

# MASTEROPPGAVE

”Samvalg – moteriktig festdrakt eller praktisk arbeidstøy?”

Spesialisthelsetjenestens håndtering av føringer for samvalg

Helena Kristina Paulsson Nilsen

16.11.2017

Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, Høgskolen i Østfold



## Sammendrag

Denne avhandling omhandler hvordan samvalg blir fremstilt i politiske føringer, og hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten tolker og operasjonaliserer disse føringer med utgangspunkt i egen organisatorisk og klinisk kontekst.

Problemområde og problemstilling springer ut fra, dels min egen hermeneutiske prosess relatert til begrepet samvalg og, dels det ”hull” i forskningen som oppdages – hvordan samvalg formes av den spesifikke kontekst.

Samvalg er et nytt og komplekst begrep som har utviklets fra konseptet empowerment. Begrepet er emosjonelt ladet og underbygges av sterkt positivt demokratisk ladede føringer. Å undersøke et slikt fenomen har krevet en to-delt case studie, med en dokumentstudie og en intervjuundersøkelse.

Samvalg skal bidra til å oppnå de overordnede politiske målsettinger og har derfor blitt analysert i teoretiske perspektiver om velferdspolitik, makt, organisasjonsteori og translasjon av organisasjonsideer. Da begrepet er meget verdiladet og gir rom for ulike tolkninger så har det også vært behov for å ta i bruk ulike diskursanalytiske tilnæringer.

Dokumentanalysen har vist at samvalg fremstilles som et prinsipp og en universalløsning i en kontekst som er influert av forskjellige velferdspolitiske tilnæringer.

Intervjuundersøkelsen har vist at samvalg oppleves som et prinsipp, mer enn en praksis, og at fenomenet formes etter den kontekst det skal operasjonaliseres i.

Avhandlingen støtter opp under eksisterende forskning og konkluderer med at organisasjonsteoretiske faktorer, både i en strukturell-instrumentell og en institusjonell tilnærming, vanskeliggjør en operasjonalisering av samvalg. Videre føyer seg avhandlingen til den forskning som viser at helsevesenet har en positiv holdning til samvalg men at det likevel ikke gjennomføres i praksis. Avhandlingen følger videre opp det anbefalte forskningsområde - hvordan samvalg formes av den kontekst det skal praktiseres i.

Videre forskning bør fortsette å fokusere på dette tema. Det bør gjøres undersøkelser, både i et bredere spekter av kliniske kontekster, og på flere nivåer i det kliniske arbeidet.

Derigjennom kan det avdekkes ytterligere funn og sammenhenger som kan gi grunnlag til en teoretisk generalisering.

## Forord

Denne avhandlingen markerer slutten på fire år med masterutdanning i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Det har vært lærerike og utviklende, men også krevende år.

Å skulle sjonglere familie, jobb og studier har medført harde prioriteringer. Mest har nok familien fått merke det. Takk til min kjære mann og tre sønner som har holdt ut med min noe manglende tilstedeværelse i denne perioden. Fremover lover jeg å ta igjen det tapte.

Takk til veileder, høskolelektor Arve Negaard, for din hjelp gjennom denne prosessen. Uten dine konstruktive innspill og tilbakemeldinger ville jeg aldri kommet i mål.

Jeg vil også si takk til respondentene som stilte opp og medvirket.

Innholdet i avhandlingen står for forfatterens regning.

Sandefjord 15.11.2017

Helena Kristina Paulsson Nilsen

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Forord .....	iii
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Oppgavens ståsted .....	1
1.2 Bakgrunn til problemområde og problemstilling .....	1
1.2.1 Vitenskapsteori – hermeneutikk – den hermeneutiske sirkel.....	1
1.2.2 Min egen prosess – den hermeneutiske spiral .....	2
1.3 Lovmessige Føringer for pasientsentrert medisin og samvalg .....	4
1.4 Status for pasientsentrert medisin i Norge .....	5
1.5 Kontekst for pasientsentrert medisin og samvalg i Norge - spesialisthelsetjenesten .....	5
1.6 Føringer for pasientsentrert medisin og samvalg .....	6
1.7 Eksisterende forskning .....	6
1.7.1 Pasienters interesse for og holdning til SDM .....	6
1.7.2 Barrierer og fasiliterende faktorer for SDM fra et pasientperspektiv .....	7
1.7.3 Klinikers interesse for og holdninger til SDM .....	7
1.7.4 Barrierer for SDM fra et klinikerperspektiv .....	7
1.7.5 Implementering av SDM i klinisk praksis.....	8
1.7.6 utfordringer med forskning om SDM og effekter av SDM .....	8
1.7.7 Forskning på SDM – Oppsummering og veien videre.....	8
1.8 Studiens hensikt .....	8
1.9 Problemstilling .....	9
1.9.1 Avklaring av sentrale begreper .....	9
1.7 Oppgavens oppbygning .....	9
<b>2 Samvalg .....</b>	<b>10</b>
2.1 Empowerment.....	10
2.2 Fremveksten av shared decision making.....	11
2.3 High quality medical decision.....	12
2.4 Shared decision making.....	12
2.4.1 Forståelser av shared decision making .....	13
2.4.2 Shared decision making – "meeting of experts" .....	13

2.4.3 Shared decision making – prosessen.....	14
2.5 Valg - begreper og definisjoner .....	14
2.6 Helsekommunikasjon .....	15
2.7 Health literacy .....	15
2.8 Evidence-based practice og kunnskapsbasert praksis.....	17
2.8.1 Evidence-based practice.....	17
2.8.2 Kunnskapsbasert praksis.....	17
2.8.3 Realistic evaluation .....	18
2.9 Oppsummering av kapittel .....	18
<b>3 Teori .....</b>	<b>19</b>
3.1 Helsevesenet – målsettinger og kvalitet .....	19
3.2 Velferdspolitik, brukermedvirkning og velferdspolitiske diskurser .....	20
3.3 Samproduksjon og empowerment.....	21
3.3.1 Samproduksjon og samskaping av verdier.....	21
3.3.2 Tre nivåer for samproduksjonsaktiviteter .....	22
3.3.3 To tilnærminger – anerkjennelsesbasert vs valgbasert tilnærming til samskaping .....	22
3.4 Makt .....	23
3.4.1 Makt – et komplekst nøkkelbegrep.....	23
3.4.2 Makt i henhold til Weber .....	24
3.4.3 Makt i henhold til Russell .....	24
3.4.4 Makt i henhold til Foucault .....	24
3.5 Strukturell-instrumentell tilnærming og institusjonell tilnærming .....	27
3.6 Den handlende og den politiske organisasjon .....	28
3.6.1 Den handlende organisasjon.....	28
3.6.2 Den politiske organisasjonen .....	29
3.6.3 Organisatorisk hykleri .....	29
3.7 Organisasjonsideer og og translasjon.....	30
3.7.1 Organisasjonsidentitet og organisasjonsideer.....	31
3.7.2 "Pakking" av organisasjonsideer.....	31
3.7.3 Translasjonsteori.....	32
3.7.4 Dekontekstualisering og kontekstualisering .....	32
3.8 Diskursanalyse .....	34
3.8.1 Samfunnsfaglige perspektiver som bakgrunn for diskursanalyse .....	34

3.8.1.1 Sosialkonstruktivismen.....	34
3.8.1.2 Poststrukturalisme .....	34
3.8.2 Diskurs.....	35
3.8.2.2 Diskursanalyse .....	35
3.8.3 Diskursanalytiske modeller .....	36
<b>4 Metode og forskningsdesign .....</b>	<b>41</b>
4.1 Dokumentanalyse – Diskursanalytisk fremgangsmåte.....	42
4.1.1 Valg og avgrensning av materialet som skal analyseres .....	43
4.1.2 Tekstmaterialet.....	44
4.1.3 Valg og avgrensning av diskurs.....	45
4.1.4 Gjennomlesing av tekst.....	46
4.1.5 Hvilke diskurser er representert i tekstene?.....	46
4.1.6 Identifikasjon av diskursens representasjoner .....	47
4.1.7 Velferdskurser og relaterte problemløsninger.....	48
4.1.8 Metodologiske utfordringer .....	49
4.2 Forskningsdesign og metode – intervjuundersøkelse .....	50
4.2.1 Utarbeiding av intervjuguide .....	50
4.2.2 Intervjuguide .....	51
4.2.3 Valg av analyseenhet .....	52
4.2.4 Utvelgelse av respondenter.....	54
4.2.5 Rekruttering av respondenter .....	55
4.2.6 Karakteristikk av respondenter .....	55
4.2.7 Innsamling av datamateriale .....	55
4.2.8 Transkripsjon av datamateriale .....	56
4.2.9 Kategorisering og koding .....	57
4.3 En felles kategorisering og klargjøring for drøfting.....	59
4.3.1 Forholdet mellom teori og data – drøftingen .....	59
4.3.2 Etske aspekter .....	60
4.3.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	61
<b>5 Presentasjon av funn .....</b>	<b>63</b>
5.1 Presentasjon av funn – dokumentanalyse .....	63
5.1.1 Utvalgte dokumenter – funn .....	63
5.1.2 Velferdspolitiske diskurser funn - diskursorden.....	64

5.1.3	<i>Dokumenter - tekstanalyse - funn – diskursiv praksis</i> .....	65
5.1.4	<i>Noen sentrale funn</i> .....	69
5.2	Presentasjon av funn - intervjuer .....	69
5.2.1	<i>Hvordan opplever ledere på operativt nivå begrepet samvalg?</i> .....	70
5.2.2	<i>Hvordan arbeider ledere med å operasjonalisere begrepet samvalg?</i> .....	75
<b>6</b>	<b>Drøfting av funn</b> .....	<b>92</b>
6.1	Drøfting av funn – utvalgte dokumenter og diskurser .....	92
6.1.1	<i>Drøfting av funn – utvalgte dokumenter</i> .....	93
6.1.2	<i>Drøfting av funn – relasjonen mellom identifiserte velferdspolitiske diskurser og samvalg</i> .....	93
6.2	Drøfting av funn – sosial praksis.....	94
6.2.1	<i>Populær organisasjonsoppskrift, legitimering og translasjon</i> .....	94
6.2.2	<i>Tautologisk forklaring – prinsipp istedenfor praksis, symbol og reform</i> .....	102
6.2.3	<i>Selvinnlysende, realisering av verdier, og symbol</i> .....	107
6.2.4	<i>Inkonsistente krav og en løsning – politisk organisasjon</i> .....	108
6.2.5	<i>Positivitet og håpefullhet</i> .....	111
6.2.6	<i>Samvalg og makt</i> .....	113
<b>7</b>	<b>Oppsummerende diskusjon</b> .....	<b>118</b>
7.1	Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg? .....	118
7.2	Noen betraktninger – min egen rolle og det teoretiske rammeverket .....	119
7.3	Mine funn – relevans og plassering i forhold til eksisterende forskning.....	120
7.4	Retning for videre forskning.....	120
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>122</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>131</b>

# 1 Innledning

Denne oppgave handler om hvilket bilde av samvalg som presenteres i politiske føringer, og hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten tolker og operasjonaliserer disse føringer med utgangspunkt i egen organisatorisk og klinisk kontekst.

I dette kapittel definerer jeg oppgavens ståsted. Videre redegjør jeg for bakgrunnen til min problemstilling. Jeg beskriver også min egen prosess fra valg av tema til endelig problemstilling. Da min forforståelse og egen utvikling har vært sentral i denne prosess så redegjør jeg også for begrepene hermeneutikk og den hermeneutiske spiral. Jeg redegjør videre for de føringer for pasientsentrert medisin og samvalg som er i Norge, og presenterer resultatet av en undersøkelse som sier noe om norske pasienters erfaringer med samvalg. Jeg fortsetter med å legge frem en oppsummering av eksisterende forskning på området shared decision making samt si noe om hva som anbefales av videre forskning på dette område. Til slutt presenterer jeg min problemstilling og de underliggende forskningsspørsmål.

