene og utfordringene som ligger i selve verktøyet har jeg noe å trekke responsen i intervjuene opp mot. På denne måten vil jeg kunne kartlegge både de teknologiske og semiotiske ressursene som ligger i verktøyet, og de situasjonelle forholdene som påvirker måten som verktøyet kommuniserer på.

### 3.2.3 Tekstanalyse

Medieanalysen suppleres med en tekstanalyse av det samme verktøyet. Å søke kunnskap om mediens tekster og teksttyper er viktig i medievitenskapen (Østbye et al., 2013, s. 61). Jeg gjennomfører en tekstanalyse for å avdekke tekstens meningspotensial. Kvalitativ tekstanalyse søker å avdekke tekstens latente nivå, altså hvorvidt brukerne forstår betydningen av verktøyet (Østbye, Et al, 2013, s. 63). Både *hva* teksten sier og *hvordan* den sier det vil være interessant. Tekstanalysen er dermed fortolkende fordi det er jeg selv som trekker frem viktige perspektiver med tekstens meningsskaping (ibid.). Tekstanalysen vil avdekke hvordan verktøyet påvirker kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Jeg bruker Hallidays tre metafunksjoner som utgangspunkt for å se på tekstens semiotiske ressurser. Den tekstuelle metafunksjonen ser på sammenhengen i teksten og hvordan samvalgsverktøyet skaper en helhet og sammenheng slik at brukerne av verktøyet forstår hvordan det fungerer. Den ideasjonelle metafunksjonen søker å finne ut hva som blir representert i teksten og hva de ulike begrepene, søylene og tallene faktisk betyr for brukeren. Den mellompersonlige metafunksjonen ser etter hva slags type forhold som skapes mellom taler og publikum, og hvordan dette skjer (Engebretsen, 2010, s. 19). Verktøyet inneholder store mengder informasjon, men min tyngde i analysen ligger på verktøyets interaktive del hvor selve beslutningsstøtten skjer.

De materielle affordansene (tekst- og medieanalysen) vil så oppsummeres ved å bruke Kress og van Leeuwens fire strata for meningsskaping i teksten. De fire strataene brukes for å skjønne koblingen mellom teksten og mediet i samvalgsverktøyet. Med utgangspunkt i de fire strata (diskurs, design, produksjon og distribusjon), og supplert med sitater fra ekspertintervjuet, vil denne delen trekke tekst og medium sammen for å skjønne hvordan samvalgsverktøyet fungerer som arena for kommunikasjon.

#### **3.2.4 Det kvalitative intervjuet**

Kvalitative intervjuer er en sentral metode for å samle inn og analysere data knyttet til personers oppfatninger og vurderinger (Østbye et al., 2013, s. 101). Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden ut i fra informantenes ståsted og få frem deres erfaringer og opplevelser forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 20). Da erfaringer er vanskelig å kvantifisere og kommer best ut ved detaljerte utgreielser, valgte jeg kvalitativt intervju som metode. Det kvalitative intervjuet kjennetegnes av en relativt åpen struktur og at det legger til rette for åpne spørsmål slik at informanten får belyst emnet fra sitt eget synspunkt. Gjennom denne tilnærmingen søker det kvalitative forskningsintervjuet å innhente såkalte *naturlige data*.

Anne Ryen forklarer naturlige data ved å si at det er upåvirket data (Ryen, 2012, s. 20). Dette passer for meg i den forstand at jeg genererer data og at dataene finnes fra før, men ikke intervjuene. Utgangspunktet for intervjuene er at jeg tar informantenes ord på alvor og at jeg har et syn på mine informanter som rasjonelle og ærlige. Jeg søke å komme så nær den faktiske brukssituasjonen som mulig ved å intervjuer helsepersonell som har førstehånds erfaring med dialog med pasienter om behandlingsvalg. Informantene får tid til å forklare hvorfor de handler og tenker som de gjør, uten at svarene må passe inn i et allerede utformet alternativ. Jeg bruker på denne måten mine informanter som en innsikt til hvordan bruken av samvalgsverktøyet ser ut fra de ulike rollenes perspektiver. Derfor er også de ulike rollene informantene mine representerer svært synlige i analysen, da jeg både vil undersøke hvilke holdninger og erfaringer de har til felles, men også hvilke spenningsfelt som finnes i analyse materialet. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at det kvalitative intervjuet bygger på en dagligdags samtale satt inn i en profesjonell kontekst. Anne Ryen (2012, s. 99) kaller det for en konversasjon med en hensikt. Slike beskrivelse mener jeg passer bra til min datainnsamlingsprosess.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 76) poengterer at kunnskapen som oppnås gjennom et forskningsintervju er noe som aktivt skapes, er relasjonelt og kontekstavhengig. Dette betyr at kunnskapen som er oppstått i én situasjon ikke automatisk kan overføres til en annen, da intervjukonteksten påvirker både informanten og kunnskapen. Kvalitative funn er situasjonsavhengig og kan ikke generaliseres, kun ha en viss overføringsverdi. Forskningsintervju er ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, da det er forskeren som definerer spørsmål og legger føringer for samtalens rammeverk (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 22). Mine intervjudata er altså ikke generaliserbare overfor andre helsepersonell, men danner et strategisk utvalg av informanter som uttaler seg om mitt forskningstema.

Jeg bruker en semistrukturert intervjuguide og har formulert fire hovedtemaer for samtalen, med underspørsmål til hver kategori (se vedlegg nr.2). Intervjuguiden er basert på forskningsartikler og bøker om samvalg og er utarbeidet for å dekke min problemstilling. Metoden lar meg stille åpne spørsmål slik at informantene kan forme svarene og beskrive sine erfaringer og holdninger til verktøyet. Jeg anvender en lydopptaker for å sikre at alt informanten sier blir fanget opp, samtidig som det fritar meg distraksjonen med å skrive ned alt og risikere unøyaktige sitater. På denne måten kunne jeg uforstyrret stille oppfølgingsspørsmål eller be om utdyping hvis dette syntes nødvendig.

Alternative metoder kunne være å lage en spørreundersøkelse som jeg kunne sendt til helsepersonell som jobbet med samvalg, eller jeg kunne gjort et feltarbeid ved å oppsøke en klinikk og observere hvordan samvalg artet seg. En kvantitativ spørreundersøkelse ville ha gitt meg flere informanter å basere min analyse på, men det hadde kun gitt meg et overblikk og ikke latt meg dypdykke ned i legers og sykepleieres holdninger og argumenter. Et feltarbeid ville både av etiske og praktiske grunner være vanskelig å gjennomføre. For det første fordi samvalgsverktøy ikke er implementert i klinikkene enda, og for det andre fordi det krever interaksjon med pasienter i en behandlingssituasjon, noe som er en etisk utfordring.

### **3.3 Studiens utvalg**

For å finne informanter har jeg brukt et strategisk utvalg, Fordi målet med intervjuene ikke var å generalisere, men å si noe om konteksten informantene er en del av og hvordan de opplever situasjonen har jeg valgt informantene basert på hvilke egenskaper og posisjoner de har i forhold til min problemstilling (Thagaard, 2009, s. 55). Jeg har også tatt i bruk

snøballmetoden, som betyr at jeg har kontaktet personer som andre informanter har anbefalt ut i fra deres kjennskap til felten (Ryen, 2012, s. 90). Fordi samvalgsmiljøet i Norge er såpass lite var dette en svært gunstig metode for å sikre kompetente informanter. Hvor stort utvalget skal være, er i følge Ryen en skjønnsmessig vurdering (Ryen, 2012, s. 92). Jeg mener at de fire intervjuene gir meg tilstrekkelig med data for å besvare forskningsspørsmålene. For ikke å skape en skjevhet i datamaterialet så jeg det som hensiktsmessig å intervjuer en representant for hver kategori.

Min første informant er en kvinnelig samvalgsekspert (helsepersonell), som innehar mye kunnskap om både metoden samvalg og samvalgsverktøyet. Min andre informant er en mannlig brukerrepresentant som har vært med i prosessen med å utvikle samvalgsverktøy og som har god kjennskap til samvalg. Min tredje informant er en kvinnelig sykepleier fra spesialisthelsetjenesten, som også har kunnskap om samvalgsprosessen. Til slutt intervjuet jeg en lege fra primærhelsetjenesten med god kunnskap om både brukermedvirkning generelt og samvalg spesielt. Av hensyn til informantenes anonymitet er verken deres konkrete stilling eller tilhørende helseforetak nevnt i oppgaven.

### **3.4 Forskerens forforståelse og bakgrunnskunnskap**

Min interesse for samvalgsverktøyet oppsto da jeg var i praksis hos Regional Kompetansetjeneste for Pasient- og Pårørendeopplæring (RKPPPO). Jeg ble interessert i helsepersonells holdninger til samvalgsprosessen, da jeg opplevde tilbakemeldingene på verktøyet som delte. Mange var skeptiske til bruken av det digitale verktøyet i en beslutningskontekst. Siden min praksisperiode har jeg hatt løpende kontakt med de ansatte ved RKPPPO og de har tilbudt seg å bidra med å skaffe informanter til min masteroppgave. Dette har vært helt avgjørende for å finne relevante informanter. Det bør også nevnes at verken jeg eller mine veiledere i praksisperioden har vært med å utvikle samvalgsverktøyet, slik at min posisjon som forsker ikke blir forstyrret av personlige interesser eller et eierforhold til verktøyet.

### **3.5 Forskningskvalitet**

Synet på hva som kjennetegner god kvalitativ forskning varierer, og enkelte mener at problemet med kvalitativ forskning er at det finnes få holdepunkter for å skille god forskning fra mindre god forskning (Ryen, 2012, s. 176). Ryen (2012) poengterer at denne kritikken kan

imøtekommes ved å stille høye forventningskrav til metodisk bevissthet, refleksjon og gjennomsiktighet. Det er også viktig med fokus på forskerens egen rolle som en aktiv deltaker i forskningen. Derfor må begrunnelsen av ulike valg gjennom forskningsprosessen være åpen for å sikre troverdighet, validitet og reliabilitet. Både validitet og reliabilitet er kontroversielle fenomener innen kvalitativ forskning (Ryen, 2012, s. 176, Østbye, et al., 2013, s. 124). Dette er fordi man ikke kan generalisere funnene og gjøre dem allmenngyldige, og at analysefunnene avhenger så mye av forskerens posisjon at en annen forsker med samme materialet, ikke nødvendigvis vil legge vekt på de samme funnene. Thagaard (2009, s. 198-199) bruker begrepene troverdighet og bekreftbarhet framfor reliabilitet og validitet, og overførbarhet framfor generalisering.

Ved å bruke lydopptak under intervjuene styrker jeg troverdigheten i analysen. I tillegg bruker jeg sitater fra informantene for å forsterke poengene. Det vil styrke bekreftbarheten fordi jeg som forsker får anledning til å tolke ord for ord, hva informantene mener om temaene (Østbye, et al., 2013, s. 124). For å øke validiteten har jeg kombinert ulike metoder for å se saken fra flere sider. Mitt utvalg av informanter styrker validiteten fordi jeg har valg personer med ulike roller, som kan korrigere hverandre. Jeg har forklart min rolle som forsker for informantene og informert de om min førforståelse til tema samvalg. I tillegg har intervjuene vært lokalisert på steder, som informantene selv har valgt. Det var viktig at jeg som forsker ikke påvirket hva informantene svarte. Derfor var jeg avhengig av informanter som fra før hadde kunnskap om samvalg, slik at jeg ikke måtte forklare noe om verktøyet, for på den måten å legge føringer for deres meninger. Jeg omtaler hele tiden brukssituasjonen på et abstrahert nivå, slik at den konkrete diagnosen ikke blir viktig for intervjudataene. Dette sikrer også informantenes anonymitet. Jeg har gjennom hele prosessen vært oppmerksom på viktigheten av å la informantene fremme sine egne meninger uten min påvirkning og uten ledende spørsmål. Likevel har jeg liten intervjuerfaring fra før, og kan ikke utelukke å ubevisst ha påvirket informantene i løpet av intervjuene.

Intervjudataene som er samlet inn er blitt transkribert og kategorisert med utgangspunkt i intervjuguidens inndeling. Kapittel 4.3 består av informantenes egne beskrivelser, med bruk av sitater for å forsterke troverdigheten. Det kommer tydelig frem hva som er mine kommentarer og hva som er informantenes utsagn. Intervjuguiden som ble brukt til intervju med Samvalgseksperten (se vedlegg nr. 1) inneholder flere spørsmål enn den andre intervjuguiden som ble brukt til de øvrige informantene. Dette var fordi eksperten fikk mer

konkrete spørsmål omkring samvalgsverktøyet. Disse svarene er i tillegg brukt i avsnitt 4.2 som en oppsummering på de materielle affordansene.

### **3.6 Forskningsetiske betraktninger**

Før oppgavens start i januar 2016 ble Personvernombudet for forskning NSD kontaktet. På grunn av den lange behandlingstiden for å godkjenne prosjektet ble jeg anbefalt å gjøre oppgaven anonymt. Dette har jeg gjort ved å ikke registrere personopplysninger, som yrkestittel, navn eller arbeidssted, verken på lydopptakene, i transkripsjonene eller i oppgaven. Informantene fikk alle et informasjonsbrev på mail før intervjuene (se vedlegg 3) hvor dette ble informert om. Under intervjuene har jeg brukt en lydopptaker for å sikre at jeg siterer informantene korrekt. Straks etter avsluttet intervju har jeg transkribert intervjuene slik at jeg har inntrykkene friskt i minne. I transkriberingen har jeg konsentrert meg om innholdet og for å få god flyt har jeg ikke inkludert pauser, nøling og ikke-verbal kommunikasjon, der dette ikke virker nødvendig. Transkripsjonsopptakene ble så slettet og alle informantene har fått tilbud om sitatsjekk.

For å belyse problemstillingen fra ulike vinkler ville det vært spennende og ha med informanter som ikke visste noe om samvalg fra før, men som kunne uttale seg om verktøyet jeg viste dem. Likevel ville dette vært uetisk da jeg selv ikke er sertifisert samvalgsveileder og er ikke i en posisjon hvor jeg har nok kunnskap til å lære helsepersonell om samvalg.

Informert samtykke betyr at deltakerne i forskningen informeres om studiets formål og om hovedtrekkene i designen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 104). Deltakerne informeres også om at det er frivillig å delta og om at de når som helst, og uten å oppgi grunn, kan trekke seg fra studien uten at dette får konsekvenser. I tillegg informeres det om hvem som har tilgang til intervjuet og transkripsjonen av dette i tillegg til analysen av de kvalitative dataene.

### **3.7 Organisering av analysen**

For å få en oversikt over mulighetene og utfordringene som ligger i samvalgsverktøyet har jeg startet analysen med å gjennomføre en medie- og en tekstanalyse av samvalgsverktøyet (se a og b i figur 8). Hensikten er å kartlegge potensialet for kommunikasjon som finnes i mediet og hvilke semiotiske ressurser som brukes. Her har jeg tatt utgangspunkt i Engebretsen (2007) sin affordansmodell (se figur 8). Etter de materielle affordansene presenterer jeg selve

intervjuene med konkrete utdrag fra disse, som ser på samvalgssituasjonens situasjonelle forhold (se c i figur 8). Jeg har brukt en *temasentrert analytisk tilnærming*, som vil si at jeg sammenlikner informasjon om hvert tema fra alle informantene (Thagaard, 2011, s. 171). Tema er i fokus, og analysen er rettet mot sammenlikning mellom ulike informanter (ibid.). En kritikk mot denne typen analyse er at tekstdelene trekkes ut av den sammenhengen de var en del av. Det er derfor viktig å fremheve sammenhengen mellom de ulike temaene for å oppnå en helhetsforståelse av hvordan samvalgsverktøyet påvirker helsepersonells måte å kommunisere på. Intervjuene gir informasjon om hvordan ekspert, behandler og brukere oppfatter situasjon og kultur rundt samvalgsverktøyet.

## 4. Analyse

---

I dette kapittelet vil jeg presentere mine data og analytiske funn. Utgangspunktet for analysen er samvalgsværktøyet for bipolar lidelse og de kvalitative intervjuene. Jeg vil starte analysen med de materielle affordansene som finnes i samvalgsværktøyet. Her vil jeg gjøre en medieanalyse av de teknologiske ressursene og en tekstanalyse av de semiotiske ressursene. I tekstanalysen vil Hallidays tre metafunksjoner brukes som gjennomgående faktorer for å finne meningspotensialet. Deretter vil jeg gå over til de sosiale affordansene hvor empiri fra de kvalitative intervjuene vil bli brukt for å finne situasjonelle forhold i samvalgssituasjonen med bruk av digitalt samvalgsværktøy. I kapittel 5 vil funnene løftes opp i en sosiokulturelt kontekst hvor de ulike delene i modellen settes opp mot hverandre. Til slutt vil jeg nøste trådene sammen og svare på oppgavens problemstilling.

Det finnes en internasjonal standard for hvordan samvalgsværktøy skal utvikles. I Norge er det tjenesten DECIDE treatment som utarbeider samvalgsværktøy for blant annet bipolar lidelse, og som styrer nettsiden mybetterdecisions.org. DECIDE treatment er utviklet av Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet, Sykehuset Innlandet, Helse Sør-Øst og DIPS (Leverandør av e-helsesystemer til norske sykehus). Fagfolk ved sykehus i Helse Sør-Øst utvikler samvalgsværktøyene på nettstedet, støttet av en arbeidsgruppe som inkluderer helsepersonell, forskere og IT-eksperter (Mybetterdecisions, 2015-2016). Nettsiden Mybetterdecisions.no forklarer samvalgsværktøy slik:

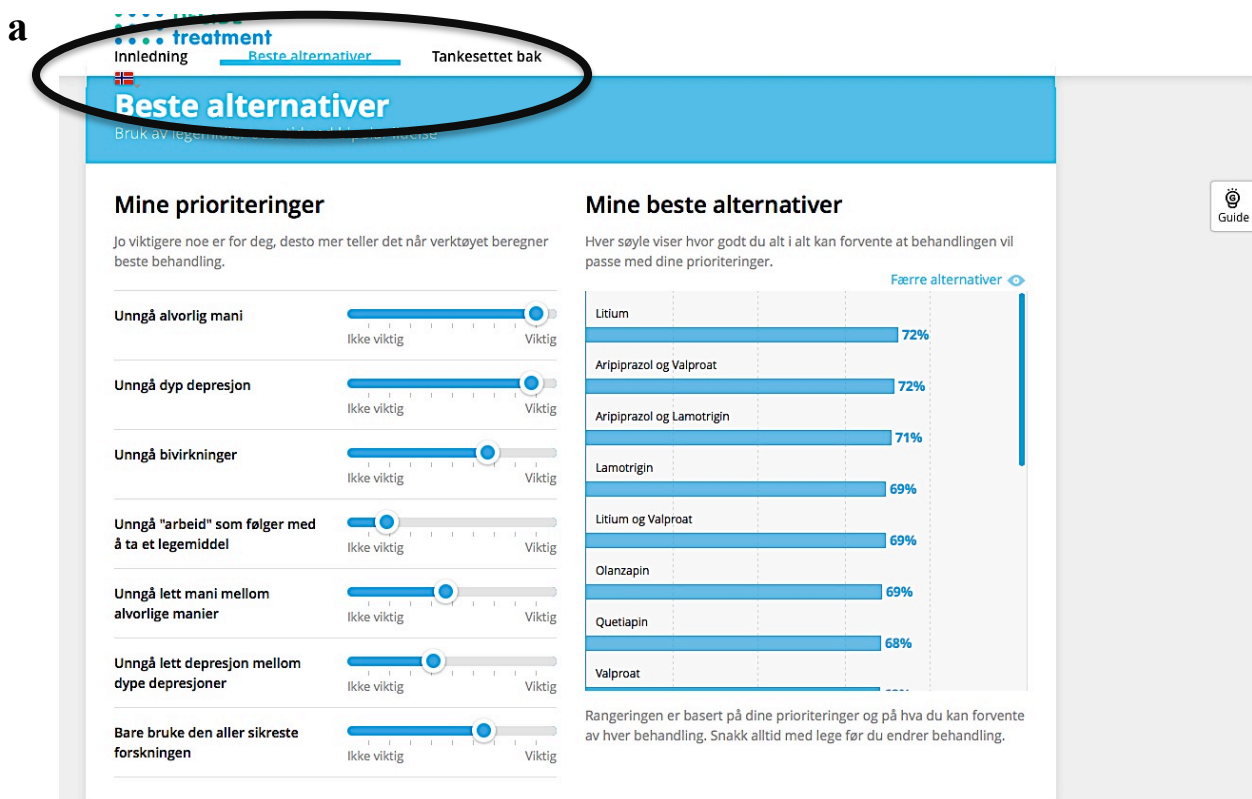
*”Hvert værktøy beregner hvilken verdi hvert behandlingsalternativ vil ha for deg, og rangerer behandlingene. Beregningen er basert på et enkelt matematisk prinsipp kalt vektet summodellen. Beregningene er basert på den beste, tilgjengelige informasjonen fra deg, fra forskning, og eventuelt fra andre som du har invitert til å ta valget sammen med deg. Ved kroniske sykdommer vil værktøyet vise hvordan behandlingen påvirker deg og din helse over tid”* (Mybetterdecisions, 2015-2016).