## 1.1 Oppgavens ståsted

Denne oppgave er orientert mot hvordan spesifikke politiske føringer forstås og operasjonaliseres med bakgrunn i den spesifikke kontekst føringene skal realiseres i.

## 1.2 Bakgrunn til problemområde og problemstilling

Min egen hermeneutiske prosess relatert til begrepet samvalg har i høy grad staket ut min avhandlings problemområde og lagt grunnlaget for problemstillingen. Hermeneutikk og min egen prosess redegjøres for i de følgende underkapittler.

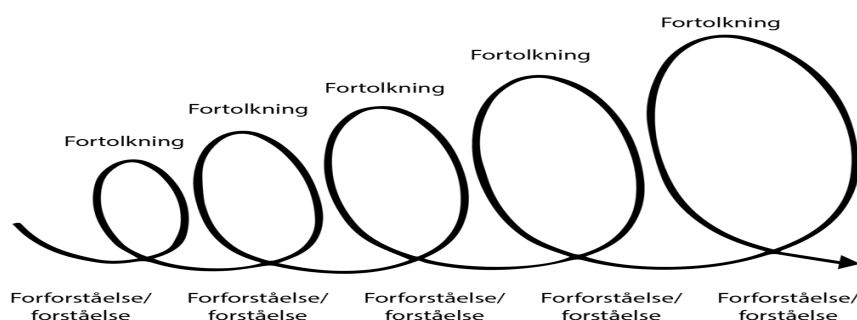
### 1.2.1 Vitenskapsteori – hermeneutikk – den hermeneutiske sirkel

Som forsker er det viktig å være klar over den forforståelse man har med seg inn i et prosjekt. Forforståelse er de forventinger og antakelser om verden, andre mennesker og fenomener som vi hver og en har bygget opp. Forforståelsen kan ikke alltid gjøres eksplisitt og vi kan heller ikke frigjøre oss fra den. Den påvirker hvordan vi tolker andre menneskers handlinger og utsagn (Helenius, 1990). Forforståelse og tolkning er knyttet til hermeneutikk, som kan ses som en vitenskapsteoretisk tilnærming (ibid.).

Ordet ”hermeneutikk” kan ledes tilbake til det greske verbet hermeneuin, som betyr å ”bringe til forståelse” gjennom tolkning (Thompson, 1990). Hermeneutikken kjennetegnes av forskerens intuisjon, innsikt i egen forforståelse, refleksjon, og strev etter



ny kunnskap, forholdet mellom deler og helhet i det som studeres samt tolkning i erfaringens forståelse av tekster, utsagn og handlinger (Helenius, 1990). Gadamer (1990) vektlegger at forskeren i sin forståelse og tolkning må la det fenomen som studeres framtre på egne premisser så langt som mulig. En forutsetning for dette er at forskeren har innsikt i, og bevissthet om sine egne fordommer og forforståelse. Gadamer (1990) benevner dette som å sette seg selv ”på spill”. Dette er en sentral utfordring, og en nødvendighet, for å åpne opp for muligheten for ny forforståelse. Denne veksling mellom å se helheten og studere enkelte deler, en veksling mellom forforståelse og tolkning, kalles for den hermeneutiske spiral.



Hermeneutisk spiral, 2017

### 1.2.2 Min egen prosess – den hermeneutiske spiral

Jeg er ansatt ved Sykehuset i Vestfold, klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, som leder for en avdeling som tilbyr rehabilitering til pasienter med funksjonsproblematikk knyttet til kreftdiagnoser, ortopediske inngrep eller annen kompleks fysisk-psykisk-sosial problematikk. Innen rehabilitering så er pasienten i høy grad involvert i fastsettelse av mål og valg av tiltak i rehabiliteringsprosessen. Pasientens preferanser, verdier og deltakelse er nødvendig for rehabiliteringsprosessens progresjon. Dette følger av at rehabilitering, av tradisjon og nødvendighet, er en prosess som inneholder aspekter av samvalg. De siste to åren har jeg vært på flere helse- og rehabiliteringskonferanser der samvalg har vært i fokus i en eller annen form. Det har ensidig blitt fremstilt som positivt, nødvendig og som ”det rette” å gjøre. Våren 2016 ble jeg involvert i et kunnskapstranslasjonsprosjekt for rehabilitering i Helse Sør Øst. Hensikten var å legge et grunnlag for evidensbasert praksis. Prosjektet startet med et to-dagers seminar og workshop. Seminaret ble ledet av Ian Graham, forsker på kunnskapstranslasjon, og Dawn Stacey, forsker innen shared decision making/samvalg. De snakket lidenskapelig om samvalg. Under workshopen havnet jeg i en engasjert gruppe med både en rådgiver fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og

en professor fra Universitet i Tromsø. Begge arbeidet med å presentere og promotere samvalg og bidra i utviklingen av samvalgsverktøy i Norge. Etter dette var jeg solgt – her skulle det bli samvalg!

Med denne forforståelse av samvalg - som det eneste rette – gikk jeg i gang med å finne en problemstilling for min avhandling. Mitt temaområde var hvordan de ansattes arbeidshverdag endret seg ved implementering av samvalg. Jeg etablerte kontakt med nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og fikk hjelp til å finne helseforetak og avdelinger der man nylig hadde implementert en nytt samvalgsverktøy for lungekreft. Ved kontakt med disse avdelinger ble det straks avdekket at samvalgsverktøyet ikke hadde blitt tatt i bruk. Dermed ble jeg nødt til å endre mitt fokus. Jeg var fortsatt overbevist om at samvalg var ”det riktige” og ønsket istedenfor å finne ut av hvorfor det var en motstand til samvalg og hvorfor det ikke ble implementert. Underveis i arbeidet med dette tema så fant jeg artikler som stilte spørsmål ved samvalg. De fanget min oppmerksomhet og eg ble interessert av å se på samvalg fra et noe mer kritisk perspektiv. Jeg søkte aktivt videre etter artikler som stilte spørsmål ved eller var kritiske til samvalg. Slike fantes det ikke mange av. Jeg fant etter hvert en oppsummering som viste til meget varierende måter å måle samvalg og mangelfull evidens rundt utfallet av samvalg. Oppsummeringen konkluderte med at dette kunne komme av at ulike aktører muligens tolket samvalg ulikt. Dette fikk meg til å se samvalg fra et videre perspektiv. Hvem er det som tolker hva samvalg innebær og hvordan det skal operasjonaliseres? Begrepet skal igjennom mange nivåer med rom for tolkning før det endelig skal operasjonaliseres i den kliniske driften og i møte med den enkelte pasient. Fra stortingsmelding og lovverk via regionalt og lokalt helseforetak, klinikk, avdeling, seksjon og den enkelte helsearbeider. Hva skjer med ideen og begrepet under denne tolkningsreise?

Min egen prosess, fra interessen for temaet samvalg til den endelige problemstillingen, er i høy grad et eksempel på den hermeneutiske spiral. Jeg startet med en forforståelse, en delforståelse, og tolket begrepet i lys av denne. Underveis i arbeidet med gjennomgang av artikler, stortingsmeldinger og ulike teoretiske perspektiver ble jeg klar over at begrepet kunne tolkes på alternative måter. Jeg fikk innsikt i mine egne antakelser om fenomenet. Dette åpnet opp en mulighet og et ønske om å utforske begrepet i et videre perspektiv. Jeg har dermed gått fra å være en ”misjonær” for samvalg til å være en ”utforsker” av samvalg.

### 1.3 Lovmessige Føringer for pasientsentrert medisin og samvalg

Nothing about me without me (Barry & Edgman-Levitan, 2012, s. 780).

Ovenstående sitat, opprinnelig uttalt av Valerie Billingham i 1998, har på mange måter blitt et internasjonalt kamprop blant talsmenn for pasientsentrert medisin og shared decision making (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Pasientsentrert medisin står høyt i fokus i internasjonalt helsearbeid og regnes som en nøkkelkomponent i helsetjenester av høy kvalitet. Også i Norge er dette et sentralt tema innen helsevesenet. Begrepet har fått en plass i det medisinske ordforrådet og defineres på følgende måte:

Pasientsentrert metode, arbeidsform der pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger tillegges stor vekt i både diagnostikk og behandling. I medisinsk praksis er denne arbeidsformen regnet som et ideal (Store medisinske leksikon, 2017).

Samvalg, som er det norske uttrykket for shared decision making, er et begrep og et fenomen som under de senere år har blitt viet mye oppmerksomhet. Under de senere år har det blitt lagt alt fler sentrale føringer for et helsevesen der pasientens stilling, innflytelse og rettigheter er styrket. I formålsparagrafen i Lov om pasient- og brukerrettigheter tydeliggjøres at formålet med loven er basert på respekt for den enkelte individ:

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasientrettighetsloven, 1999, §1-1)

Dette skal realiseres gjennom pasientmedvirkning:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-1)

Pasienten skal få nødvendig og individuelt tilpasset informasjon og forstå betydningen av informasjonen:

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten også skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-5).

I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019 introduseres begrepene Pasientens helsetjeneste og samvalg som er uttrykk for en slik ønsket pasientsentrert tilnærming:

Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkernes kompetanse. Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, p. 10).

Samvalg er et begrep som blir sentralt når det presenteres føringer for at helsepersonell har et ansvar i forhold til å tilrettelegge for den enkeltes involvering i behandling:

Pasientene må få hjelp til å delta mer aktivt i beslutninger om egen behandling. Ved samvalg velger pasienten behandling i samarbeid med helsepersonell i den grad og på den måten pasienten ønsker. Hensikten er å bli enige om det alternativet som er mest i tråd med pasientens verdier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, p. 61).

I Stortingsmelding Kvalitet og pasientsikkerhet gjøres det tydelig at ledere har et ansvar for å tilse at det kliniske arbeidet holder høy kvalitet.

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Ledere som arbeider nær pasienten eller brukeren, har en nøkkelrolle. Arbeidet skal forankres i toppledelsen og ledelsen skal etterspørre resultater for kvalitet og pasientsikkerhet. Ledelsen må ha kunnskap om virksomhetens kompetanse og områder med risiko for svikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, p. 44).

Samlet viser dette at pasientsentrert medisin og samvalg er teman som er gjennomgående i lovmessige krav og føringer for det norske helsevesen.

Jeg går nå videre med å si noe om i hvilken grad pasienter opplever at disse føringer blir anvendt i klinisk praksis i Norge, videre beskriver jeg også den kontekst i hvilken disse føringer skal virke.

#### **1.4 Status for pasientsentrert medisin i Norge**

Som et paradoks til alle disse føringer for pasientsentrert medisin og samvalg viser resultat fra en internasjonal undersøkelse at Norge skårer lavt på områder som er knyttet til en pasientsentrert helsetjeneste. En høy andel pasienter oppgir at de ikke blir involvert i beslutstaking vedrørende helsehjelp og heller ikke får tilstrekkelig og/eller forståelig informasjon (Davis, Stremikis, Squires & Schoen, 2014, pp. 18-19).

#### **1.5 Kontekst for pasientsentrert medisin og samvalg i Norge - spesialisthelsetjenesten**

Helsevesenet i Norge kan beskrives å bestå av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Da min avhandling omhandler spesialisthelsetjenesten så beskriver jeg her hvordan denne blir definert i min avhandling.