Samvalgsværktøyene kan brukes på PC, mobil og nettbrett og de er tilgjengelige for pasienten både før, under og etter konsultasjonen med helsepersonell (Mybetterdecisions.org, 2015-2016). Værktøyene kan brukes til en engangsbeslutning, eller som en støtte i en behandling som krever flere valg over tid.



## 4.1 Materielle affordanser

Samvalgsverktøyet finnes ved å åpne en nettleser og skrive inn Mybetterdecisions.org i URL-feltet. Nettsiden består av informasjon om samvalg og samvalgsverktøyet, samt prosessen med å utvikle verktøyet og informasjon om hvem som står bak. Ved å klikke på verktøyet for bipolar lidelse kommer et nytt skjermbilde opp. Verktøyet består av tre skjermbilder, med flere meningsklynger med informasjon på hvert bilde. Øverst ligger en fane med tre klikkbare alternativer (se ramme a i figur 9). Denne er en del av navigasjonsmenyen som forteller brukeren hvor hun til en hver tid er i verktøyet. Fanen følger verktøyet gjennom alle lag og gjør det oversiktlig å klikke seg mellom innledningen om samvalg, selve verktøyet eller tankesettet bak utviklingen av verktøyet. Analysen vil i hovedsak ta for seg *beste alternativer*, som er selve samvalgsverktøyet hvor brukeren har mulighet til interagere med verktøyet. Da jeg ikke har tilgang til den innloggede versjonen, bruker jeg kortversjonen. Fordi jeg skal vise prinsippet i den interaktive delen av samvalgsverktøyet og ikke hele verktøyet, passer kortversjonen som utgangspunkt for oppgaven. Figur 9 viser første side av samvalgsverktøyet.



Figur 9 Samvalgsverktøyet, beste alternativer. Hentet fra mybetterdecisions.org

## 4.1.1 Teknologiske ressurser – Medieanalyse

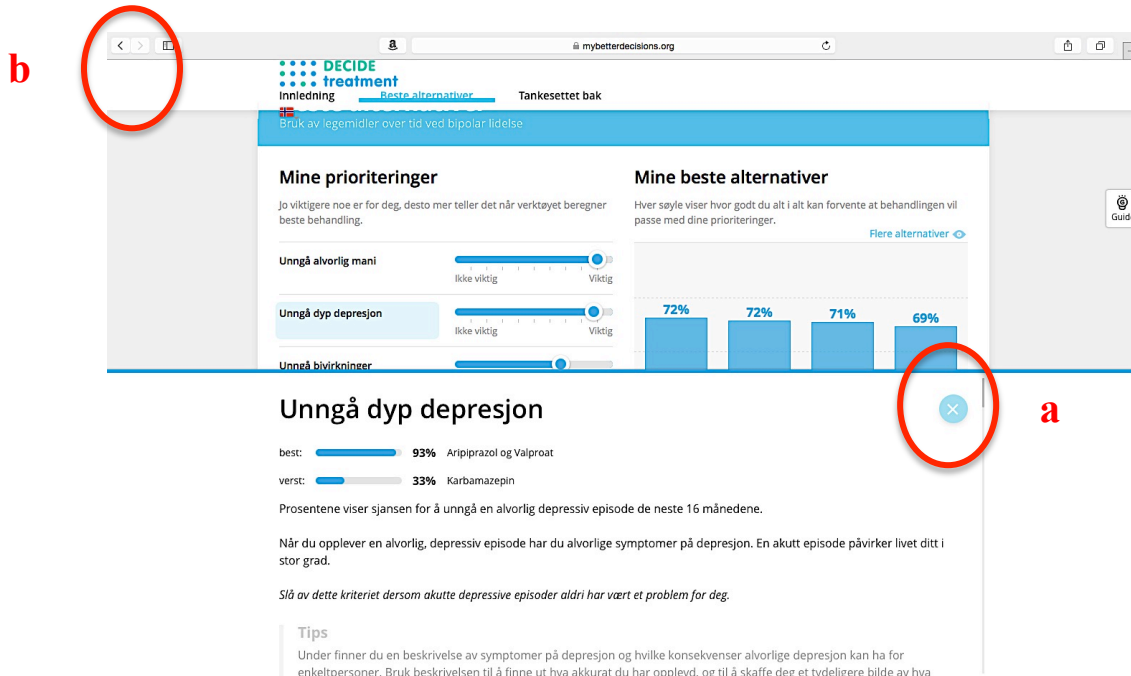
### 4.1.1.1 Brukergrensesnitt

Teksten er satt sammen av flere elementer med hver sine modale affordanser, som til sammen danner det grafiske brukergrensesnittet som gjør det mulig å samtale med maskinen. Brukergrensesnittet i samvalgsværktøyet består av måten maskinen mottar instruksjoner, men også dens digitale utforming. Meningspotensialet i teksten ligger i de semiotiske modalitetene, men også i algoritmene og potensialet som ligger i softwaren. Om vi studerer en sjanger fra tekstprodusentens perspektiv, vil eksempelvis valg av medieteknologi styre hvilke semiotiske ressurser som kan tas i bruk (Engebretsen, 2007, s. 16). Analysen vil starte med de teknologiske ressursene som er en ramme for meningsskaping i mediet. De teknologiske ressursene er vilkårene som ligger til grunn for tekstproduksjonen. Samvalgsværktøyet teknologiske ressurser er først og fremst at mediet er digitalt og at det er interaktivt. Dimensjonene i analysen av værktøyet er brukergrensesnittet, navigasjon, handlingsalternativer og hjelp og støtte.

Ved bruk av digitale medier kan utviklerne designe alt innenfor ett grensesnitt, altså skjermen. Dataskjermen består av en rekke prikker som, på bakgrunn av datamaskinens elektroniske signaler, forandrer form og farge og viser det bilde som vi ser på skjermen. For å få tilgang til samvalgsværktøyet er brukeren avhengig av en maskin som har internettilgang og den nødvendige programvaren som trengs for å bruke mediet. Programvaren som brukeren først forholder seg til er en nettleser, som betjenes ved å ta i bruk en datamaskin med tilhørende datamus og tastatur, eller et nettbrett/mobiltelefon. Dette danner brukergrensesnittet i samvalgsværktøyet. Teksten som forekommer på skjermen er basert på digitale koder, men disse er skjult for leseren og dermed noe den alminnelige nettbrukeren ikke tenker på i sin bruk av mediet.

Ved siden av innledningen i værktøylinjen finnes fanen ”beste alternativer” som er selve beslutningsstøtten og her pasienten skal vekte sine kriterier. Fra nettsiden til *mybetterdecisions* klikker man seg direkte inn her. Samvalgsværktøyet er laget slik at brukeren skal prioritere ulike kriterier ved å trekke søylen for de enkelte kriteriene frem til ønsket grad av viktighet. Ved hvert kriterium kan brukeren klikke for å få mer informasjon om hva det betyr. Klikker brukeren på ”unngå dyp depresjon” kommer en tekstboks opp som dekker halve skjermen. Tekstboksen forklarer hva dyp depresjon innebærer av blant annet

kjennetegn og symptomer. Øverst til høyre i tekstboksen finnes et stort kryss som fjerner tekstboksen (se a i figur 10). Skulle brukeren derimot klikket på tilbakeknappen på selve fanen (se b i figur 10) istedenfor krysset (a i figur 10), havner man tilbake på forsiden til mybetterdecisions.org, og alle prioriteringer vil gå tapt.



Figur 10 Samvalgsverktøyet. Beste alternativer, med tekstboks. Hentet fra Mybetterdecisions.org

Samvalgsverktøyet inneholder en beslutningsmatrise som er en database som summerer opp den til enhver tid beste kunnskapen. Samvalgsverktøyene benytter formelen for vektet sum-modellen for å beregne den forventede verdien av alle alternativene (Mybetterdecisions, 2016). Vektet sum-modellen er den enkleste formen for multikriterie beslutningsanalyse, en analyseform som består av ulike kriterier som vektet ulikt av den som skal velge. Slike valg har sjelden én unik, optimal løsning, men løsningen avhenger av hvilke kriterier den som skal ta valget mener er viktigst (Mybetterdecisions, 2016). Hvilke analyser og modeller som brukes er opplyst om i verktøyet.

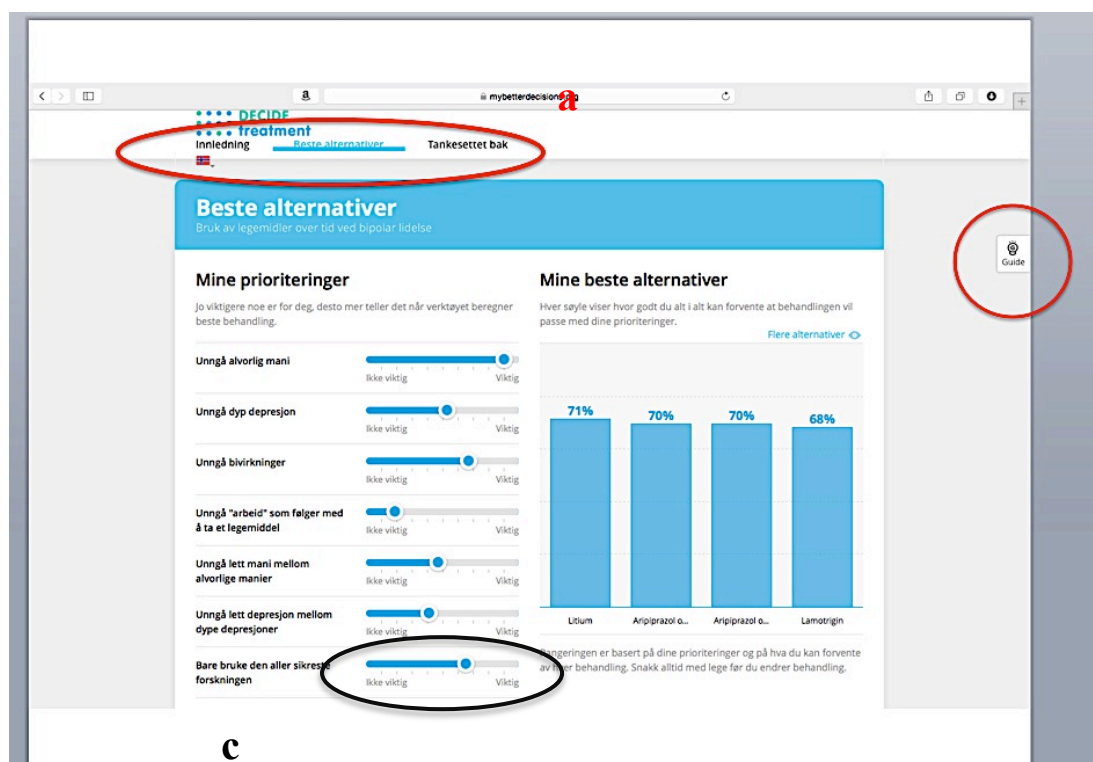
Når pasienten har fylt ut beslutningsmatrisen med sine tall (prioriteringer og preferanser), har vektet sum-likningen alt den trenger for å beregne hvilket alternativ som presterer best på de gitte kriteriene. *”Vektet sum-modellen inkluderer og integrerer alle essensielle ingredienser i en beslutning. Alle tilgjengelige alternativer, alle kriteriene som er viktige for beslutningstakeren, vektingen av kriteriene som reflekterer verdiene og preferansene, og alle tallkarakterene”*(Mybetterdecisions, 2016). Brukeren kan klikke på ”Tankesettet bak” for å få

grundig informasjon om hvordan verktøyet er laget, hvem som har laget det og hva de ulike begrepene betyr. Dette skaper en troverdighet som er viktig for et slikt digitalt medium.

#### **4.1.1.2 Navigering**

I et digitalt medium, som samvalgsverktøyet, kan brukeren velge hvor mye informasjon vedkommende ønsker. Verktøyets utgangspunkt består av store visuelle fremstillinger av liggende og stående søyler og mindre skrift. Brukeren kan selv velge å klikke frem mer informasjon om behandlinger, bivirkninger eller om hvordan verktøyet er laget. Samvalgsverktøyet er interaktivt fordi input fra brukeren får konsekvenser for teksten som kommer frem på skjermen. Når brukeren beveger musepekeren over skjermen endrer musepekeren fargen der hvor brukeren har mulighet til å klikke. Musepekeren endrer da bilde fra pil til en pekende hånd som symboliserer at dette er klikkbart. Slik får brukeren en oversikt og hun kan selv styre gangen gjennom verktøyet. Det finnes altså flere måter å bruke verktøyet på og man kan hoppe frem og tilbake i verktøyet slik man ønsker.

Samvalgsverktøyet består av tre hovedbilder, som alle er interaktive og inneholder flere lag med informasjon. Utviklerne styrer lesingen i den forstand at alle hovedbildene er på samme side, og at brukeren derfor alltid får "Beste Alternativer" først, og må scrolle seg nedover for å se de andre bildene. Øverst til venstre finnes en hovedmeny med tre faner (se a i figur 11). De tre fanene er eksterne linker som sender brukeren til en helt ny side. Alle overskriftene i verktøyet er interne linker. Ved å klikke her forblir man på den samme siden, men en tekstboks med ny informasjon kommer opp. Dette virker både informativt og forstyrrende, fordi man kan føle at man må klikke på alle overskrifter for ikke å gå glipp av informasjon.



Figur 11 Forsiden i samvalgsverktøyet, beste alternativer. Hentet fra: [Mybetterdecisions.org](http://Mybetterdecisions.org)

Verktøylinjen med tre faner (se a i figur 11) består av: Innledning, Beste alternativer og Tankesettet bak. Denne verktøylinjen er konstant og synbar uansett hvor i samvalgsverktøyet man befinner seg, slik at man fritt kan klikke seg mellom disse. Hensikten er at brukeren skal kunne orientere seg i verktøyet samtidig som det gir god oversikt over hvor man er i verktøyet til enhver tid.

Den første fanen, innledning, forteller om bruk av legemidler over tid ved bipolar lidelse. Dette er en forberedelse til å bruke verktøyet, i tillegg til at det gis instruksjoner om navigering. På denne siden får brukeren informasjon om diagnosen, om samvalg, om dosering og om legemiddelbruk. Til høyre på denne siden finnes en innholdsguide for denne fanen hvor brukeren eksempelvis kan klikke direkte på "et spørsmål om dosering". Dette kan være tidsbesparende hvis brukeren er ute etter konkret informasjon om akkurat dette. På denne måten kommuniserer verktøyet med henne gjennom utforskende interaktivitet og hyperlenker.

Under "Mine beste alternativer" kan brukeren klikke på de ulike medikamentene for å få mer informasjon om disse. Her kan hun velge om skjermen skal vise de til enhver tid fire beste

medikamentkombinasjonene, eller alle tilgjengelige medikamentkombinasjoner. Dette kan veksles mellom ved å klikke på ”færre alternativer” eller ”flere alternativer”. Hvis brukeren endrer sine kriterier, det vil si gjør noen kriterier viktigere eller mindre viktige, endres også rekkefølgen på medikamentene. De medikamentene som vises øverst er de som til enhver tid passer best med brukerens kriterier.

#### **4.1.1.3 Hjelp og støtte**

Til høyre i skjermbilde finnes en illustrasjon av en lyspære og skriften ”Guide” (Se sirkel b figur 11). Denne knappen følger grensesnittet, uansett hvor man er i verktøyet. Hvis brukeren klikker på knappen åpnes en tekstboks i et eget vindu som forklarer at guiden kan slås av og på. Hvis brukeren klikker på ”videre” kan hun bla seg gjennom 15 tekstbokser som forklarer gangen i verktøyet, hva de ulike begrepene betyr og hvordan brukeren skal anvende verktøyet.

Brukeren har ikke anledning til å klikke på selve søylene eller ordene ”viktig” og ”ikke viktig” (se c figur 11). De stående søylene som symboliserer de ulike medikamentkombinasjonene står under et prosenttall som viser hvor godt medikamentene presterer på brukerens input. Prosenttallene kan heller ikke klikkes på. Det vil si at brukeren må selv skjønne at valgene gjøres til venstre, mens utfallet skjer til høyre.

Informasjonen er lagret i databaser og ved hjelp av hypertekster dukker mer informasjon opp. Avhengig av hvor vant brukeren er med digitale medier kan hun hoppe frem og tilbake i verktøyet og få opp den informasjon hun trenger for å gjøre et informert valg. Likevel er det en foretrukken rekkefølge fordi skjermbildene i verktøyet ligger i en bestemt rekkefølge på samme nettside. Verktøyutviklerne legger dermed noen føringer for brukeren i selve mediet. Neste underkapittel skal analysere teksten i samvalgsverktøyet.

#### **4.1.2. Semiotiske ressurser – Tekstanalyse**

Ulike medieteknologier aktualiserer ulike sett av semiotiske ressurser. Samvalgsverktøyet er en multimodal tekst sammensatt av flere modaliteter som igjen kan forklares som alle anvendte tegnsystemer som er meningsbærende i en bestemt diskurs (Kress og van Leeuwen, 2001, s. 4). I samvalgsverktøyet finnes modaliteter som farger, skrift, grafer og tall. Tekster som inngår i en diskurs kan vurderes med henblikk på ulike dimensjoner, og Hallidays tre

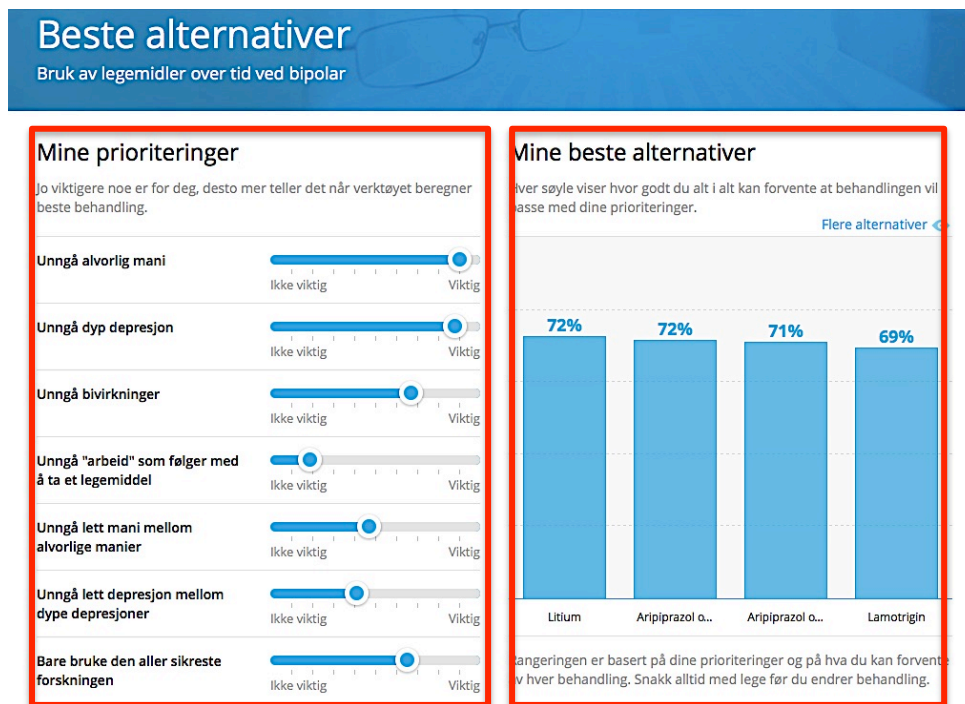
tekstuelle metafunksjoner er et godt utgangspunkt for en slik analyse (Engebretsen, 2007, s. 19). Samvalgsverktøy er en digital skjermttekst, som betyr at teksten er betinget av datamaskinens estetikk, muligheter og begrensninger. De tre hovedsidene i samvalgsverktøyet vil analyseres hver for seg med utgangspunkt i metafunksjonene.

#### 4.1.2.1 Beste alternativer, skjermbilde 1

Den tekstuelle metafunksjonen handler om komposisjon og sammenheng i teksten. En meningsklynge er en enhet av skrift og bilde som man leser sammen som en helhet (Baldry og Thibault, 2006, s. 31). Samvalgsverktøyet første skjermbilde er delt i to meningsklynger (MK 1 og MK 2 i figur 12): Én hvor brukeren skal prioritere ulike kriterier og én hvor medikamentenes prosentvise måloppnåelse på de samme kriteriene vises i søyler. Nettsiden for samvalgsverktøyet er hypertekstuell, som betyr at forfatterne har opprettet bestemte forbindelser mellom ulike tekstelementer.

Meningsklynge 1,  
MK 1

Meningsklynge 2, MK 2



Figur 12: Samvalgsverktøy for bipolar lidelse. Hentet fra [www.mybetterdecisions.org](http://www.mybetterdecisions.org)

Bildet ovenfor viser samvalgsverktøyet for bipolar lidelse hvor pasienten må ta stilling til seks tilstander/hendelser og prioritere hvor viktig det er å unngå de ulike hendelsene (MK 1). I tillegg finnes et kriterium om viktigheten av å bare bruke den sikreste forskningen. Ut i fra

hvilke prioriteringer brukeren gjør får den mest compatible behandlingen i MK 2 en høyere prosentcore. Leseretningen går fra MK 1 til MK 2 og brukerens input på MK 1 får konsekvenser for MK 2. På et tekstuert nivå viser verktøyet at brukeren under "mine prioriteringer" kan bevege punktet på søylen frem og tilbake mellom "viktig" og "ikke viktig" for å finne det tallet fra 0-100 som brukeren selv mener beskriver viktigheten av det enkelte kriteriet. Ved å dra punktet i søylen mot høyre øker viktigheten og søylene i MK 2 justeres etter hvilket behandlingsalternativ som møter det valgte kriteriet best. Brukeren må selv forstå at hun skal bevege de horisontale søylene i MK 1 til riktig viktighetsgrad, dette står ikke beskrevet. Hvis brukeren derimot klikker på skriften *mine prioriteringer*, kommer det en tekstboks opp som forklarer hvordan brukeren skal interagere med denne siden.

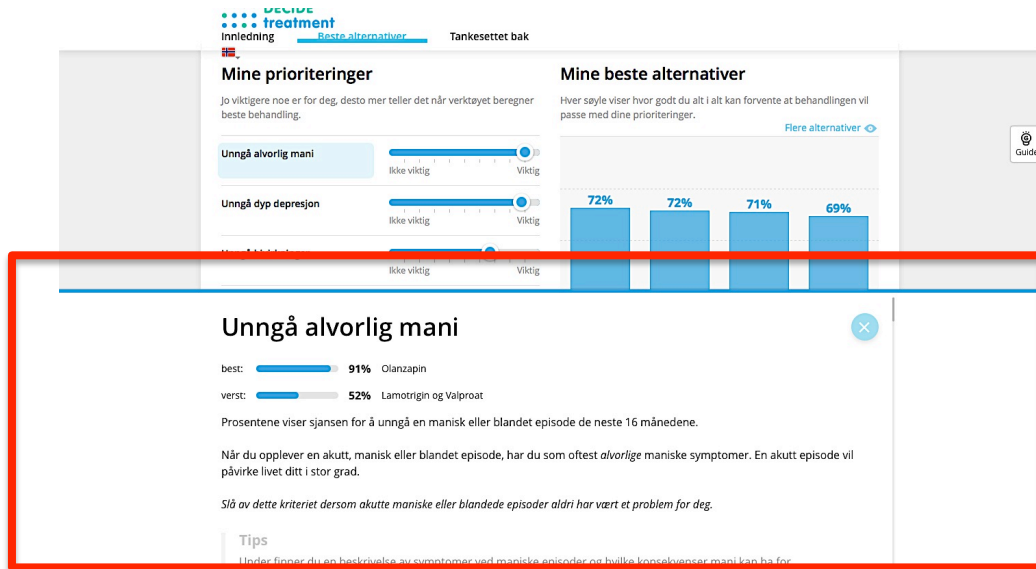
Verktøyet skaper koherens i skjermbildet ved rette linjer i samme blåfarge. På et tekstuert nivå skaper teksten sammenheng ved at linjene i MK 1 er horisontale, mens de i MK 2 er vertikale. Dette gjør at leseren forstår at siden skal leses som to meningsklynger, og at MK 1 virker styrende på MK 2. Sammenhengen mellom kriteriet og den tilhørende søylen er tydelig. Velger brukeren å klikke på "flere alternativer" endrer medikamentalternativene seg til horisontale søyler, som skaper et mer uoversiktlig helhetsuttrykk fordi brukeren må scrolle nedover for å se alle. Det er også verdt å merke seg at ordene "viktig" og "ikke viktig" ikke forklares nærmere, så brukeren må selv vurdere hva som disse ordene konkret betyr i forhold til kriteriene.

Den ideasjonelle metafunksjonen ser etter hva som blir representert i teksten. Verktøyets utseende er "rent" med abstrakte visuelle representasjoner og uten overdreven fargebruk. Dette kan være fordi samvalgsverktøy er et hjelpemiddel til medisinsk beslutningstaking som brukeren ikke vil finne av seg selv, men bli henvist til av legen eller bruke verktøyet sammen med helsepersonell. Dette gjør at verktøyet ikke behøver et nyskapende design og et fresht utseende, for å få brukerne til å bli på nettsiden.

Søylene i samvalgsverktøyet (figur 12) symboliserer en mengde informasjon sammenfattet i en abstrakt figur. Kress og van Leeuwen (2006) kaller dette for visuelle fremstillinger i *abstract coding orientation*. For å skjønne hvilken type informasjon søylene inneholder må brukeren vite hvordan man skal lese og forstå en søyle, og hun må forstå hva slags informasjon de visuelle fremstillingene symboliserer. De horisontale søylene i figur 12 i meningsklynge 1 er en forenklet framstilling av hvor viktig det er for pasienten å unngå et



kriterium i sin sykdomssituasjon. Søylene kan strekkes fra 0 (ikke viktig) til 100 (viktig). I meningsklynge 2 symboliserer de vertikale søylene de ulike medikamentkombinasjonene, og jo høyere søyle, dess høyere scorer medikamentet på brukerens kriterier.



Meningsklynge 3, MK 3

Figur 13 Samvalgsverktøyet, beste alternativer, med tekstboks. Hentet fra Mybetterdecisions.org

I verktøyet er alle viktige ord og setninger hyperlenker. Ved å klikke på en slik hyperlenke vil det komme opp en ny tekstboks som forklarer hva medikamentet, kriteriet eller prosessen betyr. Hvis brukeren klikker på «unngå alvorlig mani», så kommer en tekstboks frem. Denne meningsklyngen forklarer hva kriteriet betyr (se MK 3 i figur 13).

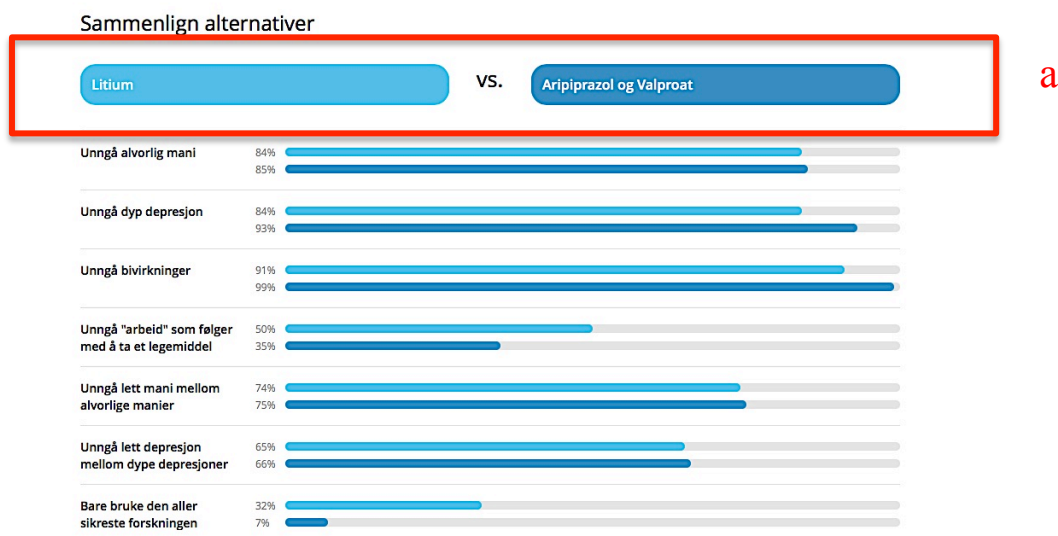
På det mellompersonlige nivået søker samvalgsverktøyet å skape en personlig relasjon til brukeren ved ord som ”hva er viktig for deg” og ”mine prioriteringer” istedenfor å skrive ”pasientens prioriteringer”. Det brukes altså 1. person og 2. person som henvendelsesformer, istedenfor å fremmedgjøre brukeren ved å henvise til 3. person. Det at man hele tiden kan klikke på lenker for å få utdypende informasjon, og at verktøyet innehar et nærhetspreg skaper et inkluderende inntrykk. Likevel er det en usikkerhet hvor medievant målgruppen er og hvor godt de forstår fagterminologien. Verktøyet kan derfor ikke garantere at alle som trenger denne informasjonen har tilstrekkelig kunnskaper for å anvende det.

Språket gir leseren mulighet til å bygge opp et mentalt bilde av virkeligheten for å få en bedre forståelse. I et samvalgsverktøy informeres det om flere elementer, blant annet medikamenter

eller behandlingstyper, ulike kriterier som må prioriteres, og selve diagnosen, som er konteksten rundt. Innholdet er organisert slik at det meste av informasjonen må brukeren aktivt hente frem selv, mens kun det mest nødvendige vises i skjermbildene. Den mellompersonlige metafunksjonen kommer til uttrykk ved den tilpassede organiseringsformen og enkelheten for brukeren. Likevel må brukeren forstå hva søylene symboliserer for at verktøyet skal gi mening. I tillegg kreves en viss kunnskap om diagnosen og om ulike bivirkninger og tilstander som kan forekomme. Brukeren får tilbud om verktøyet skal presenteres på norsk bokmål eller engelsk. Ingen andre språkalternativer er inkludert. Det betyr at blant annet nynorskbrukere ikke kan anvende verktøyet på sitt foretrukne språk. Verbalspråket brukes til å beskrive kriteriene og til å betegne ulike medisiner. Det krever en innsikt i diagnosens vokabular for å kunne forstå verktøyet. Ord som *mani* og *depresjoner* blir brukt i flere av kriteriene og må forstås for at kriteriene skal gi mening. Slik kan verktøyet ekskludere brukere eller pårørende uten noe diagnosespesifikk kompetanse, eller gjøre brukeren mer avhengig av helsepersonell.

På et mellompersonlig nivå passer den rene og enkle utformingen til verktøyets brukergruppe. Bilder av blomster, mennesker eller mange sterke farger ville flyttet fokus fra den alvorlige beslutningen som skal tas. Graden av alvorlighet legger således føringer for hvordan teksten bør se ut for å passe målgruppen.

#### 4.1.2.2. Sammenlikn alternativer, skjermbilde 2



Figur 14 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 2. Hentet fra [www.mybetterdecisions.org](http://www.mybetterdecisions.org)

Samvalgsverktøyets andre skjermbilde setter medikamentkombinasjonene opp mot hverandre for å se hvor høyt de scorer på de ulike situasjonene som ble presentert på første side. Siden består av en fane (se a i figur 14) med to behandlingsalternativer, som ved å klikke på gjøres om til rullgardiner av medikamenter. Brukeren velger hvilke to hun vil sammenlikne. Hele siden består av én meningsklynge som leses som en helhet. På det tekstuelle nivå gjør oppsettet og fargebruken denne siden helhetlig og oversiktlig. Brukeren kan endre medikamenter, hvis det er andre kombinasjoner hun vil teste på sine egne kriterier.

Fargen blå er gjennomgående for hele verktøyet, som er uttrykk for den tekstuelle metafunksjonen. På verktøyets første skjermbilde (figur 12) er fargen på grafene med de ulike prioriteringene lik fargen på grafene som illustrerer de ulike medikamentkombinasjonene. Dette bidrar til en tekstbinding som skaper en helhetsforståelse. Skjermbilde to (figur 14) handler om å sammenlikne behandlingsalternativ. Også disse har nyanser i blått. Dette har også en ideasjonell funksjon fordi det viser at alternativene varierer i graden de presterer, men at begge alternativene er gode, reelle behandlingsmuligheter. Hvis alternativene hadde hatt to helt ulike farger kunne dette ha symbolisert at det ene alternativet var radikalt annerledes enn det andre.

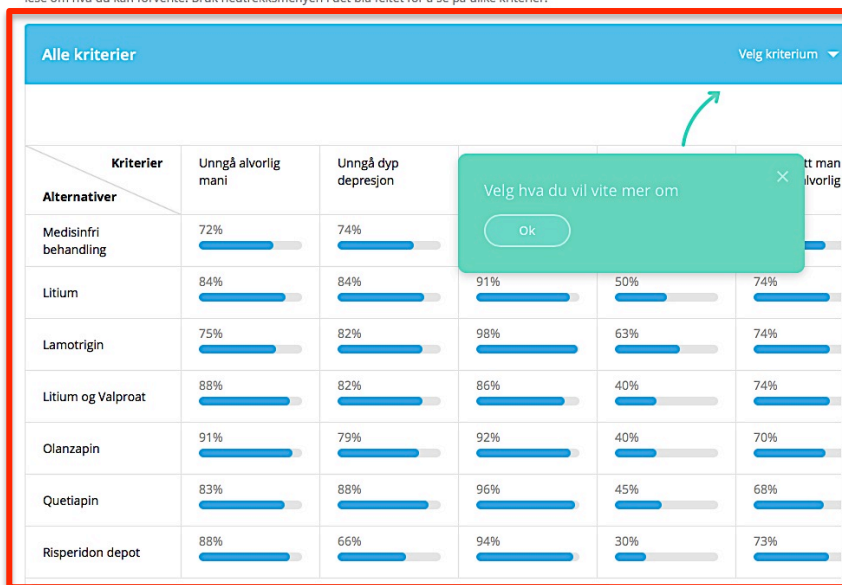
På et ideasjonelt nivå kan man se at ved siden av hvert kriterium er det en grå linje som går fra 0-100%. De to medikamentalternativene fyller ut denne linjen etter hvor godt de presterer på hvert kriterium. De to behandlingsalternativene er fargekodet slik at man enkelt skal kunne skjønne hvilken medisinkombinasjon som er øverst og hvilken som er nederst. Her kommer det frem hvor de ulike behandlingene har sine styrker og svakheter og hvilke kriterier pasienten mener at medikamentet bør etterkomme. Også på dette bildet er verbalspråket diagnosespesifikt og krever en viss kunnskap for å kunne forstås.

På det mellompersonlige nivået henviser ikke denne siden seg direkte til brukeren. Likevel kommer det opp en grønn tekstboks med forklarende tekst, de første gangene man besøker siden, som henvender seg til *du*. For å finne ut hvordan siden fungerer, uten den grønne tekstboksen, må brukeren klikke på overskriften *sammenlign alternativer* for å få informasjon om hvordan siden fungerer. Ved å ta utgangspunkt i samme farge forsterker verktøyutviklerne budskapet med at det er pasienten selv som avgjør, og at det ikke finnes noe objektivt sett riktig eller galt valg. Fargen blå har derfor et tydelig meningsinnhold på denne siden.

### 4.1.2.3 Hva jeg kan forvente, skjermbilde 3

#### Hva jeg kan forvente

Prosentene forteller hva du kan forvente av hver av behandlingene, for hvert kriterium. En perfekt behandling ville få 100 %. Klikk på rutene for å lese om hva du kan forvente. Bruk nedtrekksmenyen i det blå feltet for å se på ulike kriterier.