Norge er inndelt i fire helseregioner. I hver region har et statseid regionalt helseforetak (RHF) ansvar for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. De regionale helseforetakene er Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, og Helse

Nord RHF. Hvert RHF eier en rekke helseforetak og samarbeider med flere private ideelle sykehus og andre private tjenestetilbydere. Spesialisthelsetjenesteloven regulerer spesialisthelsetjenester og er en del av helselovsreformen 1999. Hvert RHF skal sørge for at mennesker som bor eller oppholder seg i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenestelovens formål er å fremme folkehelse og å motvirke sykdom og skade. Videre skal den sikre tjenestetilbudets kvalitet, gi et likeverdig, tilgjengelig og behovstilpasset tjenestetilbud og utnytte ressursene på en optimal måte. Staten har hovedansvar for at befolkningen gis forsvarlige spesialisthelsetjenester, og virksomhetens organisering må sikre at helsepersonellet kan gi forsvarlig helsehjelp, overholde lovverk, og gi den enkelte pasient et helhetlig tjenestetilbud. Loven sier at sykehus skal organiseres med en ansvarlig leder på alle nivåer, og om nødvendig skal det utpekes medisinskfaglige rådgivere. Ledelsen har ansvaret for at kravet til forsvarlighet er ivarettatt på hvert nivå i organisasjonen (Store norske leksikon, 2009).

## **1.6 Føringer for pasientsentrert medisin og samvalg**

I denne avhandling defineres føringer som politiske føringer. De retningslinjer for håndtering av samvalg som uttrykkes i politiske dokumenter og som er rettet mot ledere i spesialisthelsetjenesten. Det før oss over til forskning om samvalg – shared decision making.

## **1.7 Eksisterende forskning**

I denne del redegjør jeg for forskning på området shared decision making (SDM). Jeg har delt opp forskningen i seks tematiske områder og presenterer en oppsummering av relevant forskning under hvert område. Jeg avslutter med å si noe om hva som anbefales som veien videre på dette forskningsområde.

SDM er et relativt nytt begrep og interessen for forskning på dette område har økt kraftig de senere år. I perioden 1996 til 2011 så økte antallet publikasjoner fra 46 til 165 stykker. (Blanc, Collet, Auer, Fisher, Rocatelli, Iriarte, Krause, Legare, & Cornuz, 2014).

### **1.7.1 Pasienters interesse for og holdning til SDM**

Flere studier har undersøkt pasienters interesse for SDM (Schattner, Bronstein & Jellin, 2006; Chewing, Bylund, Shah, Neeraj, Gueguen & Makoul, 2012). Resultaten viser at pasienter ønsker å få informasjon og at de ønsker SDM, og at denne interesse har økt de seneste 15 åren. Forskning viser også at det er pasienter som ikke ønsker SDM (Schattner

et al, 2006; Chewning et al, 2012). En studie (Frosch, Suepattra, Rendle, Tietbohl, & Elwyn, 2012) konkluderer med at pasienter egentlig ønsker SDM, men at de er bekymret for at dette skal ha en negativ innvirken på relasjonen til legen.

### 1.7.2 Barrierer og fasiliterende faktorer for SDM fra et pasientperspektiv

Flere studier (Smith, Pandit, Rush, Wolf & Simon, 2016; Pollard et al, 2015; Joseph-Williams, Elwyn & Edwards, 2014; Legare & Thompson-Leduc, 2014; Matthias, Salyers, & Frankel, 2013; Chewning et al, 2012; Lovell, Lee & Brotheridge, 2010) har, utfra et pasientperspektiv, konkludert med at tillitsmangel og en opplevelse av at kliniker er negativt innstilt til SDM, er de største hinder for SDM.

En realisering av SDM krever at pasienter får både kunnskap og makt. Dette krever en holdningsendring hos både pasienter, helsepersonell og helsevesen (Joseph-Williams et al., 2014). Pasientens rolle i SDM sies videre å være en atferd som kan læres, slik som annen helserelatert atferd (Legare et al., 2014).

Health literacy (helsefremmende allmenndannelse), nærmere omtalt i kapittel 2.7, påvirker pasientens motivasjon i SDM prosessen, og er dermed kritisk i den kliniske relasjonen. Lav grad av health literacy reduserer evnen til å delta i SDM (Edwards, Davies & Edwards, 2009). Klinikers kommunikasjons- og relasjonsferdigheter tilrettelegger for økt grad av health literacy og fremmer en felles forståelse hos kliniker og pasient (Chewning et al, 2012; Thorne et al. 2012).

### 1.7.3 Klinikers interesse for og holdninger til SDM

Klinikeres holdning til SDM er varierende, men hovedsakelig positiv. Størst grad av positivitet knyttes til fagen onkologi og gynekologi (Pollard et al, 2015), trening i SDM og kommunikasjon (Zeuner et al, 2014), og valgsituasjoner der kliniker ikke har spesifikke preferanser (Pollard et al, 2015; Edwards et al, 2005). Et paradoks til dette er studier (Pollard et al, 2015, Zoffmann, Harder & Kirkevold; 2008, Edwards et al, 2005; Zeuner, 2014) som viser at disse positive holdninger til SDM ikke stemmer med klinisk praksis, og at i realiteten tas avgjørelser i høy grad av legen alene.

### 1.7.4 Barrierer for SDM fra et klinikerperspektiv

Klinikere opplever at det er en rekke faktorer som hemmer en klinisk utøvelse av SDM. Mangel på tid i det kliniske møtet (Edwards et al, 2005; Zeuner et al, 2014; Joseph-Williams et al, 2014; Thorne, Oliffe & Stajduhar, 2012), mangel på nødvendig

kompetanse, og uenighet om i hvilke situasjoner SDM skal brukes (Joseph-Williams et al, 2014), vanskeligheter med å håndtere situasjoner der pasienten er uenig i klinikers preferanser (O'Brien et al, 2011; Edwards et al, 2005; Zeuner et al, 2014). Videre uttrykker yngre leger vanskeligheter med å praktisere SDM når de har en erfaren veileder som er uenig i dette (Zeuner et al, 2014).

#### **1.7.5 Implementering av SDM i klinisk praksis**

Treningsprogram i SDM for helsepersonell inneholder et vidt spekter av tiltak. For å kunne realisere at SDM tas i bruk i klinisk praksis må opplæringen standardiseres (Coulter, Härter, Moumjid-Ferdjaoui, Perestolo-Perez & Van der Weijden, 2015; Legare, Politi, Drolet, Desroches, Stacey & Bekker, 2012). Opplæringstiltak i SDM som rettes mot helsepersonell har bedre effekt enn tiltak rettet mot kun pasienter (Legare, Ratte, Stacey, Kryworuchko, Gravel, Graham & Turcotte, 2010)

#### **1.7.6 Utfordringer med forskning om SDM og effekter av SDM**

Det er studier som har undersøkt effekten av SDM. I 85% av disse er målinger gjort via pasientrapportering, med bruk av en mengde ulike, ofte uvaliderte, måleverktøy. Det antas at bruken av forskjellige målemetoder representerer ulike oppfatninger av SDM. Dermed finnes det ikke evidens for relasjonen mellom empiriske målinger av SDM, pasientatferd og helseutfall. Videre har det vist seg at observatørrangeringer av SDM ikke sammenfaller med pasientrapportert deltakelse i SDM (Shay & Elston Lafata, 2015).

#### **1.7.7 Forskning på SDM – Oppsummering og veien videre**

Forskning konkluderer med at klinikere er positive til samvalg men at pasienter opplever at det i liten grad utføres i klinisk praksis. Forskning på SDM er hovedsakelig gjort i et perspektiv av pasientopplevelse med fokus på det kliniske møte der en beslutning blir tatt.

De senere år har det blitt forsket på SDM som en del av en kontekst, og det konkluderes med at SDM er komplekst og formes av hele den kliniske konteksten. Med dette som utgangspunkt anbefales at videre forskning bør fokusere på den påvirkning som den bredere kontekst har på innføring, implementering og utøvelse av SDM (Mathias et al., 2013; Pilnick & Zayts, 2016).

Dette fører oss videre til min forskning om SDM og bakgrunnen til dette.

### **1.8 Studiens hensikt**

Bakgrunnen til min studie er å finne to steder. For det første i min egen hermeneutiske prosess relatert til begrepet samvalg. For det andre i det ”hull” som avdekkes i eksisterende forskning – hvordan den enkelte kontekst påvirker og former forståelse og operasjonalisering av shared decision making - og som angir en retning for videre forskning på dette område. I lys av dette har min studie til hensikt å kunne bidra med ”et litet fnugg” av kunnskap om dels hvordan begrepet samvalg mottas, tolkes og operasjonaliseres i spesialisthelsetjenesten, og dels hvilke faktorer som har innvirkning på dette.

## **1.9 Problemstilling**

Med utgangspunkt i studiens hensikt har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

### ***Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg?***

Med bakgrunn i denne problemstilling har jeg utarbeidet 3 forskningsspørsmål:

1. Hvilke føringer for samvalg foreligger på nasjonalt nivå, regionalt helseforetaksnivå og helseforetaksnivå, og hvordan fremstilles begrepet?
2. Hvordan opplever ledere på operativt nivå begrepet samvalg?
3. Hvordan arbeider ledere med å operasjonalisere begrepet samvalg?

#### **1.9.1 Avklaring av sentrale begreper**

Jeg har gjort rede for hvordan begrepene spesialisthelsetjenesten og føringer betraktes i min avhandling. Begrepet samvalg, som er noe mer komplekst og omfattende, gjør jeg rede for i kapittel 2. Jeg går nå videre med å beskrive oppgavens oppbygning.

## **1.7 Oppgavens oppbygning**

Min problemstilling med underliggende forskningsspørsmål legger premissene for min avhandling. Det er behov for en to-delt case studie med to forskjellige metodiske tilnærminger. Dette legger føringer for resten av oppgaven.

I kapittel en har jeg gjort rede for bakgrunnen til, og hensikten med min studie Videre har jeg presentert min problemstilling med underliggende forskningsspørsmål og avklart og avgrenset to relevante begreper. I kapittel to redegjør jeg for begrepet shared decision making som er sentralt i min avhandling. Det er vesentlig å ha kjennskap til både bakgrunnen for begrepet og kompleksiteten av begrepet for å forstå de positivt ladede emosjoner og føringer som knyttes til dette begrep. Kapittel tre er en redegjørelse for de



teoretiske perspektiver som innrammer min oppgave. I kapittel fire beskriver og begrunner jeg avhandlingens to metodiske fremgangsmåter. Kapittel fem beskriver de funn som er resultatet av mine undersøkelser og kapittel seks drøfter disse funn. I kapittel syv runder jeg av med en avsluttende konklusjon og diskusjon.

Nå går jeg videre med å gjøre rede for det komplekse begrepet samvalg.

## 2 Samvalg

I dette kapittel redegjør jeg for begrepet samvalg som er sentralt i min avhandling. Jeg bruker det opprinnelige begrepet shared decision making, forkortelsen SDM og den norske oversettelsen, samvalg, om hverandre. Jeg redegjør også for begreper som er nært tilknyttet samvalg og vesentlige for forståelsen av begrepet.

Jeg starter med å redegjøre for fremveksten av empowermenttankegangen. Jeg beskriver utviklingen av SDM og redegjør for begrepet "high quality medical decision", en medisinsk beslutning av høy kvalitet. Så viser jeg til to ulike forståelser av SDM og beskriver begrepet. Jeg fortsetter kapittelet med å redegjøre for prosessen SDM samt avgrensning av begrepet i forhold til andre typer av valg innen helsevesenet. Jeg redegjør for helsekommunikasjon og "health literacy", helsefremmende allmenndannelse og beskriver også evidence based practice, og den norske varianten kunnskapsbasert praksis. Jeg kommer også med en kort redegjørelse av *Realistic evaluation*, som er en annen tilnærning en den Kunnskapssenteret bruker. Kapittelet avsluttes med en oppsummering.

### 2.1 Empowerment

Empowerment, som kan oversettes med myndiggjøring, handler om å mobilisere menneskers egne krefter og å nøytralisere de krefter som skaper avmakt (Gulbrandsen, 2000). Brukermedvirkningsbegrepet er relatert til empowerment da brukermedvirkning forutsetter en myndiggjøring av brukeren (Stang, 2003). Power, som er kjernen i begrepet, kan oversettes med både styrke, kraft og makt. Dermed knyttes begrepet til individer og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan mobilisere kraft og komme ut av avmakten gjennom økte kunnskaper og ferdigheter og styrket selvtilit (Askheim, 2012). Myndiggjøringsbegrepet relateres videre til makt og omfordeling av maktrelasjoner (Ekeland & Heggen, 2007, Askheim, 2012).