MK 1

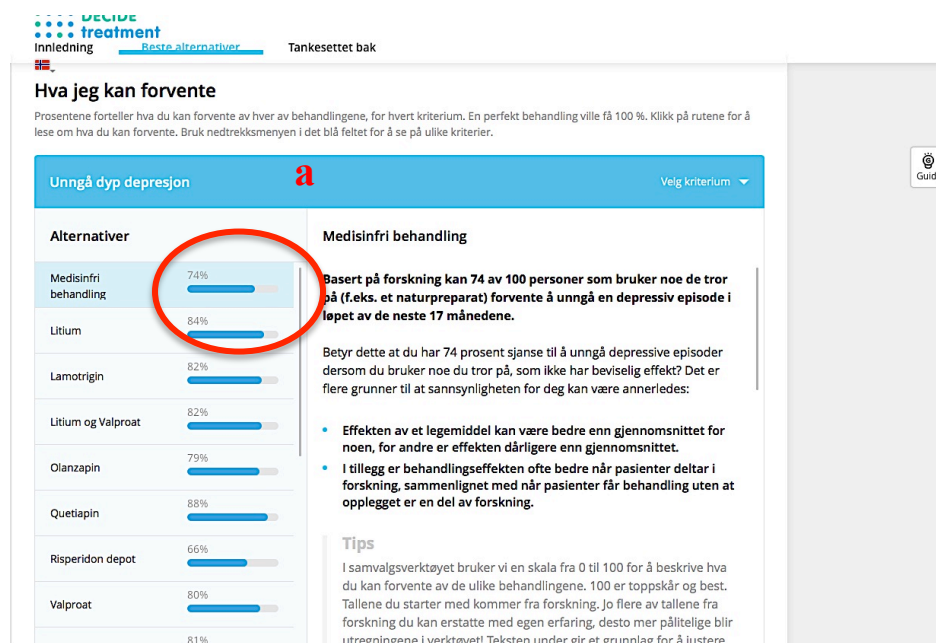
Figur 15 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 3. Hentet fra [www.mybetterdecisions.org](http://www.mybetterdecisions.org)

Det tredje skjermbildet viser kriteriene og behandlingsalternativene med nytt oppsett. Siden består av én meningsklynge (MK 1) med flere tekstbokser som kan aktiveres. Ved å klikke på et av disse (se a i figur 16) kommer det opp en tekstboks som forklarer hva eksempelvis dyp depresjon betyr (se figur 16). Tekstboksen forklarer hvilke medikamenter som presterer best og dårligst på dette kriteriet. Scroller man nedover i tekstboksen får man informasjon om symptomer og kjennetegn på og konsekvenser av dyp depresjon. Teksten henvender seg til brukeren ved å fortelle hva *du* kan komme til å oppleve.



Figur 16 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, alle kriterier. Hentet fra [mybetterdecisions.org](http://mybetterdecisions.org)

Øverst til høyre kan brukeren klikke for å få opp en rullgardin av kriteriene, og velge den man er mest interessert i (se a i figur 16). Da vises et nytt bilde hvor man ser hvordan de ulike behandlingene presterer på dette kriteriet, samt utfyllende informasjon. Hvis man klikker på ”unngå dyp depresjon” i rullgardinen kommer dette bildet opp:



Figur 17 Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, side 3. Hentet fra [www.mybetterdecisions.org](http://www.mybetterdecisions.org)

Denne siden er ikke dynamisk, men samler info om medikamenter valgt etter kriterium og sortert etter alvorlighetsgrad. Det vil si at rekkefølgen på medikamentene er den samme uansett hvilket kriterium man henter frem, men at prosentvis måloppnåelse varierer for hvert kriteriet. Til venstre (i figur 17) ser man informasjon om hvordan de ulike behandlingene presterer på situasjonen, og til høyre finnes utfyllende informasjon om de ulike behandlingsalternativene. I tillegg finnes tidligere erfaringer fra andre pasienter som har brukt dette legemiddelet/denne behandlingen. Medisinfri behandling vil alltid ligge øverst på listen til venstre fordi kriteriene er satt opp etter alvorlighetsgraden på inngrepet/medikamentet. Dette fremkommer ikke i verktøyet, men er informasjon jeg har fått av Samvalgseksperter. Etter at brukeren har valgt ”unngå dyp depresjon” som kriteriet, har hun to ulike informasjonsmuligheter som hun kan klikke på. Hvis hun klikker på medisinnavnet kommer det opp en tekstboks nedenfra som forklarer fra medisinen betyr, uavhengig av kriteriet. Klikker hun på søylen med prosenttall kommer en tekstboks til høyre (som vist i figur 17) som forklarer medikamentet i forhold til det valgte kriteriet.

På et ideasjonelt nivå er bildet noe forvirrende, fordi behandlingsalternativer verken er sortert alfabetisk eller etter prestasjonsgrad, men etter alvorlighetsgrad. Derfor virker det forvirrende å finne frem til det beste og det dårligste alternativet for å unngå dyp depresjon. Det er kriterienes tilhørende prosenttall som viser prestasjonsgrad og denne er vanskelig å forklare. Går det an å være 100% bivirkningsfri når man har fått en kronisk diagnose? Og betyr 75 % fri for maniske episoder det samme for én pasient som det gjør for en annen? Dette kan være vanskelig å forstå for brukerne av verktøyet. Det står heller ingen informasjon om hva 72% av ”unngå depressive episoder” faktisk betyr for den konkrete pasienten, bortsett fra prestasjonsgrad. Det er også mye verbaltekst i de ulike tekstboksene som kommer opp på dette bildet.

På det mellompersonlige nivået henvender denne siden seg direkte til brukeren i overskriften *hva jeg kan forvente*. Inngressen forklarer også hva *du* skal gjøre på denne siden og hvordan *du* kan navigere deg gjennom den. Nederst fremgår det at informasjonen i verktøyet er utviklet av personene bak nettstedet til mybetterdecisions.org. I bunnen av siden er en standardisert verktøylinje hvor ”om oss” er en hyperlenke. Ved å klikke på denne kommer det opp informasjon som viser at det er fagfolk ved sykehus i Helse Sør-Øst som utvikler samvalgsværktøyene. I tillegg er de støttet av en arbeidsgruppe som er ansatt i Avdeling for samhandling og brukermedvirkning i Helse Sør-Øst.

#### **4.2 Samvalgsværktøy som arena for ulike kommunikative praksiser. En oppsummering av de materielle affordansene.**

Mening i en tekst blir skapt på ulike måter, med ulike modaliteter og medium som alle er tilstede i kommunikasjonssituasjonen. I dette underkapittelet vil jeg bruke Kress og van Leeuwens (2001) fire strata for meningskaping til å oppsummere de materielle affordansene i samvalgsværktøyet. Strataene er meningsbærende for kommunikasjonssituasjonen og oppsummeringen viser at både tekst og medium spiller en avgjørende rolle for å aktualisere samvalgssituasjonen med bruk av digitalt samvalgsværktøy. Oppsummeringen vil suppleres med sitater fra Samvalgseksperthen.

Samvalgsværktøyet som diskurs handler om kunnskapen om de konkrete diagnosene og de ulike behandlingsformene som skal til for å utvikle verktøyet. Verktøyet skal møte et behov for målgruppen, som er helsepersonell, pasienter og pårørende. Behovet er å optimalisere

helsebeslutninger slik at både helsepersonell og pasienter føler seg inkludert, informert og tilfreds. *”Det er en gruppe eksperter og kliniske eksperter som utvikler de verktøyene som blir laget. Kun folk som jobber med verktøyet, såkalte medforfattere, kan fjerne eller endre på noe, men alle kan huke av og luke vekk kriterier. Da går man gjennom den beste forskningen og retningslinjer både nasjonalt og internasjonalt, og velger ut hvilke alternativer som skal inkluderes. Men man kan ikke inkludere et alternativ i Norge som ikke er mulig å få til her. Så der må man legge begrensninger”* (Samvalgsekspert). Diskursen helsebeslutning kan realiseres gjennom ulike semiotiske ressurser og kommunikative praksiser. Det finnes altså ikke bare én måte diskursen kan realiseres, men flere.

Designet er bruken av semiotiske ressurser for å oppnå kommunikasjonsmålet, og fungerer derfor som et middel for å aktualisere diskursen. Det handler både om valg av kriterier og om behandlingsalternativer. Både tankeprosessen bak, og hvordan den legger grunnlaget for hva som faktisk vises i verktøyet, inngår i designet. I tillegg inngår organiseringen av meningsklynger som henviser til helhet og sammenheng i verktøyet. Derfor handler design både om medium og om tekst, og hvordan disse må spille sammen for å skape mening i designet. Det krever faglig innsikt å bestemme hvilke samvalgsverktøy som skal utvikles og hvilke alternativer som passer. I designet inngår også utseende og estetikk. Designet er her en nyskapende og kreativ måte å aktualisere diskursen helsebeslutning. *”Når vi jobbet med et verktøy så satt vi og tenkte over hvilke alternativer som kommer øverst. Og da tenkte vi at vi starter med det som er minst mulig inngrep først og jobber oss nedover til de største inngrepene/operasjonene. At man starter litt mildt og det kommer kraftigere nedover.. Denne tankeprosessen står ikke i verktøyet, men vi følger jo et veldig strengt rammeverk, Multikriterie-beslutningsanalyse, og i verktøyet vårt så er det veldig tydelig beskrevet hvordan alt skal gjøres.. Hvordan alternativene skal beskrives, hvordan infoen skal beskrives. Vi følger en veldig tydelig mal for det. Og sånn skal det være i alle verktøy slik at det blir likt for alle verktøyene som utvikles.”* (Samvalgseksperter). Designet er i seg selv også meningsbærende og det samme designet kan bli realisert i flere ulike medium.

Produksjon refererer til organiseringen av uttrykket og handler om programmene i et interaktivt verktøy med både sideoppsett og programmering. Her foregår det en koding både på mottakerens og på verktøyutviklernes side. Først her introduseres det digitale mediet *samvalgsverktøyet*. Produksjonen gir altså mening til designet. Utviklerne må vite noe om det digitale mediets muligheter og potensialer for at verktøyet skal fungere. Hvordan

brukergrensesnitt, navigering og interaktiviteten fungerer, er viktig her. Mediets rammebetingelser legger føringer for hvor mye og hva slags type tekst som verktøyet skal inkludere. *”Et slikt verktøy skal ikke bare gi deg kunnskap, ved at du går gjennom og får informasjon. Men det skal også ”empower” deg til å kunne delta i beslutninger. Og det er mye enklere å få den følelsen, den myndighetsfølelsen og å få litt av makten på en måte av forholdet mellom lege og pasient, hvis du klarer å bruke det selv, istedenfor at legen da gjør det for deg. Så da mener jeg at helsepersonell kan trå litt til side og så kan pasienten trykke selv, for helsepersonell skal jo vite litt om verktøyet fra før. Så da kan han heller forklare og vise og så kan pasienten trykke selv”* (Samvalgseksperter). Samvalgseksperter påpeker viktigheten med at verktøyet er interaktivt og responderer på brukerens input. Hele hensikten med å få mer aktive, kompetente og kunnskapsrike pasienter ligger i at verktøyet kan brukes aktivt, og at brukeren kan kommunisere med verktøyet og anvende det slik som vedkommende ser passer. Dette hører til den mellompersonlige metafunksjonen. Sitatet her viser at samvalgsverktøyets produksjon og resepsjon er lik fordi brukeren ser det samme som helsepersonell.

Hvert lag av mening blir realisert, ikke bare i teksten, men også i organiseringen av den sosiale virkelighet som teksten er en del av. Distribusjon handler om digital spredning og bruk av verktøyet. Både implementeringen i klinikker og den faktiske bruken av samvalgsverktøyet under konsultasjoner havner innunder distribusjonen av verktøyet. I det digitale mediets alder er det imidlertid vanskelig å skille mellom produksjon og distribusjon, da de er blitt teknisk integrert i mye større grad. *”Det finnes en enkel versjon som ligger ute på nettsiden fritt tilgjengelig, også finnes det en innlogget versjon. Der kan pasienten lagre helseinformasjon over tid. Så da blir det ikke bare et samvalgsverktøy men det blir et ”personal health system”* (Samvalgseksperter).

Samvalgsverktøyet er en programvare som bygger på en digital plattform. Utviklerne må forholde seg til datamaskinens spillerom når de utvikler verktøyet, og de teknologiske ressursene i mediet legger begrensninger på hva de kan uttrykke og hvilke semiotiske ressurser som muliggjøres. Alle de fire strataene samspiller i å skape mening, ikke bare i teksten, men i organiseringen av den sosiale verden som tekstene er en del av. Denne delen av analysen har avdekket de materielle affordansene i samvalgsverktøyet. Som en respons på dette vil intervjuene i neste analysedel bli brukt til å avdekke de situasjonelle faktorene i samvalgssituasjonen.



### **4.3 Samvalgsverktøyets sosiale affordanser – analyse av intervjuene**

Intervjuene brukes som en respons på tekst- og medieanalysen og skal supplere den for å svare på samvalgsverktøyets konkrete brukssituasjon. I affordansemodellen forholder denne delen av analysen seg til den høyre siden, de sosiale affordansene, mer spesifikt settes intervjuene inn i de situasjonelle forholdene i modellen (se c i figur 8).

Kategoriene for analysen er laget med utgangspunkt i intervjuguiden og problemstillingen. Analysen består av fire hovedkategorier med underkapitler til hver kategori. Kategoriene er ”fordeler og hindringer ved samvalgsverktøyet”, ”helsepersonells barrierer”, ”samvalgsverktøyets brukervennlighet” og ”ytre påvirkninger”.

#### **4.3.1 Fordeler og hindringer ved samvalgsverktøyet**

Informantene trekker frem både fordeler og hindringer ved å bruke samvalgsverktøy i konsultasjon med pasienter. De største fordelene er at verktøyet synliggjør kunnskapsgrunnlaget for å velge behandling og at pasientene får ta del i beslutningen ved å presentere sine verdier og preferanser før behandlingsvalget. Likevel trekkes det også frem hindringer. Praktiske hindringer som tidsbruk og teknologitrøbbel blir trukket frem, men også hindringer som helsepersonells holdninger og ansvarsfordelingen rundt behandlingsvalget.

*”Samvalgsverktøyet gir en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for å velge behandling. I tillegg synliggjør verktøyet konsekvensene av valget da samvalgsverktøyet er interaktivt og derfor responderer på brukerens input av informasjon hele tiden”* (Samvalgseksperten). Samvalgseksperten mener en konsultasjon om behandlingsalternativer uten samvalgsverktøy vil risikere at legen kun informerer om de alternativene han/hun kjenner best og utelater andre alternativer, noe som er uheldig for pasienten. I tillegg risikerer pasienten at legen ikke spør hva som er viktigst for pasienten når valget skal tas.

Legen illustrerer samme problematikken, men fra et annet synspunkt: *”Nå er det jo ikke gitt at dialogen er enveis i utgangspunktet. Det kan også føre til at dette blir en mer ”spørreskjema”-måte å samtale på. At det faktisk kan stenge for en god dialog. Det kommer an på utgangspunktet. Om det er en enveis-informasjonsstrøm eller om det er en dialog”*. Legen påpeker at ikke bare pasientens rettigheter til å få nok informasjon er viktig, men at det

handler om å få gode løsninger og gode resultater. *"Det å dra nytte av pasientens preferanser, ønsker og muligheter tenker jeg vil være en støtte for helsepersonell også"*. Dette begrunnes med at et godt valg er avhengig av et godt beslutningsklima hvor både pasienten og helsepersonell får ytret sine meninger og preferanser. *"Det er ikke sånn at "one size fits all", en må ha en viss grad av skreddersøm og da er jeg nødt til å vite målene på den som sømmen skal tilpasses"*. Han påpeker at et godt og kvalitetssikret verktøy kan hjelpe og støtte helsepersonell i den delen av konsultasjonen som omhandler handlingsvalg, men at det ikke nødvendigvis passer for alle: *"For den oppegående pasient eller bruker som selv har et ønske om å være deltakende, så kan det være et veldig nyttig verktøy"*. Legen har en tydelig mening om at dette verktøyet ikke bør presenteres for alle.

Brukerrepresentanten supplerer med at helsepersonell kan oppleve en annen måte å kommuniserer på, da de får en mer aktiv dialog med pasienten som kan oppleves meget inspirerende i arbeidshverdagen. *"Både verktøyet og selve innstillingen til både legen og koordinatoren er viktig. Det er viktig at pasienten får nok informasjon. Og det kan være interessant for legen. De ønsker aktive pasienter som er deltakende i valg som berører dem"*. Videre påpeker han at helsepersonells motivasjon for samvalgsverktøy kan være å styrke egen fagkompetanse, og dermed bli enda tryggere på de ulike behandlingsalternativene som kan tilbys pasienten. For pasientene kan det skape et eierforhold og et engasjement til egen helse som kan ha positive ringvirkninger.

Sykepleieren påpeker at de alltid har forklart alternativer og gitt god informasjon til pasientene, men at samvalgsverktøy kan bidra til enda mer oversiktlig informasjon for pasienten. *"Jeg tror samvalgsverktøy kan bidra til at det blir en bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Man kan få til dette uten samvalgsverktøy også, hvis man treffer en god doktor man har god kjemi med. Men hvis man utarbeider verktøy som sikrer at pasienten blir godt informert, blir det kanskje en enda bedre beslutning. Det er også en sikkerhet for at pasienten faktisk skjønner hva en eventuell risiko betyr og hvor viktig behandlingen er"*. Videre trekker hun frem at verktøyet er kvalitetssikret informasjon som er faglig og forsvarlig utarbeidet om diagnosene. *"Vi har jo folk som leser på nettet og tolker det verst mulig, og det er jo veldig kjedelig da"*. Samvalgsverktøyet kan slik fungere som et godt alternativ til at pasienten selv sitter hjemme og "Googler" sin egen diagnose og sine egne behandlingsvalg.

Samvalgseksperter trekker frem at samvalg ved hjelp av digitale samvalgsverktøy også kan ha ulemper. Enkelte pasienter ønsker ikke å inkludere elektroniske verktøy og det kan derfor gi kommunikasjonen ekstra utfordringer. Hun hevder likevel at helsepersonell allerede sitter foran en skjerm og at pasienter kan oppleve at de bruker for mye tid på skjermen og for lite tid til å snakke med pasienten. *”Når man er hos legen så sitter de som regel foran en PC-skjerm fra før og det er en barriere. Altså at legen kun sitter og ser på skjermen når man er på legebesøk. Ved å bruke et nettbrett som man ser på sammen med legen, kan det faktisk virke samlende. Begge konsentrerer seg om det samme fremfor at legen kun fokuserer på sin PC. Da mener jeg at situasjonen kan snus fra å være en barriere i forhold til PC til noe positivt der man sammen ser på et verktøy”*. Her trekkes samvalgsverktøyet frem som en styrke som kan føre til at pasienten føler seg mer sett og et økt samarbeid med å fylle pasientens kriterier inn i verktøyet. Legen er enig i at dette kan være tilfellet, men tilføyer også at det digitale samvalgsverktøyet kan gjøre legen enda mer opptatt av skjermen og hva som står på den.

Brukerrepresentanten påpeker at samvalgsverktøyet er et ekstra element inn i møtet mellom helsepersonell og pasient og at det kan føre til en belastning for helsepersonell i form av større tidsbruk. *”Det er snakk om en investering i tid. Et samvalgsverktøy for kroniske sykdommer vil ta lenger tid de første gangene man bruker det, men så vil det være effektiviserende i lengden”*. I tillegg trekkes det frem at mennesker med innvandrerbakgrunn vil ha enda vanskeligere for å forstå verktøyet og hva som er poenget med det.

Alle informantene ser konkrete fordeler med samvalgsverktøyet og mener at det kan brukes som en ressurs for helsepersonell. For pasienten kan det også oppleves som et godt og kvalitetssikret alternativ til internett i tillegg til en forbedret dialog med helsepersonell. Videre er de alle enig i at hindringer som tidsbruk, pasientens kunnskap om digitale medier og selve sykdomssituasjonen spiller en stor rolle. Likevel er det uenighet om i hvor stor grad dette har betydning for beslutningssituasjonen, hvilke som er konkrete hindringer og hvilke som kan gjøres noe med ved å endre innstilling.

#### **4.3.2. Samvalgsverktøyet brukervennlighet**

Informantene er uenig i om alle brukere vil forstå samvalgsverktøyet og at alle dermed skal få tilbud om det, eller om dette bør være helsepersonells avgjørelse. Faktorer som sykdomssituasjonen, tidligere erfaringer med digitale medier og om brukeren vil forstå

nytteeffekten av samvalgsverktøyet trekkes frem som avgjørende faktorer for brukervennligheten.

Samvalgseksperter forklarer at det er gjort brukertesting på mange pasienter for å sjekke hvor godt de forstår verktøyet. Da pasientene skulle forklare hva de tenkte når de så et medikament som presterte 94% og et annet som presterte 50% på et kriteriet forklarer Samvalgseksperter: *”Jeg blir så overrasket over hvor godt pasienten skjønner at dette medikamentet er best i forhold til det kriteriet om å unngå depresjon, f.eks. Så det har jeg faktisk blitt litt overrasket over, hvor mange som skjønner det”*. Hun mener verktøyet bør presenteres til alle pasienter i de aktuelle diagnosene som har et samvalgsverktøy.

Legen trekker frem at mange nok vil skjønne det, men at noen vil oppleve det som så forvirrende at de blokker ut med en gang. Han påpeker at prosentregning ikke er lett å formidle. Likevel mener han at det ikke er det digitale som vil skremme folk vekk. *”Vi er så vant med det digitale nå, på alle livets områder.. Det vil alltid være noen, men det blir stadig færre”*. Det er ikke nødvendigvis at samvalgsverktøyet er digitalt, men måten det er satt opp på, med grafer, kriterier og prosent som Legen mener kan forvirre noen pasienter. I tillegg er han skeptisk til måten verktøyet presenterer kriterier. *”For meg oppleves dette litt unyansert. Det står for eksempel ”unngå bivirkninger” og bivirkninger er så mangt. Og det vil variere i valg av preparater og hva en vektlegger som bivirkninger. Spesielt i denne sykdomsgruppen som bipolar lidelse”*. Han poengterer videre at han ikke føler pasientene blir tilstrekkelig opplyst til å ta beslutninger hvis kriterier som bivirkninger står slik det gjør. Bivirkninger kan variere fra person til person og han mener verktøyet må suppleres med mer klinisk kunnskap for at pasienten skal føle seg opplyst. Hans mening er at helsepersonell selv må avgjøre hvilke pasienter dette skal introduseres for. Han forsterker helsepersonells rolle ved å si at helsepersonell er flaskehalsen i implementeringen av samvalgsverktøy: *”Realiteten er vel at dette ofte vil være noe helsepersonell bestemmer om de vil ta i bruk. Det er jo slik helsevesenet er innrettet, så dette er et hjelpemiddel som helsepersonell kan velge å ta i bruk, og at det da kan være til hjelp”*. Legen poengterer her at det bør være opp til helsepersonell å avgjøre om pasienten vil kunne nyttiggjøre seg av verktøyet eller ikke.

Brukerrepresentanten mener noen pasienter vil forstå dette, mens andre ikke. *”Det kan skape et eierforhold til beslutningen til pasienten og på den måten bidra med empowerment. Så ja, jeg tror de fleste vil forstå gevinsten av verktøyet og veldig mange vil forstå verktøyet også,*

*Dette er jo en form for kommunikasjon som er veldig dagsaktuell.*” I likhet med Legen mener brukerrepresentanten at befolkningen er så vant til digitale medier i dag at dette ikke vil være noen barriere for brukerne.

Sykepleieren er uenig og skjønner godt at noen pasienter kan være skeptisk til hjelpemidler som er digitale: *”Ja, litt teknisk blir det nok absolutt. Men da må helsepersonell gå igjennom det sammen med de. Og jeg kan jo kjenne at jeg faktisk blir litt skeptisk selv også for ting man kan klikke seg inn på på nett. Hvis jeg er født i vekten så kan jeg plote inn dette og så kommer det noe fantastisk opp. Jeg kan bli litt skeptisk ja. Så får du opp masse meta-analyser som jeg ikke har peiling på som danner en graf, så jeg kjenner jo skeptikeren i meg jeg også. Men jeg tenker, at et godt informert valg er jo uansett veldig viktig, så hvis dette kan være et verktøy som kan bidra til det, så er det absolutt flott”*. Hun trekker også frem at pasientens interesse er avgjørende for om samvalget blir vellykket.

Informantene er enig i at pasienter vil forstå gevinsten med samvalgsverktøyet, men at det kan bli litt teknisk for noen. Pasientens interesse for verktøyet spiller inn på forståelsen.

Når det gjelder den konkrete situasjonen som samvalgsverktøyet skal brukes i så er alle enig i at verktøyet bør brukes som et supplement til dialogen mellom helsepersonell og pasient, og ikke som en erstatting. Det er også tydelig at informantene snakker om samvalgssituasjonen ut i fra sine egne roller og hva som er viktig for dem. Flere påpeker at det ville være hensiktsmessig om pasienten kunne se på verktøyet *før* en konsultasjon med helsepersonell. Dette kan være problematisk da man ikke kan sikre riktig forståelse av verktøyet når pasienten bruker verktøyet alene.

*”Sånn helt umiddelbart vil jeg tenke at det beste ville vært om pasienten kunne sett på det på forhånd. Og fått litt tid til å summe seg og ikke måtte svare på stående fot. For å få et skjermbilde i fleisen og må ta stilling til det med en gang vil ikke virke hensiktsmessig,”* mener Legen. Sykepleieren trekker frem at det er situasjonsbetinget: *”Kanskje måtte vi sittet her og gjort det sammen med de. For noen er det kanskje greit å gå gjennom det selv hjemme, og for andre med helsepersonell”* (Sykepleieren). Hun mener man må se an den enkelte pasient og vurdere hvordan, eventuelt om, man skal introduserer samvalg.

Samvalgseksperter mener at det er viktig at pasienten selv får klikke og styre verktøyet. *”Et slikt verktøy skal ikke bare gi deg kunnskap ved at du får informasjon, men det skal også*

*”empower” deg til å kunne delta i beslutninger. Og det er mye enklere å få den myndighetsfølelsen, og å få litt av makten på en måte, hvis du klarer å bruke det selv, istedenfor at legen da gjør det for deg”. Her poengterer hun at verktøyet vil ha bedre effekt hvis pasienten selv styrer gangen i det. Likevel påpeker hun at pasienten ikke må tolke samvalgsverktoyets resultat som en fasit: ”Det hende man gjør prioriteringer på kriteriene, og så kommer alternativene helt likt ut, og da er det ikke slik at du MÅ velge den med 72% fremfor den med 70%. Kanskje etter en diskusjon med legen så velger du den med 70%. For til syvende og sist så tar vi valg basert på magesfølelse også. Og tanken er ikke at det som kommer best ut naturligvis er det beste alternativet og det man må velge. Det er laget for kommunikasjon og dialog mellom helsepersonell og pasient.” (Samvalgsekspert).*

Brugerrepresentanten påpeker at man må se an pasientens situasjon før man begynner med samvalgsverktoyets, fordi det bør introduseres på ulike måter: *”De unge vil catche dette mye raskere. 25 vs 55 år har mye å si her. Også i forhold til kulturelle forskjeller. Alle må få likt tilbud om det, men det er viktig hvordan man introduserer dette. Hvis du møter en 70 år gammel deprimert kvinne som er heeelt slått ut, og du som lege sitter å pumper ut dette her, så vil det virke negativt. Man må lese pasienten!”*. Sykepleieren er enig i at ikke alle kan ta i bruk et samvalgsverktoy. *”Å presentere dette for en analfabet som har bodd i Norge i to uker og som MÅ ha en behandling, er kanskje ikke så lurt. Noen har jo heller ikke de samme begrepene som oss rundt helse, så jeg kan se at det kan bli problematisk”*.

Samvalgseksperter mener likevel at alle som har en diagnose der det finnes et samvalgsverktoy bør få tilbud om samvalg, men at man kan spørre pasienten hva den selv ønsker å ta del i. *”Ja, der man ikke gjør samvalg er jo hvis en pasient er bevisstløs eller i akutte situasjoner hvor pasienten ikke kan delta i valg, da er det ikke mulig å gjøre et samvalg. Men man kan gjøre et samvalg med pårørende. Det må man alltid huske på er en mulighet. Og så finnes det de situasjonene hvor pasienten ikke ønsker å gjøre et samvalg. Kanskje hvor pasienten er så syk at han ikke har krefter til det, eller at det er en pasient på 80 år som alltid har levd med at legen vet best og som ønsker at legen skal ta avgjørelsen for ham. Så lenge pasienten får all informasjon om alternativene og har muligheten til å delta, mener jeg at det likevel er et samvalg.”* Hun påpeker at det er pasienten selv som bør avgjøre om de vil være med på et samvalg og ikke helsepersonell. I tillegg trekker hun frem pårørende som en ressurs som kan bistå pasienten i valget.

### 4.3.3 Helsepersonells barrierer

Faktorer som tid og holdninger hos helsepersonell trekkes frem som barrierer mot samvalgssituasjonen. I tillegg mener alle at det er avgjørende med en god implementeringsprosess slik at verktøyet henger sammen med det eksisterende journalsystemet og at verktøyet er enkelt å finne frem til.

Legenes personlige holdninger trekkes også frem som en hindring for samvalgsverktøyet: *”Kanskje er legene først litt usikre og skeptiske til dette fordi de opplever at dette betyr at de ikke gjør en god nok jobb”* påpeker brukerrepresentanten. Videre poengterer han at et slikt verktøy handler vel så mye om pasientens forståelse av egen sykdom og mulighet til å bli informert. Også her trekkes eierforhold til egen helse inn som en styrke og noe brukerrepresentanten mener er et viktig element i selve helsebegrepet. At pasienten selv tar del i egen helse er viktig for å fremme dialogen og for resultatet til slutt.

Sykepleieren mener det jobbes mye med brukerstyring, men at dette ordet kan klinge dårlig i ørene hos de mest konservative legene. *”For de tenker at, ”ja men det er jo ikke pasientene som skal styre oss”*”. Likevel trekkes det frem at den paternalistiske holdningen ikke er styrende, men på vei ut. Brukerrepresentanten mener at også leger er forskjellige og at noen kan se på dette som skremmende fordi de er opplært til en holdning hvor legen vet best. Men han påpeker at også legestanden er i ferd med å få et generasjonsskifte som gjør at de fleste vil være positivt til brukermedvirkning.

Samvalgseksperter er enig i at tid og holdninger er de største barrierene mot å drive med samvalg ved hjelp av samvalgsverktøyet. I en hektisk klinisk hverdag så vil mange mene at de ikke har tid til å drive med samvalg. I tillegg er det noen som ønsker at pasientene ikke skal involvere seg for mye, da de ikke sitter på fagkunnskapen. *”Noen leger har helt klare oppfatninger av hva som er det riktige alternativet og det kan være en barriere. For å implementere samvalg må vi skape noen holdningsendringer, og det tar mye tid. Selv om mange allerede er svært positive, så skal det mye til for at alle blir det. Noen har kanskje en frykt for at pasienter får for mye makt og er ikke åpne for endringer. De ønsker å holde seg tradisjonelle”* (Samvalgseksperter).

Det påpekes at samvalgsverktøyet må være godt integrert i helsepersonells arbeidsredskap og at det ikke må være trøblete å verken hente frem eller å bruke. På spørsmålet om hvem som til

syvende og sist har ansvaret for beslutningen er informantene uenige. Samvalgseksperter mener at en eventuell uenighet kan skyldes to faktorer. Enten ulikt kunnskapsgrunnlag, som kan gjøres noe med. Eller ulike preferanser, og det kan man ikke gjøre noe med. På spørsmålet om hvem som bør bestemme til slutt svarer hun: *”Når det er pasienten som sitter igjen og skal kjenne bivirkningene, operasjonen, medikamentbivirkningene på kroppen, så er det selvfølgelig pasientens preferanser som bør telle mest. Dermed bør man velge alternativer som pasienten foretrekker.”*

Sykepleieren mener at det er legen som til syvende og sist skal bestemme behandlingen. Dette begrunnes med at det er legen som vet hva som er forsvarlig behandling eller ikke. *”Pasienten inviteres med på et samvalg. Men det gjøres klart at legen med sin medisinskfaglige bakgrunn er den som til syvende og sist har det siste ordet”*. Legen selv mener at ansvaret for behandlingen er delt og at det ikke går an å legge ansvaret til den ene eller den andre part. Brukerrepresentanten påpeker at pasienten, i en konfliktsituasjon med legen, enten kan gå med på det legen sier eller finne seg en annen lege. Likevel trekker han frem at en slik konflikt er sjelden.

Informantene er enig i at samvalgsverktøyet må inn i journalsystemene for at helsepersonell skal bruke det. For at samvalgsverktøy skal implementeres i klinikkene er de opptatt av å strategisk plukke ut ulike miljøer som kan starte med dette. Samvalgseksperter utdyper ved å si: *”Man må først implementere det i det miljøet som har utviklet verktøyet. Og så spre det til andre miljøer som ønsker å ta det i bruk. Vi har startet med miljøer som i utgangspunktet er positivt innstilt til samvalgsverktøy. Og det er det ikke alle som er. Noen ønsker å holde seg til det tradisjonelle. Og så har vi jobbet mye politisk. Det er beskrevet samvalg i 4 stortingsmeldinger og en NOU. Det gir oss en god støtte for å implementere det videre”*. Brukerrepresentanten påpeker at dette må introduseres som et verktøy på lik linje med et nytt røntgenapparat, og ikke som et alternativ som helsepersonell kan bruke hvis de har lyst. Viktigheten av verktøyet må forklares. Legen supplerer med å si at hvis det ikke er godt nok integrert i journalsystemene så vil ikke implementeringen føre frem. Han mener brukervennlighet også for helsepersonell er viktig.

Den mest avgjørende faktoren for at verktøyet skal anvendes er å finne en god måte å presentere verktøyet på for aktuelt helsepersonell. Det må gjøres enkelt og brukervennlig. I



tillegg er faktorer som dårlig opplæring, tidsbruk og holdningsbarrierer elementer som kan gjøre at noen helsepersonell er negative.

#### 4.3.4 Ytre situasjonspåvirkninger

I de ytre situasjonspåvirkningene er det flere motsetningspar som kommer til uttrykk gjennom empirien. Eksempler er skillene mellom helsepersonell og pasient, spekteret mellom frisk og syk, kulturelle forskjeller og varierende grad av digital kompetanse og health literacy i befolkningen.

Samvalgseksperter mener at samvalgsverktøyet utjevner maktbalansen mellom helsepersonell og pasient: *”Samvalg kan være en mulighet for en maktutligning mellom helsepersonell og pasient. Men ikke slik at man TAR makt fra legen. Legen har fortsatt fagkunnskapen, men han skal hjelpe pasienten til å bli mer klar over sin egen kompetanse. Helsepersonell trenger ikke å føle seg truet, men hvis man ikke er åpen for brukermedvirkning og samvalg i det hele tatt, så vil det kanskje føles som man mister makt. Til syvende og sist er vi som helsepersonell der for å gjøre det beste for pasienten. Og da må man etter hvert kunne tenke at i en samvalgssituasjon så gjør vi nettopp det. Det er en utjevning i maktbalansen”*. Her trekker hun frem at helsepersonells holdninger til brukermedvirkning generelt kan styre hvordan de føler maktforholdet i samvalgssituasjonen er. Legen mener heller ikke at verktøyet vil ta makt vekk fra helsepersonell: *”Asymmetrien vil alltid være der, hvis ikke ville jo ikke pasienten ha noe å hente hos helsepersonell. Så det er jo grunnen til at det er en helsepersonell-pasient relasjon, det at det er en maktmessig asymmetri. Men at det kan gi en slags makt, en empowerment til pasienten, det vil et godt beslutningsstøtteverktøy kunne gjøre”*.

Brukerrepresentanten forsterker synet med å si at helsepersonell ikke må gi fra seg makt, men at det handler om å endre innstilling til pasienten og at man får en annen type kommunikasjon. I tillegg trekker han frem kulturelle forskjeller som kan gjøre at dette ikke passer for alle som har behov for det: *”Dette samvalgsverktøyet er jo veldig hvitt da. Altså, det er veldig ”norskt” og satt opp etter norske standarder. Kanskje vil verktøyet etter hvert finnes i ulike språk og kanskje med andre kriterier enn de ”typisk norske”*”. Han mener verktøyet vil virke fremmed for mennesker med annen kulturell bakgrunn, og foreslår at verktøyet kanskje kan ha små filmsnutter med mennesker med andre bakgrunner som snakker om sin behandling og samarbeid med helsepersonell. Han trekker også frem at ulike aktører kan være

med å bistå pasienten i gjennomgangen av verktøyet. ”Jeg tror man må sette av ulik tid, og dette kan jobbes med på ulike nivå. Det kan være en spesialist eller en koordinator som kan forklare verktøyet. Eller man kan bruke likestilte brukere som virkelig kan gå i detalj med de pasientene som ikke forstår det. I dag er en stor andel av de syke i Norge med innvandrerbakgrunn. Og da må man bruke masse tid! Og jeg vil jo tro, som et prinsipp, at alle vil få noe ut av det, men at man må bruke tid.”

Sykepleieren problematiserer at folk har ulikt forhold til autoriteter. I tillegg trekker hun frem kunnskapskløften mellom ulike aldersgrupper som en mulig ekskluderende faktor: ”Det er forskjell på folk. Noen er eldre og vil kanskje ikke, noen er kanskje innvandrere som har et annet forhold til autoriteter. Noen innvandrere stoler jo heller ikke på autoriteter, så det kan være farlig.” På den andre siden poengterer hun også at verktøyet kan bidra til å skape en økt tillitt til helsepersonell hvis pasienten forstår risikoen og mulighetene eksempelvis ved å ta medisiner. Her påpekes det igjen at verktøyet kan internasjonaleseres ved at det kan legges til flere språk og flere kriterier som kan tilpasses ulike kulturer. Legen forsterker dette poenget ved å si: ”At dette tilbys til alle betyr ikke at alle kan nyttiggjøre seg det! Det er to parter i samhandling, og en vet at helsepersonell snakker best med de som er lik en selv. Og da vil alltid de komme best ut når man tar i bruk løsninger” (Legen). Videre poengterer han at ”Dette er et rollespill. Vi vet jo at helsepersonell har en mye mer demokratisk rolle i vårt land enn i en del fattige land hvor pasienten forventer mye mer paternalisme. ”Er dette en dårlig doktor eller sykepleier dette som spør meg? Dette skal de jo vite!” De blir skeptiske og tror kanskje at helsepersonellet ikke kan faget sitt. Så om pasienten er moden for samvalg vil variere” (Legen). Her trekkes det frem ulike betingelser som alder, kultur og det digitale skille i befolkningen som kan komme til å ekskludere noen fra å forstå samvalgsverktøyet og samvalgsprosessen.