Empowerment er komplekst og omfavnes av både høyre- og venstrepolitiske retninger. Dette kommer av at det har sitt opphav i to motstridende politiske strømninger. På den ene siden en venstreradikal retning, der empowerment-tenkingen knyttes til kritikk av velferdsstatens undertrykking av marginaliserte grupper. Empowerment brukes her som en strategi for å modernisere velferdsstaten og sette den i bedre stand til å ta individuelle hensyn. På andre siden en høyrepolitisk, nyliberal og markedsorientert retning der begrepet knyttes til velferdsliberalisme, konsumentorientering og en nedbygging av velferdsstaten til fordel for privatisering av tjenester og brukeren som en kunde (Askheim, 2003). Brukermedvirkning, som forutsetter empowerment, ses som en politisk og faglig reaksjon på helsevesenets paternalisme (Ekeland & Heggen, 2007).

Konseptet empowerment har skapt ideen om brukermedvirkning, hvilket har utviklet pasientsentrert medisin, som shared decision making er et uttrykk for (Legare & Witteman, 2013). Jeg beskriver denne utvikling mer inngående i neste underkapittel.

## **2.2 Fremveksten av shared decision making**

Ideen om shared decision making vokste frem i midten på det forrige århundrade. Ideen om samtykke oppsto så sent som 1911, og termen informert samtykke ble offisielt til i 1957. Begrepsdefinisjonen var da annerledes og i denne modellen var pasienten passiv og dennes verdier og preferanser ikke vesentlige. Definisjonen av termen informert samtykke har gjennomgått en utvikling siden da (Nutbeam, 2008).

Den tradisjonelle modellen med klinikerens som biomedisinsk ekspert og beslutningstaker begynte å fortrennes på midten av 1950-tallet. To personer hadde vesentlig betydning for denne utvikling; Michael Balint, en psykoanalytiker, som foreslo en pasient-sentrert medisinsk modell i motsetning til en sykdoms- eller legesentrert modell (Balint, Hunt, Markiner & Woodcock, 1970) og George Engel, en psykoanalytiker og indremedisiner som på 1970-tallet lanserte en biopsykososial modell av sykdom. Han mente at den biomedisinske beskrivelsen av sykdom, "disease", var en beskrivelse av en spesifikk sårbarhet hos et individ og for å forstå hvordan dette kan resultere i "illness" kreves også en beskrivelse av den sosiale konteksten individet befinner seg i og de helseutfordringer denne kontekst medfører (Engel, 1977).

Utviklingen på dette område ble også drevet frem av en kvinnebevegelse. I England publisertes det en bok der en gruppe kvinner kritiserte det medisinske systemet og hevdet

at det gjorde pasientene avhengige av meningen til de medisinske ekspertene. De krevde at pasienter måtte få vite om kontroverser rundt medisinsk praksis, og hvilken konsensus som var dannet hos den medisinske ekspertisen. Kraven vær begrunnet i vitenskapelige funn som viste at medisinsk behandling i høy grad var basert på den enkelte leges subjektivt foretrukne praksis, og ikke medisinsk evidens (Blair & Legare, 2015). Denne utvikling medførte også en forandring av kommunikasjonsstrategier og Balints etterfølgere identifiserte shared decision making som en måte for kliniker og pasient å finne den felles plattform som er nødvendig for pasientsentrert medisin (Stewart & Brown, 2003). Shared decision making som formelt ble definert i 1982, hevdes å på en revolusjonerende måte bryte med en tradisjonell lege-pasientrelasjon (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1986).

Jeg går nå videre til begrepet high quality medical decision, som er målet med pasientsentrert medisin.

### **2.3 High quality medical decision**

Å styrke pasientens valg er et sentralt tema innen medisinsk etikk og jus. Pasienter skal settes i stand til å ta selvstendige avgjørelser som reflekterer deres personlige verdier og preferanser (Whitney, McGuire & McCullough, 2003). Målet med SDM er å oppnå en *high quality medical decision*, dvs en medisinsk beslutning av høy kvalitet. Dette krever at mennesker har tilgang til beste tilgjengelige medisinske evidens, at klinikere tilbyr en god og objektiv veiledning basert på sin kliniske ekspertise, og at pasientens preferenser aktivt fremkalles og respekteres. Av dette følger at svaret på enhver medisinsk spørsmål er pasientspesifikt (Edwards & Elwyn, 2009, p. 29-31).

En high quality medical decision oppnås gjennom shared decision making, hvilket redegjøres mer inngående for i neste underkapittel.

### **2.4 Shared decision making**

Dette underkapittel har til hensikt å tydeliggjøre avhandlingens forståelse av shared decision making. Jeg beskriver to alternative tilnærminger til SDM og presiserer hvilken forståelse denne avhandling baserer seg på. Videre redegjør jeg for de grunnleggende antakelser som begrepet bygger på, og gir en beskrivelse av den trinnvise prosessen SDM.

#### 2.4.1 Forståelser av shared decision making

SDM kan forstås på ulike måter. En smal forståelse innebærer at klinikerens forsyner pasienten med informasjon om behandlingsalternativer, og at pasienten tar et valg alene. Dette hviler implisitt på en ide om at fravær av klinikerens involvering beskytter pasienten fra klinikerens eventuelle konflikterende interesser. Denne forståelse har en begrenset anvendelse og gjør at konseptet SDM virker upassende i mange situasjoner (Entwistle, Cribb & Watt, 2012). En bred forståelse av SDM har et mer ekspansivt syn på SDM og hvordan det kan oppnås. Det ser bortfor informasjon og preferanser i forhold til et utvalg av behandlingsalternativer. Det tar i betraktning kommunikasjon relatert til beslutstakingen i en videre kontekst av kliniker-pasient relasjonen (ibid.).

Når jeg videre i avhandlingen referer til SDM er det i en bred forståelse av begrepet. Dette beskrives ytterligere i neste underkapittel.

#### 2.4.2 Shared decision making – "meeting of experts"

SDM er en interaktiv prosess, basert på en gjensidig tillit mellom pasient og kliniker. Begge parters kunnskap ses som vesentlig for å kunne ta et valg som er godt for pasienten (Adams & Drake, 2006; Legare & Witteman, 2013; Legare & Stacey, 2009). SDM hevdes å være kjernen i pasientsentrert omsorg, og beskrives som den praktiske forsoningen mellom respekten for en persons autonomi og klinikerens monopol og makt (Godolphin, 2009).

"meeting of experts" - the physician as an expert in medicine and the patient as expert in his or her own life, values and circumstances (Tuckett et al. 1985 i Godolphin, 2009 p.1).

Selve deltakelsen i SDM involverer valg. Pasienten og klinikerens må samhandle og finne ut hvilke roller de skal ha. Pasienten kan ta en dominerende rolle eller velge å legge alt beslutningsansvar over på klinikerens. De fleste pasienter ønsker en mer balansert rolle og det er denne middelvei som er mest assosiert med SDM (Legare & Stacey, 2009).

SDM beskriver den prosess gjennom hvilken en beslutning blir tatt. Dermed er det altså mulig at prosessen i forkant av en beslutning involverer både kliniker og pasient, men da pasienten mangler relevant informasjon eller ikke handlet i trå med sine verdier så kan beslutningen ikke sies å være informert. Det er viktig å holde på denne distinksjon mellom prosessen og resultatet av beslutningstakingen for å oppnå en sårt tiltrengt konseptuell klarhet på dette område (Ryan & Deci, 2006).

### 2.4.3 Shared decision making – prosessen

SDM er en kompleks og trinnvis rekkefølge av intervensjoner (Politi, Dizon, Frosch, Kuzemchak & Stiggelbout, 2013). Prosessen starter med at kliniker må forsikre seg om at parterne har en felles forståelse for pasientens helseproblem, og at det er en beslutning å ta. Så skal pasientens rolle i beslutningsprosessen avklares og pasientens informasjonsbehov, livsstil og verdier avdekkes. Med denne informasjon som bakgrunn skal kliniker identifisere aktuelle behandlingsalternativer, evaluere evidensen i relasjon til den enkelte pasient, og så presentere alternativene for pasienten på en forståelig måte. Endelig blir partene enige om et alternativ og en handlingsplan (Towle & Godolphin, 1999; Politi et al, 2013; Chewning et al, 2012).

I dette underkapittel har jeg redegjort for SDM – prosessen og avhandlingens begrepsforståelse. For en ytterligere avgrensing og tydeliggjøring redegjør jeg nå videre for noen nærliggende, etiske og juridiske, begreper. Jeg bruker de engelske begrepen da jeg ikke har funnet noen gode norske oversettelser.

### 2.5 Valg - begreper og definisjoner

*Simple Consent*, er en implisitt godkjenning av medisinsk behandling med lav risiko, for eksempel, tillate å bli tatt en blodprøve av (American Cancer Society, 2014).

*Informed Choice*, beskriver beslutningens karakter; beslutningstakeren forstår den relevante evidensen, valget speiler beslutningstakerens verdier, og beslutningen iverksettes (Jepson, 2005).

*Autonomous Choice*, er et valg som skjer når en person agerer intensjonelt, med forståelse og fravær av kontrollerende påvirkning som avgjør dennes agerende (ibid.). Her vil jeg trekke frem Ryan og Deci's (2006) beskrivelse av autonomi. De poengterer at autonomi kan defineres som en regulering av selvet, en konstruksjon som er tett relatert til valg og frihet, der det motsatte er fravær av valgfrihet og egenregulering. Autonomi defineres dermed ikke bare gjennom fravær av ekstern innflytelse men gjennom individets samtykke til slik innflytelse eller påvirkning. Gjennom å definere autonome handlinger som de handlinger som er godkjent av hele selvet, så kan individer være autonomt avhengige eller tvunget in i uavhengighet.

*Evidence-based patient choice*, er når det tas i bruk kunnskapsbasert informasjon som en måte å styrke pasienters valg (Jepson, 2005).

*Informed Consent*, er en juridisk konstruksjon som referer til samtykke på grunnlag av forståelse av en handlings implikasjoner. Informed consent trengs ved beslutninger som innebærer en høy risiko for negative effekter av en behandling, eller om pasienten velger bort behandling (Whitney et al, 2003). Det er en juridisk konstruksjon som skiller seg fra informed choice da den ikke sier noe om den egentlige forståelsen til de som ikke samtykker og heller ikke avklarer om verdiene til de samtykkende individene er ivaretatt. En juridisk term som ansvarliggjør individet for det valg som er tatt (ibid.; Jepson, 2005). Prosesser som involverer samarbeid og valg krever kommunikasjon. I helsevesenet går dette under helsekommunikasjon, hvilket nå skal redegjøres for i neste underkapittel.

## 2.6 Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon har fokus på individers innvirkning på formidling av helserelatert kommunikasjon, og hvordan man gjennom kommunikasjon kan forbedre kvaliteten på helsevesenet og helsefremmende arbeid (Kreps et al., 1998). Det finnes mange definisjoner av begrepet. Schiavo (2007) har plukket ut nøkkelord fra disse definisjoner og integrert et praksisbasert perspektiv. Det gir følgende omfattende definisjon:

Health communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behaviour, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes (Schiavo, 2007, p. 7).

Pettersen (2003) har en enklere, supplerende definisjon:

Helsekommunikasjonen dreier seg i korte trekk om ulike strategier for å drive toveiskommunikasjon om en av partenes helseanliggende i den hovedhensikt å forbedre vedkommendes helse (Pettersen, 2003, p 12).

God helsekommunikasjon krever en tilpassing til målgruppe eller individ (Jarlbro, 2004). Dette leder oss videre til det nært relaterte begrepet *health literacy*.