Legen mener asymmetrien i forholdet mellom pasient og helsepersonell alltid vil være der. Han mener likevel at samvalgsverktøyet kan gi en slags empowerment hvis verktøyet er godt nok. Han påpeker at graden av ønske om selv å ha en hånd på rattet, er omvendt proporsjonal med sykeligheten. Han fortsetter med å si: *Hvis leger først blir syke, så er de forbausende lik andre folk! De vil i veldig liten grad ta del i selv relativt enkle beslutninger. Så det å tenke at beslutningsstøtteverktøy skal gjelde i alle situasjoner er nok ikke gyldig. Men for den oppegående pasient eller bruker som selv har et ønske om å være deltakende, kan det være et veldig nyttig verktøy*” (Legen). Videre problematiseres usikkerheten til om dette vil føre til en

bedre tankegang og bedre ressursutnyttelse, eller om det vil føre til en ytterligere skjevhet i fordeling av goder. Dette begrunnes med: *”De mest ressurssterke er kanskje de som i størst mulig grad kan dra nytte av samvalg og velge seg de best mulige løsningene, mens de som kommer med lua i handa i større grad overlater beslutningen til andre”* (Legen).

Til slutt poengterer både Legen og Samvalgseksperter at også ytre påvirkninger har konsekvenser for valget. *”Av og til er det noen helt andre som tar det valget. Nasjonale retningslinjer eller pakkeforløp. Pakkeforløp er jo en standardisering av samvalg. Så i realiteten kan det være andre instanser enn helsepersonell og pasient som tar beslutningen. Det er medikamenter som er for dyre til at det tilbys befolkningen. Og da er det jo et valg kun for de som kan betale det selv (Legen).”* Samvalgseksperter trekker også frem at det vil være noen nasjonale retningslinjer som kan begrense innholdet i verktøyet. *”Man kan ikke inkludere et alternativ i Norge som ikke er mulig å få til her. Så der må man legge begrensninger”*.

#### **4.3.5 Oppsummering**

Informantene ser alle fordeler med å ta i bruk et digitalt samvalgsverktøy, men de ser også ulemper. Selv om det stort sett er de samme temaene som trekkes frem og problematiseres så har de ulik vinkling til tematikken. Samvalgseksperter mener verktøyet bør introduseres til alle som kan benytte seg av det, men hun påpeker at helsepersonells holdninger og barrierer må endres for en vellykket implementering. Legen er opptatt av at selv om alle får introdusert verktøyet så vil ikke alle kunne nyttiggjøre seg det. Dette kan i verste fall føre til et økt kunnskapsskille i befolkningen fordi de allerede ressurssterke vil oppleve å dra nytte av verktøyet, mens de mer ressursvake kan risikere å ikke forstå verktøyet og dermed forholde seg passive til situasjonen. Sykepleieren trekker frem at en god kjemi mellom helsepersonell og pasient er avgjørende for en god dialog og beslutningssituasjon. Hun forstår at noen kan være skeptiske til verktøyet og at helsepersonell må bruke en del tid for å få pasienten til å forstå det. Brukerrepresentanten mener verktøyet er forståelig, men at det er laget etter svært vestlige standarder. Han mener at et mer mangfoldig kulturelt preg i tillegg til å tilby gjennomgang av verktøyet med spesialister eller andre brukerrepresentanter vil gjøre at pasienten forstår verktøyet og kan få nytte av det.

## 5. Drøfting

---

Dette kapittelet danner grunnlaget for å besvare problemstillingen. Det er oppgavens teoretiske rammeverk sammen med analysedelen som her utgjør materialet til den drøftende delen. Både de teknologiske, tekstlige og situasjonelle affordansene i Engebretsens affordansmodell ble analysert i forrige kapittel. Her vil de ulike delene drøftes opp mot hverandre for å løfte den konkrete samvalgssituasjonen med bruk av digitalt samvalgsverktøy opp i en større helse- og mediekontekst. Overskriftene i drøftingen gjenspeiler temaene som ble tatt opp i analysekapittelet.

### 5.1 Samvalgsverktøyets brukervennlighet – møtet mellom tekst, medium og behandlingssituasjon

Samvalgsverktøyets overordnede mål er å gjøre pasienten bedre rustet til å ta et informert valg. Ringvirkningene skal være empowerment, eierforhold til egen helse, maktutjevning og informerte pasienter. For å få til dette bruker verktøyet ulike modaliteter som skrift, bilde, interaktive valg, grafer og farger. Som tekstanalysen viste, består den sentrale delen av samvalgsverktøyet av tre skjermbilder med flere meningsklynger. Bare en liten del av informasjonsmengden er synlig på disse bildene, og hvis brukeren ikke gjør aktive handlinger i verktøyet, vil ikke mediet utspille sitt fulle potensial og mye av hensikten vil forsvinne. Dette fordi informasjonen om de ulike alternativene og kriteriene ligger skjult i verktøyet og aktivt må hentes frem ved at brukeren klikker på dem. På den ene siden er dette svært hensiktsmessig fordi brukeren kan ”personliggjøre” verktøyet ved å innhente kun den ekstra informasjonen som vedkommende trenger. På den andre siden risikerer en bruker som ikke er vant til digitale verktøy å gå glipp av viktig informasjon. Om samvalgsverktøyet møter brukerens behov, avhenger av hvor godt rustet brukeren er til å forstå digital helseinformasjon.

For å forstå hvilken informasjon som ligger bak søylene i samvalgsverktøyet kreves det en viss kompetanse. Kress og van Leeuwen (2006) kaller det for *abstract coding orientation* når mye informasjon er sammenfattet i en figur, som krever en viss kunnskap for å forstås. Søylene i samvalgsverktøyet er en form for abstrakt koding fordi de representerer en viss hendelse eller et visst medikament. Lengden på søylen samsvarer med viktigheten. Søylene ”reduces the individual to the general” (Kress og van Leeuwen, 2006, s. 165). Dette betyr at

det som beskrives med ord og det som beskrives med visuell fremstilling må sam-leses for å forstå helheten i samvalgsverktøyet. Pasienten må selv tolke hva som faktisk blir informert om. Samvalgseksperter mener pasientene vil forstå hva som ligger bak søylene, mens de andre informantene er skeptiske. Legen påpeker at blant annet prosentregning er vanskelig å formidle. Sykepleieren og brukerrepresentanten er også skeptiske til om alle forstår den konkrete forskjellen mellom 72% og 69% presteringsgrad av pasientens kriterier. I verktøyet kommer det heller ikke frem hva 50% av å unngå dyp depresjon konkret vil si for den enkelte. Er brukeren da dypt deprimert halvparten av tiden, eller er det en 50% mulighet for noen gang å oppleve en dyp depresjon med dette medikamentet? Verktøyet trekker diagnosen og kriteriene ned på et nærmest mekanisk nivå som kan virke vanskelig å forholde seg til for enkelte.

Ordene ”viktig” og ”ikke viktig” står på hver sin side av søylene som prioriterer hendelsene. Man kan anta at brukeren av samvalgsverktøyet vet hva ordet viktig betyr, men det skapes likevel tolkningsutfordringer. Sannsynligvis vil ikke brukerne mene at å unngå noen av de foreslåtte hendelsene ikke er viktig i det hele tatt. Her kunne med fordel ordene ”ikke viktig” vært byttet ut med ”mindre viktig” for å nyansere diagnosen og skape et mer helhetlig uttrykk av hva brukeren må tenke igjennom. En bruker med bipolar lidelse vil nødvendigvis ha dype depresjoner som et ønske. Likevel er viktighetsgraden av å unngå opplevelsen av tilstanden i det hele tatt vanskelig å plassere mellom ”ikke viktig” og ”viktig”.

Sykepleieren trekker frem at også hun kan kjenne på skepsisen ved å skulle motta beslutningsstøtte fra et digitalt verktøy. Hun sammenlikner det med horoskop på internett og påpeker at det kan oppleves useriøst at man skal plote noe inn på en skjerm og få et seriøst svar ut på den andre siden. Her kan selve det digitale mediet virke negativt for kommunikasjonsformålet. Hvis pasienten ikke forstår verktøyet, eller hensikten med verktøyet, kan dette virke enda mer forvirrende. Beslutningssituasjonen avhenger av sykdomssituasjonen sammen med kunnskapen som trengs for å anvende verktøyet. Legen poengterer at graden av involvering er omvendt proporsjonal med sykkeligheten. Dette betyr at det er en stor forskjell på å gjennomføre dette når man er frisk og når man er syk. Han forsterker dette ved å vise til forskning som sier at leger ved sykdom oppfører seg helt likt andre med tilsvarende tilstander. Dette handler om at sykdomssituasjonen automatisk gir deg en pasientrolle, og dermed setter deg i en sårbar situasjon. I slike situasjoner kan for mye påvirkning og for mange elementer i verktøyet virke forvirrende. Kanskje er stilen i samvalgsverktøyet så neddempet for å gjenspeile alvorlighetsgraden av situasjonen og tilpasse

seg brukeren. Også helsepersonell er med på å skape variabler i behandlingssituasjonen ved deres kompetanse, tidsbruk og prioriteringer.

Det er helsepersonell som setter dagsorden og som avgjør hvor mye pasienten skal ta del i. Nordentoft og Olesen (2014) påpeker at det er helsepersonell sin spørremåte som avgjør kommunikasjonsform. På den måten har helsepersonell makt til å bestemme hvor mye informasjon pasienten skal ha. Likevel påpeker Samvalgseksperten at samvalgsverktøyet også skal kunne brukes av pasienter *før* konsultasjonen, for å gi et kunnskapsgrunnlag. Denne situasjonen blir ikke kommentert nøye av noen av de andre informantene og hvordan pasienten skal få informasjon eller tilgang til verktøyet blir heller ikke diskutert. Fordelen med at pasientene kan bruke det alene er å få en oversikt over ulike behandlinger og mer informasjon om diagnosen før konsultasjonen. Ulempen er om pasientene ikke forstår verktøyet på egenhånd, eller misforstår interaktivitetsmulighetene og dermed ikke bruker verktøyet slik det er tenkt.

Siminoff (2011) poengterer at verktøyets struktur faktisk kan være i veien for pasientens evne til å tenke intuitivt og fokusere på hva som er viktig for egen kropp og egen livssituasjon. Slik kan verktøyets oppsett overtale pasienten til å velge det alternativet som verktøyet har bestemt, snarere enn å bruke verktøyet som et utgangspunkt for en dialog om hva pasientens egne viktigste kriterier er. Samvalgseksperten påpeker at verktøyet skal være en støtte til beslutningen og et utgangspunkt for en diskusjon med helsepersonell. Men å kunne bruke verktøyet som en støtte, og ikke velge det alternativet som et ekspert-team har valgt ut, krever en stor dose av health literacy. Health literacy handler om å forstå og kunne reflekterer over egen helse og helsebeslutninger. Det kreves en stor grad av refleksjon og fokus på egne verdier når et kvalitetssikret verktøy avgir svar basert på dine kriterier, og du likevel kun må bruke dette svaret som et utgangspunkt for diskusjon, og ikke som en fasit. Hvis pasienten i tillegg er svært syk kan hun oppleve nedsatt evne til logisk refleksjon og det kan da være enkelt å "la verktøyet bestemme" hva som er det riktige valget. Dette kan også problematisere dialogen for helsepersonell, hvis pasienten stoler mer på verktøyet enn helsepersonells kunnskap og råd om behandling. Som tekstanalysen poengterte kommer det ikke frem i verktøyet at behandlingalternativene i siste skjermbilde er sortert etter alvorlighetsgrad, og pasienten vil således ikke vite hvorfor "medisinfri behandling" ligger øverst i sitt verktøy.

Informantene hevder at dialogen mellom helsepersonell og pasient avhenger av kjemi, og som Legen påpeker har folk best kjemi med de som likner en selv. "*De mest ressurssterke er*

*kanskje de som i størst grad kan dra nytte av samvalg og velge seg de beste løsningene, mens de som kommer med lua i handa i større grad overlater beslutningen til andre” (Legen). Dette kan føre til en ytterligere skjevfordeling i befolkningen som gjør at graden av health literacy ikke fordeles jevnt utover. Enkelte vil føle seg mer opplyst mens andre i større grad enn før vil overlata beslutningen til helsepersonell. I tillegg er informantene enig om at det er helsepersonell som er selve flaskehalsen i implementeringsfasen av samvalg, som igjen ytterligere forsterker helsepersonell sin makt.*

## **5.2. Kultur og konvensjoner – samfunnsnivå**

Prosesskolen i kommunikasjon definerer sosial interaksjon som en prosess hvor en person relaterer seg til andre, eller påvirker oppførselen, tankesettet eller følelsene til andre og motsatt. Meningen i teksten er her identisk med senderens intensjoner om hva budskapet er. Dette kan gjenkjennes i den paternalistiske og den informerte modellen for beslutningstaking. I disse situasjonene sendes en form for sann kunnskap fra sender til mottaker, som mottaker må forholde seg til og eventuelt respondere på. Samvalgseksperter poengterer at en konsultasjon uten samvalg kan risikere at legen ikke spør hva som er viktig for pasienten og at kommunikasjonen således blir lineær og enveis. Legen er enig i at ikke alle konsultasjoner består av dialog, men at de også kan være enveis-kommunikasjon. Sletteland (2014, s. 28) poengterer at helsepersonells informasjonsformidling til pasientene i sin enkleste form kan ses på som lineær kommunikasjon. Ved samvalg må både helsepersonell og pasienten bidra med sin tolkning av sannheten for at mening skal skapes. Interaksjonsmodellen tar hensyn til samspillet mellom sender, mottaker, budskap og samfunn. Her defineres kommunikasjon som *”det som konstituerer individet som deltaker i en bestemt kultur eller et bestemt samfunn”* (Fiske, 1990, s. 2-3, min oversettelse). Fiske (1990) poengterer at budskapet betyr konstruksjon av tegn som gjennom interaksjon produserer mening. I samvalgsmodellen kan produsent og leser være helsepersonell og pasient som veksler mellom rollene som produsent og leser. Begge må bidra med sin ekspertise for at saksforholdet skal kunne tolkes og mening skal skapes. Samvalg kan slik forstås som en ”samskaping av kunnskap”. Tabellen nedenfor viser de to partenes ekspertiseområde.

<b>Helsepersonells ekspertise</b>	<b>Pasientens ekspertise</b>
Diagnostisere	Erfaring med sykdommen
Sykdommens årsaker	Sosiale omstendigheter
Prognose	Holdning til risiko
Behandlingsalternativer	Verdier
Sannsynlig utfall	Preferanser

(Coulter & Collins (2011) modell over delte ekspertiser, egen oversettelse. (Coulter & Collins, 2011, s. 3)).

Tabellen er et godt utgangspunkt for å vise at dialog og tolkning av hverandres budskap er hensiktsmessig for å få til en skreddersydd behandlingsplan for den enkelte pasienten, som Legen trakk frem som avgjørende. Den er også et godt utgangspunkt for å vise hva de ulike partene ønsker å gjøre kjent for hverandre (Jfr. Kap 2.6). Kommunikasjon skaper mening gjennom et samspill mellom tekst, kontekst og sender/mottaker. Dialogen kan ikke analyseres isolert fra dette. Poenget i interaksjonsmodellen er at fokus ligger på teksten og hvordan den forstås i en ytre kontekst. Dette har overføringsverdi til samvalg med bruk av digitalt samvalgsverktøy, hvor dialog rundt verdier og kriterier fører til tall i et samvalgsverktøy, som igjen bidrar med et utgangspunkt for dialog mellom helsepersonell og pasienten. Forholdet mellom pasient og helsepersonell er kjent som en av de mest komplekse mellommenneskelige relasjonene fordi interaksjonen foregår i en asymmetrisk situasjon. Dialogen mellom helsepersonell og pasient har en komponent av kjemi, og som Legen påpeker har folk best kjemi med de som likner en selv. Dette kan man kjenne igjen i Kringlen og Finsets (2006) poeng med at både pasienten og legens væremåte legger føringer for en vellykket helsekonsultasjon. Asymmetrien må være tilstede, men kjemien kan bedres gjennom at begge parter deler av sin ekspertise.

Informantene er uenig når det gjelder hvem som har ansvaret for behandlingsvalget. Både legen, pasienten, og de to i sammen nevnes her. Dette spenningsfeltet må avklares for at en vellykket implementering av samvalgsverktøyet skal kunne skje. Ved en eventuell uenighet om behandlingsvalg må det ligge klare retningslinjer for hvem som bestemmer og hvem som er ansvarlig for valget som blir tatt. Legen påpeker at det er en kjent konsultasjonsstil at helsepersonell legger frem behandlingsvalgene som en restaurantmeny og overlater valget til pasienten. Han påpeker at helsepersonell ikke gjør jobben sin hvis de ikke går inn i forhandlerrollen. Brukerrepresentanten mener at mange pasienter tar til takke med det de får



presentert, uten å problematisere informasjonen. Han peker på at legens innstilling er alfa og omega for å få til et ordentlig samvalg. Dette kjenner man igjen i Gulbrandsen og Finsets (2014) betingelser for vellykket kommunikasjon. Leger må forstå at de må inngå i et fellesskap med pasienten, og søke forklaringer og forståelse sammen, mener de. Gulbrandsen og Finsets (2014) hovedpoeng er at god kommunikasjon er en ferdighet, som ikke er medfødt, men som må trenes på. Derfor er det viktig at helsepersonell både informerer, lytter og legger til rette for en god dialog.

Helsepersonells innstilling til samvalg og holdninger til brukermedvirkning er en avgjørende faktor for implementeringen. Brukerrepresentanten poengterer at samvalgsverktøyet må presenteres i klinikkene som en ressurs på lik linje med et røntgenapparat eller andre nødvendige apparater. Hvis helsepersonell klarer å se nytteeffekten av verktøyet, både for pasientens del, men også for egen del, vil verktøyet kunne fungere optimalt, mener han. Informantene trekker alle frem at tid er mangelvare og at tidsaspektet ved å ta i bruk samvalgsverktøy for mange er en barriere. Hvor mye ekstra tid samvalgsprosessen faktisk tar og om det på sikt vil føre til tidsbesparing for kronisk syke pasienter må derfor finnes ut av. Hvis det viser seg at samvalg og samvalgsverktøyet ikke tar nevneverdig mer tid enn en vanlig konsultasjon, må dette informeres om i implementeringsfasen.

### **5.3 Ytre påvirkninger**

De til en hver tid gjeldende normene utgjør en viktig del av det sosiokulturelle affordansesystemet. Vi lever i en digital verden hvor utviklingen skjer lynraskt. Likevel er bruken av IKT i helsevesenet langt bak den generelle bruken av IKT i samfunnet (Helse Sør-Øst, 2013, s. 10). Dette kan både bety at pasienter foretrekker skriftlige brosjyrer/skriv og muntlig kommunikasjon om helsespørsmål, og at helsevesenet er tilbakeholdne på fornying av sine prosesser og kommunikasjonsformer. En vellykket samvalgssituasjon med bruk av digitalt samvalgsverktøy er avhengig av at pasienten forstår hvordan samvalgsverktøyet fungerer og klarer å forstå betydningen av grafene og prosentene. Til dette kreves en forståelse av hvordan digitale medier fungerer. I tillegg er det viktig at også helsepersonell forstår hvordan samvalgsverktøyet skal brukes, og ser på det som en ressurs for beslutningsstøtten og ikke som en byrde som tar ekstra tid.

Samvalgsverktøyet er et digitalt medium som brukeren trenger en viss grad av digital

kompetanse for å anvende. I tillegg omhandler verktøyet helseinformasjon som brukeren trenger helsefremmende allmenndannelse for å forstå. Dette kan skape en kunnskapskløft mellom de som får tilbud om verktøyet, men som ikke kan nyttiggjøre seg av teksten, og de som forstår verktøyet og har kompetanse nok til å ta det i bruk og utnytte dets muligheter. Mediet har på denne måten en makt ved å være digitalt. Mulighetene i verktøyet knyttes til mediets potensialer for interaktivitet og brukerdeltakelse, mens utfordringene handler om brukernes kunnskap, forventninger og atferd. Verktøyet kan oppdateres og programmeres etter behov, men ikke etter dagsformen til pasienten. Hensikten er at alle pasienter skal oppleve empowerment, men i realiteten er helsepersonell usikre på om dette er for alle, eller om det bare øker den allerede eksisterende kløften mellom ressurssterk og ressurs svak. Informantene mener at verktøyet ikke vil fange opp de svakeste. Graden av digital dugelighet og helsefremmende allmenndannelse virker styrende på om pasienten forstår samvalgsverktøyet. Likevel er det i dag ti år siden læreplanen *kunnskapsløfte* trådte i kraft og som satt bruk av digitale medier og lesing av sammensatte tekster på timeplanen. Informantene trekker frem at de tror de fleste pasienter vil skjønne den tekniske delen av verktøyet fordi vi er så vant med å bruke digitale verktøy i dag.

Medisinsk virksomhet er omkranset av et rammeverk av lovgivninger, profesjonsetikk og et omfattende avtaleverk. Fordi maktutøvelse oftest er en skjønnsutøvelse innenfor dette rammeverket er helsevesenet styrt av legers status og makt, fordi det er legen som kan godkjenne behandlingen og skrive ut medikamenter/forordne behandling. Men forholdet mellom lege og pasient er i dag endret som følge av demokratisering, sykdomsendring og endret syn på autoriteter. Likevel er en pasient fortsatt en pasient og mennesker med symptomer handler ikke alltid som fornuftsvesener.

Å være hjelpesøkende innebærer å gå inn i et avhengighetsforhold, og sykdomssituasjonen blir ytterligere forsterket av asymmetrien i forholdet mellom pasienten og helsepersonell. Legen trekker frem at asymmetrien i helsepersonell-pasientforholdet alltid vil være der. Hvis ikke har ikke pasienten noe å hente hos helsepersonell. Foucault påpeker at det ligger makt i vår tillærte måte å snakke om fenomener på (Slettebø, 2013). I denne situasjonen ligger det en makt i måten både helsepersonell og samvalgsverktøyet presenterer informasjonen og behandlingsvalgene for pasienten. Det er viktig å informere om at et dette ikke er et ”hverdagsvalg”, men et valg som angår liv og helse. Alvorlighetsgraden i situasjonen skaper en skepsis hos brukerne. I tillegg er forventninger til hvordan beslutningen om behandlingssituasjon skal tas også avgjørende. Opplever pasienten seg ”enda dummere” enn

før? Foucault hevder videre at pasienter i møtet med leger blir redusert til en diagnose (Slettebø, 2013). Han mener at man ikke kan se seg selv som noe annet enn et offer før man har fått tilstrekkelig kunnskap til å bidra med egne erfaringer med sykdommen. Samvalgsverktøyet har som mål å danne et kunnskapsgrunnlag for pasienten slik at hun selv kan ta en informert beslutning om sin egen helse. Dette vil i Foucaults perspektiv bety at pasienten kan forstå seg selv som noe annet enn en pasient. Det økte kunnskapsgrunnlaget pasienten opplever ved samvalg kan føre til en bedre eierforståelse av egen helse, som både sykepleieren og brukerrepresentanten påpekte som svært viktig.

En tolkning jeg også finner støtte til hos informantene er at samvalgsverktøyet er laget etter vestlige standarder. De fleste informantene peker på mangfoldet i befolkningen i dag og at dette verktøyet ikke passer for alle. Blant annet det å stole på autoriteter trekkes frem som noe man ikke kan ta som en selvfølge. Tanken om at helsepersonell ønsker å gjøre det som er best for pasienten er for mange fremmed. I tillegg er kriteriene som pasienten skal prioritere vestlige, fordi de legger opp til mer brukermedvirkning enn mange er vant med. Legen poengterer også at pasientmedvirkning i behandlingsvalg for mange vil høres ut som at helsepersonell ikke kan jobben sin godt nok. I mange kulturer er den paternalistiske holdningen rådende og noe annet vil virke forvirrende. I Norge er den paternalistiske holdningen på vei ut. Pasienter i dagens mediesamfunn har mulighet til å innhente informasjon om diagnoser og behandling på nett, og en konservativ paternalistisk holdning vil kunne vekke protester.

Mediet har makt ved å bestemme hva brukeren skal ta hensyn til. Det ligger også en makt i medieutviklernes posisjon til å fremheve noe informasjon, men å legge annen informasjon skjult bak hyperlenker. Medieutviklerne mener at verktøyet skal brukes som et utgangspunkt for en dialog, men at man ikke skal tolke det mediet kommuniserer som en fasit. Likevel er første skjerm bilde i verktøyet laget med et oppsett hvor kun de fire beste alternativene (i forhold til den konkrete pasientens kriterier) vises. Denne informasjonen går på bekostning av de andre alternativene som ligger skjult bak hyperlenker.

## **5.4 Oppsummering**

Utviklingen i pasient-helsepersonell-relasjonen reflekterer utviklingen i samfunnet generelt. I lys av informasjonssamfunnet ser man at medvirkning og valgmuligheter er viktige verdier i vestlige kulturer. Samvalgsverktøyet er tidsriktig på to ulike måter: På den ene siden passer

verktøyet til utviklingen av et pasientsentrert helsevesen, i tråd med brukermedvirkning, empowerment og utjevning av maktstrukturen mellom lege og pasient. På den andre siden kommer det digitale samvalgsverktøyet inn i den digitale tidsalder hvor folk er mer vant til å bruke digitale hjelpemidler, både til private og offentlige formål. Den paternalistiske holdningen kan vanskelig fungere i informasjonssamfunnet hvor pasienter kan gå på internett og søke seg frem til diagnoser, behandlinger og alternative sykehus på egenhånd. Pasienten må få være med å ta del i beslutninger som angår dem. Derfor passer samvalg med bruk av samvalgsverktøy inn i det pasientsentrerte helse - Norge.

Likevel er det på det konkrete situasjonsnivå mer komplekse prosesser som ligger bak behandlingsvalget, enn at verktøyet passer i tiden vi lever i. Sykdomssituasjonen kan gjøre pasienten mindre i stand til å tenke klart og reflektere, dessuten er det heller ikke alle som innehar kompetansen om sin egen diagnose, som kreves for å forstå begrepene i verktøyet. At pasienter kan benytte seg av digitale verktøy i sin hverdag, betyr ikke at de er forberedt på å benytte slike verktøy i et alvorlig helsevalg. Denne problemstillingen gjør helsepersonell skeptisk.

## 6. Konklusjon og avsluttende refleksjoner

---

I dette kapittelet vil jeg samle løse tråder og bruke drøftingen som utgangspunkt for å besvare problemstillingen. Oppgavens fokus har vært å undersøke samvalgsverktøyet som arena for kommunikasjon og hvordan helsepersonell ser på bruken av et digitalt beslutningsstøtteverktøy i kommunikasjonen med sine pasienter. I dette kapittelet vil mine to problemstillinger fungere som underoverskrifter for å tydeliggjøre hva oppgaven har besvart.

### 6.1 Hvilke muligheter og utfordringer representerer samvalgsverktøyet for helsepersonell i kommunikasjon med pasienter?

Samvalgsverktøyet skaper nye muligheter for kommunikasjonssituasjonen fordi helsepersonell kan bruke verktøyet som en støtte når de forklarer om behandlingsalternativer og kriterier som pasienten må ta hensyn til. Samvalgsverktøyet inneholder mer informasjon om den enkelte diagnosen enn det legen har mulighet til å huske og forklare fra eget hode. Verktøyet er også en ressurs fordi det regner ut hvor godt de ulike behandlingsalternativene presterer på kriterier på en mer nøyaktig måte enn det helsepersonell kan fortelle. Pasienten kan med dette oppleve økt kunnskapsgrunnlag og forståelse av diagnosen, behandlinger og kriterier før valget om behandling skal tas. Mer aktive og engasjerte pasienter kan virke inspirerende og skjerpene for helsepersonell. Verktøyet kan slik skape et samhold mellom helsepersonell og pasient fordi de må se på skjermen sammen og diskutere ulike preferanser og medikamenter som kan styrke deres forhold.

Selv om det ligger mange muligheter for kommunikasjon i samvalgsverktøyet, byr det også på utfordringer. Utfordringene for helsepersonell kan være at pasienten bruker verktøyet som en fasit og ikke er åpen for dialog rundt behandlingsvalget i etterkant. For noen pasienter vil all informasjonen være med å gjøre valget mer mekanisk, slik at de ikke klarer å se de individuelle forskjellene som finnes, selv på samme diagnose. Dette kan skape en utfordring for helsepersonell hvis pasienten ikke ønsker en dialog om valget i etterkant av bruk av samvalgsverktøyet. Som Legen påpekte så gjør ikke helsepersonell jobben sin godt nok hvis ikke de tar på seg forhandlerrollen og diskuterer de ulike alternativene med pasienten. Informasjonen i samvalgsverktøyet kan dessuten virke overveldende for noen som ikke ønsker å forholde seg til så mye informasjon om behandlingsvalg. Verktøyet kan på den måten føre til mer forvirrede pasienter som trenger enda mer forklaring enn om

samvalgsverktøyet ikke hadde vært i bruk. For å forstå innholdet og bruken av verktøyet må pasientene dessuten ha en viss kompetanse om sykdommen for å kunne forstå sine handlingsvalg.

Samvalgsverktøyet krever aktive handlinger fra brukeren for å utspille sitt fulle potensial. For at pasienten skal kunne bruke verktøyet slik det er ment må vedkommende ha kunnskap om digitale medier, diagnosespesifikke begreper og hun må skjønne hva de ulike komponentene i verktøyet symboliserer. Det er altså en kompleks kunnskapspakke som kreves for å forstå samvalgsverktøyet. I tillegg er både helsepersonell og pasientens innstilling til samvalg avgjørende for et godt resultat. Verktøyet fungerer som et utgangspunkt for dialog og denne kommunikasjonssituasjonen er det svært viktig at både helsepersonell og pasient deltar i.

## **6.2 Hvilke barrierer finnes blant helsepersonell mot å ta i bruk samvalgsverktøyet, og hvorfor?**

Helsepersonell sine barrierer mot å ta i bruk samvalgsverktøyet kan deles i tre kategorier. Den første handler om hvordan verktøyet passer inn i deres egen arbeidshverdag. Den andre handler om en usikkerhet rundt pasienters forståelse av verktøyet og om det derfor bør presenteres til alle. Den tredje barrierekategori handler om hvordan verktøyet passer inn i samfunnets normer om hvordan helsebeslutninger skal tas.

Barrierer knyttet til egen arbeidshverdag handler om at helsepersonell frykter at verktøyet ikke vil passe inn i deres rutiner. Det første som trekkes frem er om samvalgsverktøyet vil ta mer tid enn det vil føre med seg nytte. Alle informantene trekker frem at tidsaspektet er viktig. Noen mener at en løsning på dette er at pasienten får anledning til å se på verktøyet på egenhånd før konsultasjonene, mens andre igjen er redd for at pasienten da ikke vil forstå gangen i verktøyet. Brukerrepresentanten mener dette vil ta lenger tid i starten, men at det etter hvert vil være tidsbesparende for helsepersonell, fordi pasienter raskere vil forstå sine egne valgmuligheter.

Den andre barrieren som handler om egen arbeidshverdag er hvordan verktøyet skal presenteres for helsepersonell, i tillegg til hvordan verktøyet passer inn i allerede eksisterende arbeidsredskap. Informantene er alle spente på hvordan implementeringen av samvalg med samvalgsverktøy vil skje i klinikkene. Samvalgseksperter mener at man må starte der hvor man allerede har helsepersonell som er positive til samvalg. På den måten kan de spre budskapet om at verktøyet fungerer som en ressurs. Legen mener det er viktig å lære samvalg

til de beste menneskene først, slik at de kan bruke det og at andre kan se hvordan det fungerer. At verktøyet blir implementert i det allerede eksisterende journalsystemet mener Legen er avgjørende for om det vil bli brukt eller ikke. I tillegg påpeker sykepleieren at teknikken må fungere og at det må være enkelt å hente verktøyet frem.

Det råder en uenighet blant informantene om verktøyet skal presenteres for alle pasienter med en diagnose som har tilhørende samvalgsverktøy, eller om helsepersonell selv skal velge ut de pasientene som de mener vil ha nytte av det. Pasientene er ingen homogen gruppe og variasjoner i alder, kultur og helsekunnskap trekkes frem som avgjørende. Både for innstillingen til selve samvalget og til forståelse av samvalgsverktøyet. Denne kunnskaps- og forståelseskjøften i befolkningen trekkes frem som problematisk fordi samvalget kan forsterke skillene ytterligere. Hvis det kun er de mest ressurssterke pasientene som vil få nytte av verktøyet, vil det sette disse i en enda mer privilegert posisjon enn tidligere. Verktøyet kan da lede til empowerment for noen, til forvirring for andre. Verktøyet må derfor være så enkelt å bruke at alle kan nyttiggjøre seg det. Fordi verktøyet krever en viss grad av helseforståelse og digital dugelighet vil det dessverre kunne utelukke enkelte. Likevel problematiserer informantene pasientenes kunnskaper om helse, mer enn pasientenes digitale ferdigheter. De mener at befolkningen er stadig mer vant til digitale medier og at dette vil være mindre problematisk, enn helseaspektet. Situasjonens alvorlighetsgraden preger konteksten mer enn det digitale mediet.

Til slutt finnes det barrierer som går på samfunnets allerede eksisterende normer for hvordan helsevesenet fungerer. Noen helsepersonell har konservative oppfatninger om hvordan en beslutningssituasjon skal se ut og er kanskje ikke åpne for brukermedvirkning i så stor grad som samvalg krever. Pasientens forventninger til hvordan behandlingen og beslutning om behandlingen skal være vil også virke styrende på utfallet. Det er heller ikke alle pasienter som vil ønske å ta del i samvalsprosessen og dette vil sette helsepersonell i en vanskelig situasjon hvis de selv ønsker å bruke det. Rolleforståelsen i pasient-lege-situasjonen vil for mange påvirke beslutningssituasjonen og en førforståelse om hvordan beslutningsprosessen skal foregå vil legge føringer for om samvalsprosessen blir vellykket eller ikke. Den allerede eksisterende asymmetrien mellom helsepersonell og pasient er nødvendig for at pasienter skal se nytteverdien i å snakke med helsepersonell. Kompleksiteten rundt sykdomssituasjonen og at pasienten kanskje er slapp, redd og forvirret gjør at mange vil ønske at legen tar behandlingsvalget. I slike situasjoner må helsepersonell avgjøre hvorvidt de skal presentere samvalgsverktøyet for pasienten eller ikke.

I tillegg mener Legen at kommunikasjonsferdighetene til helsepersonell ikke er gode nok. Dette påpekes også i teorikapittelet der Gulbrandsen og Finset (2014) poengterer at leger ikke bruker nok tid på forbedring av kommunikasjonsferdigheter. Et økt fokus på kommunikasjon i klinikkene vil gjøre samvalgimplementeringen enklere. Samvalgseksperten trekker frem at implementeringen av samvalg først må skje i miljøer som allerede er positive, for så å utvikles og spres videre derfra. Som brukerrepresentanten påpeker så handler en vellykket implementering om å selge verktøyet inn slik at helsepersonell virkelig forstår de positive ringvirkningene både for pasient og for helsepersonell.

Innledningsvis stilte jeg spørsmål om helsepersonells rolle i en trafikkmetafor. Oppgaven har vist at hvis pasienten sitter i førersetet så fungerer helsepersonell som et tilretteleggende vegvesen med fokus på trafikksikkerhet. Det er helsepersonell som er flaskehalsen i implementeringen av samvalg. Det er de som skal bidra med informasjon og veiledning til pasienten, og som skal initiere til dialog rundt det vanskelige beslutningsvalget. Pasienten er i en sårbar posisjon og deres kompetanse varierer. Derfor er det viktig at helsepersonell innhenter informasjon om pasientens verdier – og samvalgsverktøyet kan være et nyttig verktøy til dette. For et skreddersydd behandlingsresultat må helsepersonell vite målene til den som skal tilpasses og pasienten må få nok informasjon til å kunne bidra i valget på en reell måte.

### **6.3 Avsluttende refleksjoner**

Gjennom arbeidet med analyse og drøfting ble jeg oppmerksom på hvor mye fokus informantene legger på samvalgsverktøyet sosiokulturelle forhold, og tilsvarende lite på det helt konkrete. Holdninger til brukermedvirkning hos helsepersonell og holdninger og forventninger til helsebeslutninger hos pasienter trekkes frem som de viktigste faktorene for en samvalgsskepsis. En helsebeslutning handler mye om kjemi og relasjoner og derfor er innstillingen til beslutningsprosessen så viktig. Det er også viktig at tanken om mer aktive og kompetente pasienter og et helsevesen med pasienter i fokus ikke bare er nedfelt i politikken og i de små samvalgsmiljøene rundt omkring. Ideene og arbeidet må være aktivt tilstede i helseinstitusjonene.

Et av hovedfunnene er at pasientens førforståelse og helsepersonells holdninger uansett vil være avgjørende for et vellykket samvalg med samvalgsverktøy. Bak dette ligger health literacy og digital dugelighet hos pasienten og innstillingen og rolleforståelse hos helsepersonell. For at bruken av IKT skal øke også i en helsekontekst er det avhengig av en



holdningsendring hvor vi kan se på elektroniske beslutningsstøtter som et hjelpemiddel snarere enn en byrde. Jeg stiller meg noen spørsmål til samvalgsverktøyets kontekst: Hvorfor kommer samvalgsverktøyet nå? På den ene side i tråd med brukermedvirkning, empowerment og utjevning av maktstrukturen mellom lege og pasient. På den andre siden kommer det digitale samvalgsverktøyet inn som en del av den digitale tidsalder. Paternalistiske holdninger fungerer dårlig i et informasjonssamfunn hvor pasienter via internett søker frem diagnoser, behandlinger og alternative sykehus. De til enhver tid gjeldende sjangernormene utgjør en viktig del av det sosiokulturelle affordansesystemet. Vi lever i en digital verden hvor utviklingen skjer lynraskt. Folk er åpne for digitale medier.

Arbeidet med oppgaven har gitt meg et nytt perspektiv på helsepersonells skepsis ovenfor samvalgsverktøyet. Det handler ikke om en konservativ holdning til brukermedvirkning eller et ønske om å utøve makt overfor sine pasienter. Det handler om en redsel for at ikke alle pasienter skal kunne motta samme tilbudet og en redsel for å øke kløften mellom de ressurssterke og de ressursvake ytterligere.