## 2.7 Health literacy

Health literacy er et relativt nytt begrep i internasjonalt folkehelsearbeid (Nutbeam, 2000). I Norge har begrepet blitt oversatt til helsefremmende allmenndannelse (Pettersen, 2003). Dette norske uttrykk er foreløpig lite kjent og brukt i Norge, derfor benytter jeg det engelske uttrykket i avhandlingen.

Det er oppdaget at mange voksne mennesker har utilstrekkelige leseferdigheter for å kunne møte kraven fra informasjonsalderen. Dette er bekymringsfullt da relasjonen til dårlig

helsestatus er velkjent. Dette har gitt et økt fokus på konseptet health literacy (Edwards & Elwyn, 2009). Konseptet har to ulike tilnæringer. En tilnærming har sine røtter i klinisk praksis og ser health literacy som en mulig risikofaktor (ibid.). Denne tilnærming støtter seg til The US Institute of Medicine's definisjon av health literacy:

The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.....based on the interaction of the individual skills with health contexts... and broad social and cultural factors at home, at work and in the community (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004, p. 32).

En annen tilnærming har sitt opphav i utdanningsforskning vedrørende leseferdigheter, voksenopplæring og helsefremmende tiltak. Her ses health literacy som en "asset", noe som blir oversatt til ressurs av Vassnes (2010). WHO støtter seg til denne tilnærming og har adoptert Nutbeams (1998) definisjon av health literacy:

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment (Nutbeam, 1998, p. 357).

Health literacy kan videre deles inn i tre hierarkiske ferdighetsnivåer; funksjonell health literacy, interaktiv health literacy, og kritisk health literacy (Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009).

Oppsummert kan health literacy sies å omfatte de ferdigheter som gjør en person i stand til å innhente, forstå og på en hensiktsmessig måte bruke helseinformasjon i sine egne omstendigheter, samt kritisk kunne vurdere og uttale seg i spørsmål om helsevesenet og pasientrettigheter (Edwards, Hill og Edwards, 2000). Health literacy er videre en delt funksjon mellom kulturelle, sosiale, og individuelle faktorer, og individets health literacy medieres av utdanning, kultur, språk og aktuell helserelatert setting (Nielsen-Bohlman et al, 2004).

Det enkelte individets grad av health literacy er altså viktig i en prosess med helsevalg og kommunikasjon, slik som SDM. Det fører oss videre til evidence-based practice, som er en annen vesentlig del av SDM.

## 2.8 Evidence-based practice og kunnskapsbasert praksis

I dette underkapittel tar jeg for meg evidence-based practice, som er et av fundamentene i SDM. Videre beskriver jeg den norske varianten, kunnskapsbasert praksis og redegjør også for en alternativ tilnærming, teoridrevet evaluering.

### 2.8.1 Evidence-based practice

Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996, p. 71).

Evidensbevegelsen har sin opprinnelse i 1930- tallets kontrollerte studier av effekten av medisiner og behandling (Hansen & Rieper, 2009). Utviklingen drevs frem gjennom et innovativt problembasert medisinsk program innen feltet klinisk epidemiologi på 1970-tallet. Arbeidet resulterte i den første boken om klinisk epidemiologi i 1985, hvilken inneholdt mange av kjernekonseptene i det som vi nå kjenner som evidensbasert medisin (Law, 2008). Begrepet "Evidence based medicine" ble så myntet for å sette en merkelapp på denne kliniske læringsstrategi (Evidence Based Medicine Working Group, 1992).

Evidensbasert medisin ble sett på som et paradigmeskifte innen medisinsk praksis (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014) og ble raskt en intellektuell fellesverdi som skulle gjøre klinisk praksis mer vitenskapelig og empirisk basert, slik at man skulle oppnå en mer sikker, konsistent og kostnadseffektiv helsetjeneste (Pope, 2003). The Cochrane Collaboration ble etablert i 1993, med hensikt å tilgjengeliggjøre og oppdatere informasjon om helsetiltak og kunnskapsoverføring. Med denne etablering kan evidensbevegelsen kalles en organisert virksomhet (Hansen & Rieper, 2009).

Den norske varianten, kunnskapsbasert praksis, redegjøres for i neste avsnitt.

### 2.8.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis har sin opprinnelse i evidensbevegelsen. Den norske definisjonen er i høy grad en oversettelse av definisjonen på evidence based practice, og understreker at praksis baseres på flere kilder enn forskningsbasert kunnskap (Hansen & Rieper, 2009).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Kunnskapssenteret, 2015).

Disse tre kunnskapsformer utgjør til sammen en kunnskapsbasert praksis. I Norge ble kunnskapssenteret opprettet i 2004. Den primære oppgaven er å lage oppsummert



forskning om medisin og helse, som så kan brukes til støtte for utforming av blant annet politikk og nasjonale retningslinjer (Kunnskapscenteret, 2015).

Som et alternativ til en evidens- og kunnskapsbasert praksis finnes en tilnærming med teoridrevet evaluering. Denne gjør jeg rede for i neste avsnitt.

### 2.8.3 Realistic evaluation

Realistic evaluation er en retning med teoridrevet evaluering som er et alternativ til den modell evidensbevegelsen forfekter (Tilley & Pawson, 1997). Kritikken mot evidensbevegelsen går på at den mislykkes med å med å effektivt identifisere hvorfor intervensjoner får forskjellige utfall i ulike kontekster. Grunnet at resultatet av et tiltak avhenger av den kontekst som tiltaket iverksettes i, så er det ikke tilstrekkelig å kun studere tiltaket og hva som ble resultatet. Dermed forespråkes det en alternativ måte å tilnærme seg dette, der konteksten har betydning for resultatet (ibid., 1997, p. 83-86). Metodikken har til hensikt å finne, ikke kun *hvilket* resultat som produseres men også *hvordan* resultater produseres, og *hva* som er spesielt med de ulike forhold under hvilke intervensjoner foretas. Metodikken etterstreber å finne de kontekstuelle forhold som gjør intervensjoner effektive og derigjennom utvikle kunnskap om hvordan resultater produseres. Kunnskapen kan så brukes som et grunnlag for politiske beslutninger (Tilley og Pawson, 1997).

Denne avhandling slutter seg til denne retning med teoridrevet evaluering som er utviklet av Tilley og Pawson (1997) og går under navnet *Realistic evaluation*.

I min avhandling undersøker jeg ett enkelt case. Dermed slutter seg denne oppgave også til Poppers (1945) perspektiv på samfunnsvitenskapelig forskning, der forskerens rolle er å undersøke teorier gjennom studie av ett enkelt case:

The only course for the social sciences is to forget all about the verbal fireworks and to tackle the practical problems of our time with the help of the theoretical methods which are fundamentally the same in all sciences. I mean the methods of trial and error, of inventing hypotheses which can be practically tested, and of submitting them to practical tests. A social technology is needed whose results can be tested by piecemeal social engineering (Popper, 1945, p. 210).

## 2.9 Oppsummering av kapittel

Shared decision making har utviklets fra ideen om empowerment som en reaksjon på klinikerens autoritet. Begrepet kan forstås på to måter og denne avhandling slutter seg til en bred tilnærming til begrepet. SDM er en trinnvis prosess som baserer seg på

kunnskapsbasert praksis og som legger til grunn at det tas i betraktning pasientens grad av health literacy. Min avhandling slutter seg til en alternativ tilnærming, med teoridreven evaluering, der det tas hensyn til at også den aktuelle konteksten, og ikke bare tiltaket, er av betydning for det endelige resultat. Dette leder oss videre til en presentasjon av de teoretiske perspektiver som min avhandling baserer seg på.

## 3 Teori

I dette kapittel presenteres de teoretiske perspektiver som min avhandling bygger på, og som vil bli benyttet når jeg skal drøfte mine funn. Jeg starter med å redegjøre for de den teori som danner de kontekstuelle forutsetningene for temaet i avhandlingen. Det er teoretiske perspektiver som knyttes til helsevesenets overordnede målsettinger og velferdspolitiske tilnærminger med relaterte diskurser. Videre er det teori som omhandler empowerment og brukermedvirkning, og maktfordelingen mellom stat og individ. Jeg redegjør også for ulike tilnærminger til begrepet makt. Deretter beveger jeg meg inn på organisasjonsteoretiske perspektiver og idealtypiske organisasjoner, med fokus på den politiske organisasjon. Så beskriver jeg hvordan problemløsninger som moter finner sin vei in i organisasjoner og hvordan de gjennomgår en translasjon. Endelig presenterer jeg begrepene diskurs og diskursanalyse og redegjør for tre spesifikke diskursanalytiske tilnærminger. Jeg avrunder med en kort oppsummering.

### 3.1 Helsevesenet – målsettinger og kvalitet

Ordlyden i de overordnede politiske målsettinger for helsevesenet skifter over tid og med ulike regjeringer. Like fullt er det to tema som de fleste målsettinger kan sies å være variasjoner over, og som har bred politisk enighet. Det er effektivitet – mest mulig helse for pengene, og rettferdighet – lik tilgang for like behov og reduksjon av ulikheter i helse (Olsen, 2006, p. 11). En første målsetting dreier seg altså om mest mulig helse. Helse er en kvalitativ enhet og dermed vanskelig å måle (ibid., p. 12). For en definisjon av kvalitet støtter norsk helsetjeneste seg til NS-ISO 9000:

Helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.

Neste målsetting omhandler at like behov skal ha lik tilgang til helsetjenester. Her dreier seg behov om pasientens grad av dårlig helse og om hvor store helseforbedringer som omsorgstjenester kan forventes å gi. Det er knyttet en slags ”utenfor-individet-vurdering”

til hvorvidt en person kan sies ”å ha behov for noe”. Så handler det om å redusere ulikheter i helse, hvilket ofte defineres som mest mulig lik forventet levealder (Olsen, 2006, p. 13).

Denne redegjørelse er ment som et teoretisk kontekstuel bakteppe for den komplekse samfunnsmessige situasjon som spesialisthelsetjenesten er en del av. De overordnede målsettingene tar seg uttrykk i et bredt spekter av føringer, som legger premisser for de operative ledernes handlingsrom og håndtering av samvalg i praksis. Jeg går nå videre med å redegjøre for de ulike velferdspolitiske tilnærminger som ligger til grunn for de ulike tiltak som iverksettes for å nå helsevesenets målsettinger.

### **3.2 Velferdspolitik, brukermedvirkning og velferdspolitiske diskurser**

En velferdsstat er en stat som i høy grad garanterer at samfunnsmedlemmene får hjelp hvis de skulle få dårlig helse, lide sosial nød, tape inntekt og som sikrer den enkeltes rett til utdanning. Slike stater driver en velferdspolitik (Store norske leksikon, 2017).

Forskjellige velferdspolitiske tiltak kan knyttes til tre forskjellige velferdspolitiske tilnærminger, med hver sin velferdspolitiske diskurs. På et generelt nivå avspeiler disse diskurser ulike måter å betrakte forholdet mellom enkeltindividet og det offentlige.

Brukermedvirkning er et gjennomgående tema innen velferdspolitik og det generelle argumentet er å endre maktfordelingen mellom tjenesteytere og mottakere, slik at bruker får mer makt over tjenester. Argumentasjonen varierer med forskjellige velferdspolitiske orienteringer (Askheim, 2017).

Demokrati- og rettighetsdiskurs

En klassisk argumentasjon tar utgangspunkt i en ide om sosialt medborgerskap gjennom rettigheter til ytelser og tjenester fra velferdssektoren (Christensen & Fluge, 2016). Ideen knyttes til en tolking av begrepet empowerment som en motmakt til de undertrykkende strukturer i samfunnet (Askheim, 2012).

Markedsdiskurs

Som kontrast til den ovenstående finnes det en markedsdiskurs som knyttes til utviklingen av New Public Management. Her er empowermentbegrepet knyttet til konsumentvalg og er del av en markedslogikk (ibid.). Diskursen kjennetegnes av begreper som individualisering og valgfrihet (Christensen & Fluge, 2016).