## 7 Litteratur

---

- Andersson, A., F. (2010). Virtuell materialitet: Et intimt møte med nettkirken. I. Engebretsen, M (Red.) *Skrift/Bilde/Lyd: Analyse av sammensatte tekster*. (148-166). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Baldry, A. & Thibault, P. (2006). *Multimodal transcription and text analysis*. London: Equinox.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
- Birkler, J. & Dahl, M. R., (2011). *Den digitale patient*. København: Munksgaard Danmark
- Blakar, R. M. (2003) Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. I Fuggeli, P., Stang, G., Wilmar, B. (Red.). *Makt og medisin* (156-172). Oslo: Unipub
- Brown, R., & Bylund, C. (2011). Theoretical models of communication skills training. I D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow & I. G. Finlay (Red.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* ( 27-40). New York: Oxford University Press.
- Charles, C., & Gafni, A. (2011). Shared treatment decision-making and the use of decision- aids. I D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow & I. G. Finlay (Red.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (41-50). New York: Oxford University Press.
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality No decision about me, without me*. London: The King`s Found
- Dagens Medisin, 14.01.16, side 28-29. Hentet 20.01.16 fra: <https://web.retriever-info.com/services/archive.html?method=displayDocument&documentId=055161201409263E537BBE30E5B708B4527543ABFC064F&serviceId=2&articleType=relatedArticle>
- DECIDE treatment. (2015-2016). *Hva er et samvalgsverktøy*. Hentet 02.02.16 fra: [https://mybetterdecisions.org/xx-xx/Home/Display/hva\\_er\\_et\\_samvalgsverktoy](https://mybetterdecisions.org/xx-xx/Home/Display/hva_er_et_samvalgsverktoy)
- Eide, H & Eide, T. (2006) *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T., (2013). Kommunikasjon i relasjoner – det lille som gjør en forskjell. I K. Johnsen, H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis*. (s. 65-76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Elwyn, G., & Charles, C. (2009). Shared Decision-making: From conceptual models to implementation in clinical practice. I Edwards, A., Elwyn, G. (Red.). *Shared Decision-Making in Health Care*. ( 117-133). New York: Oxford University Press.
- Engebretsen, M (red.) (2010), *Skrift/bilde/lyd. Analyse av sammensatte tekster*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Engelstad, F. (2003). *Hva er makt?*. I Fuggeli, P., Stang, G., Wilmar, B. (Red.). *Makt og medisin* (s. 18-36). Oslo: Unipub
- Finnemann, N. O. (2009). Digitale medier. I Kolstrup, S. Gunhild, A. Jauert, P. Schröder, K. (Red.). *Medie- og kommunikationsleksikon*. (104-107). Fredriksberg: Samfundslitteratur

- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen, H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis*. (s. 15-22). Oslo: Universitetsforlaget
- Fiske, J. (1990). *Introduction to communication studies*. London & New York: Routledge
- Frandsen, F. (2009). *Roman Jakobson*. I Kolstrup, S. Gunhild, A. Jauert, P. Schrøder, K. (Red.). *Medie- og kommunikationsleksikon*. (227-227). Fredriksberg: Samfundslitteratur
- Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I K. Johnsen, H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis*. (86- 91). Oslo: Universitetsforlaget
- Fuggeli, P., Stang, G., Wilmar, B., (2003). Har medisinen makt?. I Fuggeli, P., Stang, G., Wilmar, B. (Red.). *Makt og medisin* (3-17). Oslo: Unipub
- Godolphin, W. (2009) Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*, Vol. 12, 186-190
- Gulbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon – også for legens skyld! *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Nr. 24. 128: 2840-2. Hentet 01.05.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/1782822/>
- Gulbrandsen, P. (2013). Klinisk kommunikasjon i sykehus – et skrikende forbedringsbehov. . I K. Johnsen, H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis*. (s. 102-112). Oslo: Universitetsforlaget
- Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2014). *Skreddersydd samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Helse Sør-Øst (2013). *Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016*. Hentet 01.04.16 fra: [http://www.helse-sorost.no/omoss/\\_styret\\_/Documents/Styremoter/2013/06%20Juni/054-2013%20Vedlegg%20-%20Strategi%20pasient-%20og%20pårørendeopplæring%202013-2016.pdf](http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret_/Documents/Styremoter/2013/06%20Juni/054-2013%20Vedlegg%20-%20Strategi%20pasient-%20og%20pårørendeopplæring%202013-2016.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet 03.03.16 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/styrke-pasienten/id2462565/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Utgitt 21.04.2015. Hentet 03.03.16 fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Henriksen, J. O. (2013). Makt, avmakt og Kreativitet: Beate Grimrud og Michel Foucault. I Mesel. T og Leer-Salvesen. P (Red.). *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. (51-66). Kristiansand: Portal Forlag AS
- Communication Theory (2016). *Shannon and weaver model of communication*. Hentet 05.05.16 fra: <http://communicationtheory.org/shannon-and-weaver-model-of-communication/>
- Hoem, J. & Schwebs, T. (2010). *Tekst2null*. Oslo: Universitetsforlaget
- Høyer, Svennik. (1989). *Små samtaler og store medier*. Oslo: universitetsforlaget
- Jensen, K. B., (2009) Medie. I Kolstrup, S. Gunhild, A. Jauert, P. Schrøder, K. (Red.). *Medie- og kommunikationsleksikon*. (312-315). Fredriksberg: Samfundslitteratur

- Jenum, A. K., & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? I *Sykepleien Forskning* 9 (3): 272-280
- Kissane, D. W. (2011). Communication training to achieve shared treatment decisions. I D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow & I. G. Finlay (Red.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (127-133). New York: Oxford University Press
- Kreps, G.L., Bonaguro, E.W., & Query, J.L. (1998). The history and development of the field of health communication. I L.D. Jackson & B.K. Duffy (Red.), *Health communication research: A guide to development and directions*, (s. 1-15). Westport, CT: Greenwood Press. Hentet 07.03.16 fra: [http://www.russcomm.ru/eng/rca\\_biblio/k/kreps.shtml](http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml)
- Kress, G., & van Leeuwen, T. (2001). *Multimodal Discourse: The models and media of contemporary communication*. London: Arnold.
- Kringlen, E. & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Lian, O. (2008). Pasienten som kunde. I Tjora, A. (Red.). *Den moderne pasienten*. (s. 34-56). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Lysgård, H. K. (2001). *FoU-rapport nr. 4/2001, Diskursanalyser sosialkonstruktivistiske grunnlag – muligheter og begrensninger i forståelsen av regional endring*. Kristiansand: Agderforskning
- McQuail, D. & Windahl, S (1993). *Communication models for the study of mass communications*. London and New York: Routledge
- Mullet, K. & Sano, D. (1995). *Designing visual interfaces. Communication oriented techniques*. California: SunSoft Press
- My Better Decisions. (2016) *Introduksjon*. Hentet 05.05.16 fra: <https://mybetterdecisions.org/PublicUser/1/Tutorial>
- Nordby, H. (2002) *Lege-pasient-interaksjon og to begreper om kommunikasjon*. I Tidsskrift for den Norske Laegeforening, Vol.122 (29): 2812-2814
- Nordentoft, H. M., & Olesen, B. R. (2014). *Kommunikation i kontekst*. København: Munksgaard.
- Nygard, A. O. (2010). Design i digitale medium. I Engebretsen, M (Red.) *Skrift/Bilde/Lyd: Analyse av sammensatte tekster*. (s. 167-182) Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Nyre, L. (2004). Mediumteori. I *Norsk medietidsskrift* vol 11 (1). (24-49).
- O'Connor AM, Bennet, C., & Stacey D, et al. (2007). Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. (554-574). *Med Decis Making* 27.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter, Kap. 3 Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet 04.04.16 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

- Regjeringen (2014). Regjeringens satsningsområder. 07.01.2014. Hentet 21.03.16 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Rogers, E. M., (1996). The Field of Health Communication Today: An Up-to-Date Report. *Journal of Health Communication*, Jan-Mar; 1 (1), s. 15-23.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ryen, A. (2012). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schneiderman, B. & Plaisant, C. (2005). *Designing the user interface. Fourth edition. Strategies for effective human-computer interaction*. Boston: Addison-Wesley
- Schwebs, T. (1994). En ny skrift. I Schwebs, T (Red.). *Skjermtekster. Skriftkulturen og den elektroniske informasjonsteknologien*. (s. 1-15). Oslo: Universitetsforlaget
- Schwebs, T., & Østbye, H. (2007). *Media i samfunnet*. Oslo: Det norske samlaget
- Schwebs, T., & Østbye, H. (2013). *Media i samfunnet*. Oslo: Det norske samlaget
- Silverman, D. (Red.). (2011). *Qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd
- Siminoff, L. A. (2011). The ethics of communication in cancer and palliative care. In D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow & I. G. Finlay (Red.), *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (51-61). New York: Oxford University Press.
- Slettebø, Å. (2013). Samhandling i helsetjenesten – makt og avmakt i møtet med helsevesenet. I Mesel, T. Og Leer-Salvesen, P. (Red.). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. (142-156). Kristiansand: Portal Forlag AS
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- St. Meld. nr. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 18.03.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- St. Meld. nr. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Hentet 18.03.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Stewart, M., A. (1995). *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. I Canadian Medical Association 1995; May 1; 152(9): s. 1423-1433. Hentet 15.05.16 fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728691>
- Svendsen, M. (2014). *Læring i en digital tidsalder – bruk av digitale medier og verktøy ved to utdanningsinstitusjoner*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Agder). M. Svendsen, Kristiansand
- Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., & Lo, B. (2004). *Patient-centered communication. Do patients really prefer it?* (1069-1079) *Journal of General Internal Medicine*, 19(11),

- Tjora, A. (2008). *Den moderne pasienten*. Polen: Gyldendal Akademisk Forlag
- Tønnessen, E.S. 2015: Analytisk blikk på mediet i analyse av multimodal kommunikasjon. I Gunhild Kvåle, Eva Maagerø og Aslaug Veum (red.): *Kontekst, språk, multimodalitet. Nyere sosialesemiotisk perspektiver*. (s. 25-40). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdanningsdirektoratet (2006). *Læreplan i norsk*. Hentet 20.05.16 fra: <http://www.udir.no/kl06/NOR1-04/Hele/Hovedomraader>
- Wennberg, J. (2009). Foreword. I Edwards, A., Elwyn, G. (Red.). *Shared Decision-Making in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Genève: Verdens helseorganisasjon. Hentet 16.04.16 fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Williams, M. W., Davis, T., Parker, R., & Weiss, B. (2002). The role of health literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34 (5) , (383-389). Hentet 16.04.16 fra <http://www.stfm.org/Portals/49/Documents/FMPDF/FamilyMedicineVol34Issue5Williams383.pdf>
- Wright, K. B., Sparks, L., & O`Hair, H. D. (2008) *Health communication in the 21st century*. Malden. Mass: Blackwell
- Østbye, H., Helland, K., Knapskog, K., Larsen, L. O., & Moe, H. (2013). *Metodebok for mediefag*. Bergen: Fagbokforlaget

# 8 Vedlegg

---

## 8.1 Vedlegg 1.

### Intervjuguide 1, Samvalgsekspert

- Introduksjon
  - Starte med å presentere meg selv, prosjektet og min bakgrunn for valg av oppgave.
  - Informere om opptak og anonymitet
  - Sørgе for at hun har mottatt og underskrevet informasjonsskriv
  
- (Skrу på lydopptaker)
- Informere om kategoriene
  
- ❖ Samvalg
  - Hva er samvalg? (Hvordan vil du definere samvalg?)
  - Hvordan brukes det?
  - Finnes noen situasjoner der man ikke driver med samvalg?
  
- ❖ Samvalgsverktøy:
  - Hvem bestemmer hvilke behandlingsalternativer som kommer med i verktøyet? Kan brukerne (helsepersonell) gjøre tilpasninger?
  - Kan andre sykehus ha andre alternativer?
  - Når i behandlingsforløpet tas dette frem?
  - Hvordan tilrettelegges situasjonen? Vil det være det samme om det er legen som leser og klikker eller om pasienten gjør det?
  - Kan du gi noen eksempler på ulike behandlinger som kan forekomme i et verktøy?
  - Finnes noen diagnoser som er bedre egnet for samvalgsverktøy enn andre?
  - Opplever du at alle pasienter forstår samvalgsverktøyet like godt og hvordan dette fungerer?
  - På hvilken måte bidrar samvalgsverktøyet til nye muligheter for kommunikasjon med pasienter?

- På hvilke måter bidrar samvalgsverktøyet til nye utfordringer i kommunikasjon med pasienter?
  
- ❖ Helsepersonell
  - Hvordan presenteres verktøyene for legen? Hvilke forberedelse får legen før han skal gjennomføre samvalg. Har legen like god kunnskap om alle alternativene han tilbyr på menyen? Eller bare de han ”uansett” ville gitt pasienten som alternativ?
  - Hva gjør samvalg med rollen til helsepersonell? (svækker, styrker??)
  - Hva er skillet mellom lege og sykepleier når det gjelder samvalg?
  - Trengs det noen form for kommunikasjonstrening før man driver med samvalg?
  - Legger helsepersonell noen føringer for valget? Vil rekkefølge og hvordan alternativene blir lagt frem ha noe å si for pasienten?
  - Er helsepersonell, og eventuelt også pasienten, klar over føringene som allerede er lagt i verktøyet av skaperne? Både behandlingene, hvordan det er ordlagt, fordeler og ulemper, rekkefølge, og hvilken metode som er brukt (kost-nytte?)
  
- ❖ Pasient
  - Hvordan informeres pasienten om samvalgsverktøyet?
  - Hvordan vurdere pasientens mulighet til å forstå forutsetningene og verktøyets underliggende teorier og metoder hvis pasienten bruker verktøyet hjemme?
  - Hva om pasienten allerede har bestemt seg før vedkomende kommer til legen?
  - Kan samvalg gjøre at pasienten føler at legen tar seg mer tid til pasienten?
  
- ❖ Hva tenker du er helsepersonells viktigste barrierer mot å drive samvalg?
  - Kan dette gjøres noe med i verktøyutviklingen?
  
- ❖ Avrunding
  - Er det noe mer jeg bør få med meg, men som jeg ikke har spurt om?  
Tusen takk for deltakelsen
  
- ❖ Skru av lydopptaker
  - Spør om de har tips til andre informanter jeg bør snakke med.



## 8.2 Vedlegg 2

### Intervjuguide 2

- Introduksjon
  - Starte med å presentere meg selv, prosjektet og min bakgrunn for valg av oppgave.
  - Informere om opptak og anonymitet
  - Sørgе for at hun/han har mottatt og underskrevet informasjonsskriv
  
- (Skru på lydopptaker)
- Informere om kategoriene
  
- ❖ Samvalg
  - Kjenner du til begrepet samvalg? Kan du fortelle noe om din kjennskap til samvalg?
  - Hvilken rolle mener du pasienter kan ta ved å gjøre valg i forhold til egen helse?
    - Er det noen grenser for hva de skal få bestemme?
    - Er det eventuelt noen fordeler og ulemper med at pasienten får ta del i helsebeslutninger?
  - Er det slik at alle pasienter vet hva sine viktigste prioriteringer er?
  
- ❖ Samvalgsverktøy
  - Hvor mye kjennskap har du til samvalgsverktøyet? (Vise verktøyet for bipolar lidelse)
  - Hvilke fordeler ser du med å ta i bruk et digitalt samvalgsverktøy?
  - Hvilke ulemper/hindringer ser du ved å ta i bruk et digitalt samvalgsverktøy?
  
- ❖ Helsepersonell
  - Hva gjør samvalg med forholdene mellom pasient og behandler? (svækker, styrker??)
    - Hva tenker du om maktforholdet mellom bruker og behandler? Endres dette ved samvalg?
    - Gjør samvalg noe med ansvarsfordeling?
    - Kan samvalg gjøre at pasienten og legen får et bedre forhold?
  - Trengs det noen form for kommunikasjonstrening før man driver med samvalg?

- Legger helsepersonell noen føringer for valget? Vil rekkefølge og hvordan alternativene blir lagt frem ha noe å si for pasienten?
- På hvilken måte bidrar samvalgsverktøyet til nye muligheter for kommunikasjon med pasienter?
- På hvilke måter bidrar samvalgsverktøyet til nye utfordringer i kommunikasjon med pasienter?

❖ Pasient

- Opplever du at alle pasienter forstår samvalgsverktøyet like godt og hvordan dette fungerer? (eks. søylene og prosentandelen).
  - Er det noen dette passer bedre for enn andre? (alder, kjønn, sosial klasse, utdanningsbakgrunn, eller sykdomsforløpet).
- Hva om pasientens viktigste kriterier ikke står i samvalgsverktøyet? Hvordan fungerer verktøyet da?

❖ Hva tenker du er helsepersonells største barrierer mot å drive samvalg?

- Det samme men fra pasientens side?
- Kan dette gjøres noe med i verktøyutviklingen?

❖ Avrunding

- Er det noe mer jeg bør få med meg, men som jeg ikke har spurt om?
- Tusen takk for deltakelsen

❖ Skru av lydopptaker

- Spør om de har tips til andre informanter jeg bør snakke med.

## 8.3 Vedlegg 3

### Informasjonsbrev og samtykkeskjema

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*”En studie av helsepersonells holdninger til og erfaringer med å bruke samvalgsverktøy i kommunikasjon med pasienter”*

Studien er et mastergradsprosjekt i samfunnskommunikasjon ved Universitetet i Agder. Jeg som skal gjennomføre studien er student og heter Hilde H. Tallaksen.

#### Bakgrunn og formål

Jeg ønsker å undersøke helsepersonells holdninger til, og erfaringer med å bruke samvalgsverktøy i kommunikasjon med pasienter. Hensikten med studien er å finne ut hvilke muligheter og utfordringer helsepersonell mener slike verktøy har og hvilke holdninger de har til å bruke verktøy i kommunikasjonsprosessen med pasienter. Jeg vil også gjøre en analyse av samvalgsverktøyet.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Som deltaker i studien inviteres du til å delta i et intervju som vil finne sted der det måtte passe for deg. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time og vil gjennomføres en dag som passer for både forsker og informant. Det vil gjøres lydopptak under intervjuet. Det vil gjennomføres intervju med helsepersonell/brukerrepresentanter med kjennskap og erfaring til samvalgsverktøy. Til sammen vil det være ca 4 informanter.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2016. Etter intervjuet vil jeg transkribere det og sende deg en kopi slik at du kan godkjenne sitatene. Lydopptaket vil deretter bli slettet. Alle personopplysningene vil bli behandlet konfidensielt og vil ikke bli tatt opp på lydopptakeren. Informantene vil være anonyme i oppgaven og ingen personopplysninger vil komme frem.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, uten at dette får noen konsekvenser for deg. Dersom du har spørsmål til studien er du velkommen til å kontakte:

**Student:** Hilde Hystad Tallaksen, Kongens gate 53B, 4610 Kristiansand,  
[hilde\\_tallaksen@hotmail.com](mailto:hilde_tallaksen@hotmail.com), 48216005

**Veileder:** Elise Seip Tønnessen, [elise.s.tonnessen@uia.no](mailto:elise.s.tonnessen@uia.no)

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Mitt mobilnr er: \_\_\_\_\_

Min mailadresse er: \_\_\_\_\_

Sett kryss for det som gjelder deg:

Jeg er lege \_\_\_\_\_ Jeg er sykepleier \_\_\_\_\_ Jeg er brukerrepresentant \_\_\_\_\_

Jeg (Hilde) kan kontaktes på følgende telefonnummer: 48216005 og/eller på mailadresse [hilde\\_tallaksen@hotmail.com](mailto:hilde_tallaksen@hotmail.com) for spørsmål. Skriv inn mailadresse og/eller telefonnummer så kontakter jeg deg for å avtale intervju tidspunkt.