Under de senere åren har det oppstått en ny diskurs, som kan ses som en sammenkobling mellom et demokratisk perspektiv og et konsumentperspektiv (ibid.) eller som en opposisjon mot disse perspektiver (Askheim, 2016). Her er borgeren og konsumenten erstattet av en samprodusent som, i tillegg til en rett til tjenester, har en plikt til å delta i en samskapende velferdsproduksjon. Empowerment knyttes her til synet på brukere som kompetente medborgere som deltar i en ny styringsform med et partnerskap mellom offentlige myndigheter og et vidt spekter av aktører (Hunter og Richie, i Askheim, 2016).

Den velferdspolitiske diskursen avspeiler synet på relasjonen mellom det offentlige og enkeltindividet. Dette påvirker hvilken type av tiltak som iverksettes og hvilke handlinger som blir resultatet på det operative og kliniske nivå. Dermed er teori om velferdspolitiske diskurser vesentlig da jeg skal analysere mitt empiriske materiale

Samproduksjonsdiskursen er relativt ny, og relevant for min problemstilling. Derfor redegjør jeg mer inngående for denne diskurs.

### **3.3 Samproduksjon og empowerment**

I dette underkapittel gjøres rede for begrepet samproduksjon. Videre beskrives tre nivåer for samproduksjonsaktiviteter og to forskjellige tilnærminger til samproduksjon.

#### **3.3.1 Samproduksjon og samskaping av verdier**

Co-production, på norsk samproduksjon, fremtrer som et basalt virkemiddel i utviklingen av fremtidens velferdstjenester. Askheim (2016) referer til Pestoff's definisjon:

The mix of public service agents and citizens who contribute to the provision of public services (Pestoff, 2012, p.19).

Samproduksjonstenkingen har en tredelt begrunnelse. Den har et demokratisk perspektiv, da kompetanse og ressurser til tjenestebrukerne og nettverket anerkjennes. Den har et kvalitetsperspektiv, gjennom at individuelle tjenesteløsninger skal gi økt kvalitet for den enkelte, og slutligen så er den økonomisk begrunnet. Velferdsstatens fremtidige utfordringer krever nytenking og økt involvering av andre aktører enn offentlig helsetjeneste (Askheim, 2016, p. 24).

På samme måte som i reklamen for kinderegg lover samproduksjonstenkingen å oppfylle tre ønsker samtidig. For det første vil tjenestene bli mer demokratiske. De vil videre få høyere kvalitet, og samproduksjonen vil bidra til at velferdsstaten opprettholder sin bærekraft (Askheim, 2016, p. 24).

Ideen om en fullverdig og kompetent samfunnsmedborger er basal i samproduksjon. Begrepet er en viktig del i sosiale innovasjoner, der velferdssektorens problemer skal møtes med nye former av organisering, samhandling og aktiviteter (ibid.).

Samproduksjon bygger på en antakelse om at offentlig tjenesteyting er avhengig av brukerinvolvering på flere områder. Samtidig som en lovfesting av et felles ansvar mellom tradisjonelle tjenesteleverandører og brukere påpekes (Palumbo, 2016). Samproduksjon er fordelaktig for både medborgere og offentlige virksomheter. Borgere bidrar til å forbedre de tjenester de selve mottar, samtidig som de understøtter offentlige virksomheters arbeid med å skape offentlig verdi. I dette perspektiv kan samproduksjon av tjenester og samskaping av verdier forstås som to komplementære konsept, som kan assosieres med moteord som empowerment, pasientmedvirkning og pasientsentrert omsorg (ibid.).

Videre redegjør jeg nå for ulike nivåer for samproduksjons- og samskapingsaktiviteter.

### 3.3.2 Tre nivåer for samproduksjonsaktiviteter

I samproduksjonsperspektivet skapes det endelige tilbudet av helsetjenester i et menneskelig møte. I en gjensidig informasjonsutveksling definerer pasient og kliniker en strategi for håndtering av helseproblemet. Samproduksjonsaktiviteter kan skje på tre ulike nivåer, individ, gruppe og kollektivt, hvilke relateres til ulike nivåer for analyse av de komplekse problemstillingene rundt pasientmedvirkning (Palumbo, 2016).

På *makronivå* samhandler tjenestetilbyder og den totale befolkningen. Målet er mer hensiktsmessige helsetjenester for alle. På *mesonivå* samhandler tilbyder og spesifikke interessentgrupper. Her er målet mer hensiktsmessige helsetjenester for spesifikke grupper. På *mikronivå* samhandler den enkelte tilbyder og den enkelte pasient. Hensikten er en mer hensiktsmessig helsetjeneste for den individuelle pasient (ibid). Samproduksjon skjer videre hovedsakelig på et individuelt nivå (Osborne og Strokosh, 2013).

Samskaping kan videre forstås på to måter. Dette utdypes i neste avsnitt.

### 3.3.3 To tilnærminger – anerkjennelsesbasert vs valgbasert tilnærming til samskaping

Samproduksjon om helsetjenester er et samskapende partnerskap mellom tilbyder og bruker, i et perspektiv av økt verdiskaping (Osborne & Strokosh, 2013). Ideen har to tilnærminger. En *anerkjennelsesbasert tilnærming*, som ser pasienten som en samskaper av helsetjenester og anerkjenner pasientens bidrag som betydningsfullt (Hunter, 2009 i Palumbo, 2016). En valgbasert tilnærming, som vektlegger pasientens valgfrihet og

selvbestemmelse, og som innebærer en fortsatt profesjonell dominanse (Glynos & Speed, 2012 i Palumbo, 2016).

Samproduksjon fremstår som et mål i seg selv. Dermed kan det også betraktes som en symbolsk prosess for å fremme en normativ forening mellom rådende essensielle verdier og utviklingstrekk i offentlige organisasjoner og i samfunnet (ibid.).

In doing so, co-creation can be seen as a way of "conspicuous production" and a way of sense-making "myth" or "ceremony" in order to achieve political legitimacy and thus stress the importance of citizen participation as a relevant process that can be used as a strategy to be applied to address issues that are defined in the literature as the perceived existence of a possible democratic deficit or performance gap (Voorberg et al., 2014, p. 26).

Samvalg, som er sentralt i min avhandling, springer ut fra en samproduksjonsdiskurs. Begrepet er verdiladet og komplekst. Kjennskap til velferdsteoretiske perspektiver er dermed nødvendig når jeg senere skal kategorisere, tolke og drøfte mitt empiriske materiale. Det er gjennom bruk av dette som jeg kan finne mening i tekster og utsagn.

Samproduksjon og samskaping av verdier representerer en tilnærming til maktrelasjonen mellom offentlige virksomheter og brukere. Dette fører oss over til begrepet makt, hvilket presenteres i neste kapittel.

### **3.4 Makt**

I dette kapittel redegjør jeg for begrepet makt. Jeg sier først noe om begrepets kompleksitet for jeg så presenterer tre perspektiver på makt; Weber, Russell og Foucault.

#### **3.4.1 Makt – et komplekst nøkkelbegrep**

The fundamental concept in social science is Power, in the same sense in which Energy is the fundamental concept in physics (Social science insights, 2015).

Makt er et nøkkelord i samfunnet, men likevel er ordets betydning uklar og det er uenighet om hvordan man skal forstå maktens karakter og betydning. Makten beveger seg i et kontinuum mellom tvang og innflytelse og kan brukes til å tvinge, manipulere og til å påvirke tankemønstre. Makt ytrer seg i relasjoner, som at noen har makt over, men kan også betraktes som en ressurs, som å ha makt til. Makten kan være aktørbasert, som i individer og kollektiver, men den kan også være strukturell, som i lovverk og normer (Østerud i Hovi og Malnes, 2011, p. 87).

Jeg går nå videre til en redegjørelse av et Webersk maktperspektiv.

### 3.4.2 Makt i henhold til Weber

Makt betyr enhver sjans til å gjennomføre sin vilje innenfor en sosial relasjon, også på tross av motstand, uansett hva denne sjansen beror på (Weber, 1968, referert til i Dean, 2013, p. 4, egen oversettelse).

Weber definerte makt som en mulighet for å tvinge på andres atferd ens egen vilje. Slik tvang kan være av to slag; en maktutøvelse som bæres oppe av rettsgrunner - den legitime makt, eller en maktutøvelse uten slike rettsgrunner - den nakne makt. Legitimering av makt er en allmenn foreteelse og følger av at makt har behov for å rettferdiggjøre seg selv. Dette følger av en normativ tilnærming til handlinger og sosial interaksjon (Østerberg, 2012, p. 116). Makt kan videre legitimeres på tre måter; et tradisjonelt og patriarkalsk herredømme, et karismatisk herredømme, og et legalt herredømme (Fivelsdal, 2007).

Samfunnsvitenskapen har i høy grad benyttet Webers definisjon av makt, men i denne avhandlings sammenheng blir denne definisjon alt for snever. Dette leder oss videre til Russell (1938) som har et maktbegrep som er langt mer relevant i analyser av samvalg, organisasjoner og kollektiv handlingsevne.

### 3.4.3 Makt i henhold til Russell

Power may be defined as the production of intended effects (Russell, 1938, p. 35)

Russell (1938) betrakter makt som et kvantitativt begrep. Den som oppnår flest av sine ønskemål i sammenligning med andre med de samme ønskene har mer makt enn dem. Derimot finnes det ikke noen eksakt måte å sammenligne makt på når ønsker og mål går i ulike retninger. Makt har ulike uttrykksmåter, hvilke alle er en indikasjon på en realisering av hensikter. Maktbegrepet er dermed både kausalt og intensjonelt. Det kausale maktbegrepet rommer situasjoner der noen bøyes til ettergivelse, men også situasjoner der felles avmakt blir overvunnet gjennom organisering og kollektiv handlingsevne til alles fordel. Derfor er det for snevert å oppfatte makt som et nullsumspill der noen taper det andre vinner (ibid.).

Russells tilnærming leder oss til Foucault, som har utdypet og videreutviklet forståelsen av dette maktbegrep.

### 3.4.4 Makt i henhold til Foucault

Her redegjør jeg for maktperspektivet til Foucault. Med begrunnelse i relevansen til min avhandling, går jeg inn på begrepet governmentality, og videreutvikling av dette begrep.

#### 3.4.4.1 Foucault's maktperspektiv

Makten er ikke en institusjon og den er ikke en struktur, den er ikke en bestemt styrke som bestemte personer skulle være utstyrt med: den er navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn (Foucault, 1999, p. 104).

Michael Foucault (1926-1984) var en fransk filosof, historiker og intellektuell med en rekke betydningsfulle vitenskapelige arbeider. Foucault har vært og er fortsatt omstridt. På 1960- og 70-tallet var han aktiv i den franske samfunnsdebatten og kritiserte både den politiske venstre- og høyresiden for deres forståelser og problematiseringer av makt:

On the Right, it was posed only in terms of constitution, sovereignty, etc, that is, in juridical terms; on the Marxist side, it was posed only in the terms of the state apparatus. The way power was exercised – concretely and in detail – with its specificity, its techniques and tactics, was something that no one attempted to ascertain; they contented themselves with denouncing it in the adversary camp (Foucault, & Gordon, 1980, p. 115-116).

Som sitatet viser hadde han klare meninger om hva disse maktperspektiver ikke fanget opp – hvordan makt ble utøvet gjennom konkrete, detaljerte teknikker og taktikker. Dette tema ble et av grunnelementene i Foucaults studier av makt.

Foucaults forskning og forfatterskap kan deles inn i tre epoker. I den første epoken, på 1960-tallet, arbeidet Foucault med en arkeologisk metode. Han introduserte en ny arbeidsmetode, den så kalte diskursanalysen (Aakvaag, 2008, p. 309). Alle senere utviklede diskursanalytiske tilganger har røtter i Foucaults pionerarbeid, da fokuset i en diskursanalyse alltid er rettet mot hvordan forholdet mellom makt og menneske tar seg uttrykk (Bom, 2015, p. 15). I neste epoke er interessen rettet mot Nietzsche, og Foucault utarbeider her en teori om makt og kunnskap. Den tredje epoken starter i 1976 og strekker seg frem til hans død. I denne periode er han interessert av etikk i antikkens Hellas, og han arbeider med begrepet governmentality. Foucault er her interessert i hvordan stater og enkeltindivider styres og hvordan individet subjektiveres og ledes til å lede seg selv (Foucault, Senellart, Ewald & Fontana, 2008).

I min videre fremstilling av Foucaults tanker og arbeid har jeg vektlagt hans innfallsvinkler til studiet av makt og utvikling av begrepet governmentality. Dette med begrunnelse i relevansen til min studie.

#### 3.4.4.2 Governmentality – frihetsstyring

Foucaults navn er uløselig knyttet til temaet makt og han omtales som maktteoretikeren uten en maktteori. Han hadde et vedværende interesse for makt, men ønsket ikke å utvikle noen maktteori eller bli plassert innenfor et bestemt maktperspektiv (Schanning, 2000).



Han arbeidet med å utforske makt på to nivåer. Makt på et samfunnsmessig, overordnet og strukturelt nivå, og makt som et allestedsnærværende og relasjonelt fenomen (ibid.).

Med begrepet *governmentality* plasserte Foucault sitt analytiske fokus inn i sin egen samtid i spennet mellom individenes selvstyring og styringen av stater. Parallellt med vitenskapens interesse for mennesket så utvikles nasjonens styringsapparater og statene blir mer styringsdyktige. Maktinteressen beveger seg fra de disiplinerende og normaliserende styringsformene til en innenfra, fortrolig og velmenende styring av individer (Foucault et al., 2008). Et viktig element i disse styringsprinsipper er maktformen *pastoral makt*, som kombinerer tradisjonell statsstyring med maktformer rettet mot befolkninger og individer. Dette er det ansvar som pastoren som ”den gode hyrde” hadde i tidlige kristne tradisjoner. Å lede og beskytte sin hjord mot alt ondt, en makt og plikt til å ha omsorg for hele flokken og for den enkelte (ibid.).

Et slikt analytisk perspektiv gjør det mulig å reflektere over hvordan maktutøvelsen gjøres akseptabel og ettertraktet. Foucault peker på hvordan disse maktformene veves inn i det moderne vestlige samfunn. Styring (government) forstått på denne måte er altså noe mer og noe annet en den vanlige politiske statsstyringen.

The exercise of power is a conduct of conducts and a management of possibilities (...) the government of children, of souls, of communities, of families, of sick (...) To govern in this sense, is to structure the possible field of actions of others (Foucault, 2000, p. 341).

Fokus er flyttet fra kontroll med ting, til kontroll og styring med befolkning og individer. Dette er en makt som gjennom disiplinering og omsorg gir handling hos den makten rettes mot. Disse komponenter var vesentlige i Foucault’s *governmentality*-maktform, og han retter dermed fokuset mot det selvmotsigende i viljen til makt som har som mål å styre frem ”en frihet fra styring” (Foucault, 2000).

Begrepet *governmentality* har inspirert mange forfattere til en videreutvikling av dette begrep i et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Jeg redegjør for dette i neste underkapittel.

#### *3.4.4.3 Governmentality – videreutvikling av begrepet*

Teknikker for empowerment kan betraktes som en del av statlige styringsprogrammer som forsøker å kontrollere handlingene til dem som skal styres. Dette skjer gjennom en etablering av spesifikke typer maktrelasjoner og gjennom å påvirke en bestemt bruk av kompetanse. Statsmaktene reklamerer og bruker styringsteknikker som utvikler selvstyrende individer. Dette for å skape den borger som er best egnet til å oppfylle

regjeringens politikk. Det har blitt utviklet teknikker for å fremme det enkelte individs frihet, innen definerte rammer (Dean, 1999, pp. 70 -71). I en slik styringsstruktur har velferdsprofesjonene en viktig oppgave med å ta i bruk slike teknikker og metoder. Spesielt viktig er det som kalles ”technology for citizenship”, som er teknikker for empowerment, konsultasjon og forhandling. Dette tas i bruk for å forme individet som en aktiv og fri medborger, og gjennom hvilke individet, paradoksalt nok, gjør seg selv til et objekt for kontroll (Cruishank, 1999).

Helsevesenet er en organisasjon og institusjon med en maktposisjon. Samvalg er relatert til maktbegrepet, gjennom at det skal forandre maktfordelingen og overføre makt til pasienten. Makt er et emosjonelt ladet begrep som kan forstås på ulike måter. I perspektiv av dette er kjennskap til ulike teoretiske tilnærminger til makt vesentlig for at jeg skal få en fruktbar tilnærming til det empiriske materialet og kunne analysere mine funn, og finne meningsfulle tolkninger.

Spesialisthelsetjenesten er en offentlig organisasjon, hvilket betyr at organisasjonen må legge andre kriterier til grunn for sine handlinger enn private organisasjoner gjør. Dette beskrives i neste kapittel.

### **3.5 Strukturell-instrumentell tilnærming og institusjonell tilnærming**

Innen organisasjonsteori opereres det ofte med tre perspektiver; et instrumentelt perspektiv, som kan skilles i en forhandlingsvariant og en hierarkisk orientert variant, og to institusjonelle perspektiver - et kulturperspektiv og et myteperspektiv. Et hovedskille mellom disse perspektivene er at de instrumentelle ser organisasjoner som verktøy som står til disposisjon for lederne. Rasjonaliteten er nedfelt i den formelle organisasjonsstrukturen og legger begrensinger for den enkeltes handlingsvalg og derigjennom skapes kapasitet til å realisere bestemte mål og verdier. Institusjonelle perspektiver åpner for at organisasjoner i tillegg har egne verdier og normer som påvirker beslutningsadferden. Organisasjoner har ulike grader av institusjonelle trekk (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik, 2015, p. 13-15).

Tilnærmingene skiller seg fra hverandre langs tre grunnleggende dimensjoner; hvilken handlingslogikk som legges til grunn for atferd, hvordan politikk forstås, og hvordan endring oppfattes. Det instrumentelle perspektivet har en underliggende *konsekvenslogikk* som baserer seg på en mål-middel-rasjonalitet. De institusjonelle perspektivene er basert

på en *logikk om det passende*. Dvs at handlingene styres av hva som har fungert godt i fortiden (kulturperspektiv), eller hva som oppleves som akseptabelt og rimelig i organisasjonens handlingsmiljø (myteperspektiv) (ibid.).

I et instrumentelt perspektiv gis målene utenfra og politikken skal finne virkemidler for å nå målene. Det institusjonelle perspektivet åpner i høyere grad for en intern utvikling av mål. Dette medfører at politikk også omhandler meningsdannelse og oppdagelse av mål. Endring i et instrumentelt perspektiv kommer av en rasjonell tilpasning til nye mål, styringssignaler eller endrede krav. I det institusjonelle perspektivet derimot er det en treghet og endringer skjer som gradvise tilpasninger, eller gjennom radikale brudd på lange stabile perioder (ibid.). Offentlige organisasjoner skiller seg fra de private på to vesentlige områder. De må ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier, og ledere er ansvarlige ovenfor borgere. Dermed må åpenhet, likebehandling, upartiskhet og forutsigbarhet må vektlegges (ibid., 2015, p.15).

Min case studie foregår i offentlig sektor, som preges av både politisk bestemte mål og forventinger fra omgivelsene. Dette kan antas å påvirke ikke bare hvordan føringer utformes, men også hvordan disse føringer tolkes, tillegges mening og blir forsøkt operasjonalisert. Med bakgrunn i dette er ovenstående teoretiske perspektiv betydningsfullt da jeg skal analysere mine empiriske funn og prøve å forstå og finne mening i det som blir sagt og gjort. Ovenstående tilnærminger er nært tilknyttet teori om den politiske og den handlende organisasjon, hvilket redegjøres for i neste underkapittel.

### **3.6 Den handlende og den politiske organisasjon**

I denne del av teorien rettes fokuset mot to idealer av organisasjonsformer; *den handlende organisasjon*, og *den politiske organisasjon*. Jeg redegjør for hvordan disse idealtyper håndterer interne og eksterne krav og forventinger. Da jeg i min avhandling har tatt utgangspunkt i en offentlig virksomhet, vurderer jeg den politiske organisasjonen som mest relevant for min avhandling. Av denne grunn redegjør jeg mer inngående for denne idealtipe av organisasjon.

#### **3.6.1 Den handlende organisasjon**

Handlende organisasjoner beskrives som rasjonelle instrument. Rasjonaliteten tar seg blant annet uttrykk i en løsningsorientert organisasjon, en homogen ideologi og et hierarkisk

organisasjonsprinsipp. Legitimiteten skapes ved å vise en sammenheng mellom ord og handling (aBrunsson, 2006, p. 27). I motsetning til dette står den politiske organisasjon.

### 3.6.2 Den politiske organisasjonen

Politiske organisasjoner er det motsatte av handlende organisasjoner og karakteriseres av at de eksisterer i motsetningsfylte omgivelser og har et organisasjonsprinsipp som er ideologisk mangfoldig. Videre har de noen typiske kjennetegn.

Den politiske organisasjonens hovedsakelige funksjon er *gjenspeiling av omgivelsene*. Organisasjonsutviklingen skjer ved integrering av tidsriktige ideer og prinsipper. Organisasjonen får et generalisert uttrykk, kan ivareta omgivelsenes varierende interesser og oppnå legitimitet på flere områder. Politiske organisasjoner bruker *ulikheter som rekrutteringsprinsipp*. Gjennom en uensartet personalsammensetning ønsker man å gjenspeile omgivelsenes ulike interesser. Dette bidrar også til å beholde *konflikter som organisasjonsprinsipp*, hvilket beskrives som utviklende og legitimerende. For å opprettholde konfliktnivået preges den politiske organisasjonen også av en *ideologisk mangfoldighet*. Dermed bevares også den gjenspeilende funksjonen. Videre har den politiske organisasjonen et fokus på *problemorientering*. Mange ideologier og interesser skaper en konflikt og organisasjonen får et slags depressivt innslag. Dette kommer av et engasjement i uløselige problemer, hvilke man tilnærmer seg i form av analyser og diskusjoner. Dette gir ideologiske utfordringer og gjør organisasjonen ineffektiv og innadvendt (ibid., pp. 24-25). Endelig så bær den politiske organisasjonen preg av *irrasjonelle beslutningsprosesser*. Normene for rasjonelle beslutningsprosesser følges, men da prosessene gjenspeiler organisasjonens ensidige problemfokusering så blir resultatet likevel en irrasjonell beslutningsprosess. Det brukes mye tid til diskusjoner og beslutstaking men på tross av, eller kanskje på grunn av dette, så er det likevel ikke selvfølgelig hva resultatet blir (ibid., p. 22).

Karakteristikken av den politiske organisasjonens fører oss over til et nærliggende tema – så kallet organisatorisk hykleri.

### 3.6.3 Organisatorisk hykleri

Organisatorisk hykleri kan relateres til organisasjoners løse kobling mellom prat, beslutninger og handlinger, og den spenning til omgivelsene som dette både kommer av, og medfører. Da organisasjonen er i behov av både en intern og ekstern lojalitet så er denne spenning nødvendig for den moderne organisasjonens overlevelse (Brunsson, 2006).

The separation of the formal and informal organizations, the rituals and double talk are often important and even necessary ingredients in any modern organization that wants to act according to current demands for rationality, decency and fairness, while also efficiently generating coordinated action (Brunsson, 2006, p. 7).

Organisasjoner opplever det som uproblematisk å leve i to verdener samtidig og forestillingen om å bli en mer rasjonell organisasjon representerer et evig håp og ønske om å bli noe man ikke er.

We can easily live in two worlds simultaneously: the world as we believe it to be, and the world as we think it ought to be .... even when we notice discrepancies between the two worlds, we tend to reconcile them through hope: We hope to bring about agreement between the way things are and the way things ought to be (Brunsson, 2006, p. 11).

Organisatorisk hykleri blir i denne sammenheng en måte for organisasjonen å opparbeide seg og beholde legitimitet. Når organisasjonen stilles ovenfor forventinger som de bør, men ikke klarer å oppfylle, så resulterer det i en lovnad eller beslutning om å endre seg. Men dette skjer ikke. Diskrepansen mellom organisasjonen og omgivelsene resulterer i et hykleri og da organisasjonens ulike aktører fokuserer på ulike verdier så tilfredsstilles omgivelsenes ulike krav. Aktørene kan være meget forskjellige og det er ofte ukoordinert når og hvilke aktører som møtes. Dermed når ikke selvmotigelser like tydelig frem til alle involverte og hykleriet kan opprettholdes. Brunsson understreker at organisatorisk hykleri kan oppleves som manipulerende og konspirativt (ibid, p. 29).

Den kontekst der jeg gjennomfører min undersøkelse kan karakteriseres som en politisk organisasjon. Dermed er det ovenstående teoretiske perspektivet helt vesentlig da jeg skal kategorisere, analysere og forsøke å finne sammenheng og mening i mine funn. Uten kjennskap til den politiske organisasjonens komplekse situasjon og organisatorisk hykleri som en konstruktiv håndtering av dette, er det en stor fare for at mine analyser og tolkninger hadde blitt altfor snevre og enkle.

Etter denne redegjørelse av to idealtypiske organisasjonsformer fortsetter jeg med å beskrive hvordan spredningen av ideer for hvordan slike organisasjoner kan utformes og ledes, kan foregå.

### **3.7 Organisasjonsideer og og translasjon**

I dette underkapittel retter jeg søkelyset mot translasjonsteori. Dvs teori som omhandler organisasjonsideer og hvordan slike ideer overføres.

### 3.7.1 Organisasjonsidentitet og organisasjonsideer

De siste 30 åren har det vokst frem en mengde ideer for hvordan organisasjoner kan utformes, styres og ledes. Endringsprosesser i organisasjoner handler ofte om å implementere en, eller flere, slike populære ideer. Disse ideer tilbyr ikke bare en løsning, men også en bestemt problemdefinisjon. Dette kan være en sterk reformutløsende kraft. Det finnes to etablerte forklaringer på dette omfattende tilbud av organisasjonsoppskrifter. Tilbudsforklaringen mener at det skyldes aktører og utviklingstrekk på tilbudssiden. Den politisk-ideologiske forklaringen mener at det skyldes at New Public Management-inspirerte reformideer strømmer fra privat til offentlig sektor. I tillegg presenteres en supplerende forklaring. Den mener at en sosial konstruksjon av organisasjoner som en felles systemide, gir en etterspørsel etter organisasjonsoppskrifter Røvik (2007;2012).

En slik identitet som organisasjon kan i seg selv utgjøre en viktig reformkraft, og reforminnsatsen i offentlig forvaltning kan i høy grad ses som et forsøk på å gjøre virksomheter mer organisasjonsartede (ibid.).

Felles organisasjonsidentitet og et marked for organisasjonsoppskrifter leder oss videre til hva som karakteriserer en slik populær oppskrift, eller ide.

### 3.7.2 "Pakking" av organisasjonsideer

Hvordan en ide "pakkes", dvs presenteres, er vesentlig for om den fremstår som legitim og dermed blir populær. Det er syv karakteristikk som tilskrives å være av betydning for spredningskraften til en ide. En første karakteristikk er *sosial autorisering*, der ideen knyttes til suksessrike organisasjoner eller enkeltpersoner. Videre er det en fremstilling av ideen som relevant for alle typer virksomheter, *universalisering*. Ideen kan omformes slik at den fremstår som et produkt og konkurransemiddel, *produktivering*, og den kan fremstilles som en ny og moderne løsning på samtidens utfordringer, *tidsmarkering*. *Harmonisering* og *dramatisering*, er når ideen henholdsvis beskrives som en motsetning til maktutøvelse og konflikter og når ideen pakkes inn i en dramatisk fortelling. En siste karakteristikk er *individualisering*, der ideen fremstilles som et virkemiddel for enkeltindividets vekst og utvikling (Røvik, 2007, pp. 225-226).

Jeg går nå videre med å presentere hvordan man kan forstå overføringen av slike ideer mellom ulike organisatoriske kontekster.

### 3.7.3 Translasjonsteori

Samfunnsvitenskapene generelt og organisasjonsvitenskapen spesielt, har to grunnleggende paradigmer – det modernistiske eller rasjonelle, og det sosialkonstruktivistiske, med ulike implikasjoner for hvordan man forstår kunnskapsoverføring mellom ulike organisatoriske kontekster. Mellom disse to retninger skisseres en alternativ versjon av translasjonsteorien, nemlig pragmatisk institusjonalisme. Dette er en teoretisk distinkt posisjon som åpner for innsikten om at det som overføres er representasjoner og ideer, hvilke er mer formbare enn fysiske objekter. Den pragmatiske posisjonen vil vise at modernistiske og sosialkonstruktivistiske logikker er sammenkjedet på mange komplekse måter i den praktiske verden (Røvik, p. 46). Røvik referer til den filosofiske pragmatismen som inspirasjon til den pragmatiske institusjonalismen:

Ideer og praksis eksisterer ikke uavhengig av hverandre, men virker sammen på meget komplekse måter. Kunnskap og ideer springer ut av praksisfeltet gjennom langsomme dialektiske prøve-og feileprosesser, men kan også materialiseres i det og komme til å forandre det (Dewey, 1923, i Røvik, 2007, p. 55)

Det beskrives to pragmatisk inspirerte teori bidrag; virusteorien som omhandler hva ideer kan gjøre med organisasjoner, og translasjonsteorien, som handler om hva organisasjoner kan gjøre med ideer (ibid., p. 52-56). Med begrunnelse i min problemstilling – ”Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg?” - og avhandlingens tilnærming så har jeg valgt å vektlegge den pragmatiske tilnærmingen, i form av translasjonsteorien, og implikasjonene av dette, når jeg videre redegjør for hvordan ideer oversettes til praksis.

### 3.7.4 Dekontekstualisering og kontekstualisering

Dekontekstualisering er en todelt prosess der en praksis og/eller ide identifiseres i en organisasjon, forsøkes tatt ut ur denne sammenheng og omformes med den hensikt å bli overført til andre organisasjoner. Å oversette en praksis til en idemessig representasjon er vanskelig og avhenger av trekk ved den enkelte praksis (Røvik, p. 260-292). Når en ide er dekontekstualisert så er den klar for å innføres i en ny organisasjon. Dette kalles kontekstualisering. I en slik prosess er aktører, arenaer og regler for kontekstualisering av betydning. Det kan skisseres en modernistisk-rasjonalistisk modell for oversettelse, den vertikale og hierarkiske oversettelseskjeden. Denne logiske modell, som ligner på en rasjonell implementeringsprosess, er en femdelt prosess som starter med en *top-down-orientering*. Modellen har begrensinger og må modifiseres og suppleres med teoretiseringer av empiriske observasjoner. Dette gjøres med fire hovedpunkter;

oversettelsesarenaer i form av *eksterne utviklingsarenaer, lokalt mangfold av en ide, oversettelse av ideer som et spiralliknende forløp, og oversettelse av en ide som skjer på flere steder og uten noen forbindelse, samtidig* (ibid., pp. 294-301).

Det finnes noen mønster, kontekstualiseringsregler, for hvordan transformasjonen fra ide til praksis foregår. Det skilles mellom generelle innskrivingsregler og spesifikke oversettelses- og omformingsregler.

*Generelle innskrivingsregler* handler om hvordan en ide endres, får et mer lokalt og materielt preg og blir gjenkjennbar i en lokal kontekst. Analytisk kan man skille mellom to typer innskrivingsregler; *regler for lokalisering og regler for tidsmarkering* av ideer. Dette er en prosess der en generell organisasjonside settes in i en lokal organisasjonskontekst så at den over tid formidles med referanser til det lokale (ibid., pp. 302-304).

*Spesifikke oversettelses- og omformingsregler* omhandler hva som skjer med ideenes innhold ved overføring mellom ulike organisatoriske kontekster. På bakgrunn av klassisk translasjonsteori er det mulig å analytisk skille mellom fire basale oversettelsesregler; *kopiering, addering, fratrekking og omvandling*. Disse representerer ulik grad av omforming, fra svak til betydelig, av det som forsøkes overført. Relatert til addering er *eksplisitering*, dvs at informasjon som er utydelig eller implisitt i originalen blir gjort tydelig og eksplisitt i den oversatte versjonen. Relatert til fratrekking er *implisitering*, hvilket betyr at noe som er tydeliggjort og meningsbærende i originalen dempes eller generaliseres i en oversatt versjon. Denne omforming kan skje bevisst, dvs *intendert*, eller ubevisst, dvs *uintendert* (ibid., pp. 314-315).

Disse regler kan videre kategoriseres under tre omformingsmoduser. *Den reproduserende modus*, der organisasjonen etterstreber å gjenskape oversettelsen så nøyaktig som mulig. *Den modifierende modus* kjennetegnes av en hang til å forsvare en viss omforming og tilpasning i oversettelsen. På en funksjonell måte forsøker man å balansere hensynet til å være tro mot det opprinnelige. *Den radikale modus*, der man tar seg stor frihet i oversettelsen slik at praksiser og ideer omvandles og brukes som inspirasjon ved utforming av egne varianter (ibid., pp. 311-315).

Samvalg har mange likhetstrekk med det som karakteriseres som en populær organisasjonside. Translasjonsteorien og dets begrepsapparat er dermed verdifullt da jeg skal studere og analysere mitt empiriske materiale og forklare og finne mening i



respondentenes fremstilling av begrepet samvalg med utgangspunkt i den kontekst og virkelighet de er i.

Opplevelsen av meningen med en ide, slik som samvalg, formes av hvordan verden og sosiale fenomener forstås i den kontekst der operasjonalisering skal skje. Dette fører oss videre til neste teoretiske perspektiv – diskurs og diskursanalyse.

### **3.8 Diskursanalyse**

Dette underkapittel omhandler diskursanalyse. Først gjør jeg rede for de samfunnsfaglige perspektiver som diskursanalysen hviler på. Deretter presenterer jeg diskursbegrepet.

#### **3.8.1 Samfunnsfaglige perspektiver som bakgrunn for diskursanalyse**

I dette underkapittel gir jeg først et bilde av sosialkonstruktivismen, deretter beskriver jeg den relaterte poststrukturalismen.

##### **3.8.1.1 Sosialkonstruktivismen**

Sosialkonstruktivismen er en bred tradisjon med ulike grader av radikalitet. (Alvesson & Sköldbberg, 2008, p. 100). Den sterkeste graden av radikalitet er ontologisk og har således et grunnleggende syn på at virkeligheten til enhver tid er en sosial konstruksjon.

Sosialkonstruktivismen hviler på fire antakelser. For det første at virkeligheten er sosialt konstruert og ikke et objektivt fenomen som kan tas for gitt. Mennesker har kun tilgang til en sosial virkelighet og viten er dermed et resultat av menneskers konstruksjoner. Dermed er det sosiale konstruksjoner av fenomener som sosialkonstruktivistisk forskning søker å studere (ibid.). Antakelse to er at vår forståelse av verden alltid er foranderlig og dermed er det variasjon mellom kulturer og gjennom historien. Ulike fenomener oppfattes likevel ofte på en bestemt måte innen et enkelt samfunn. Den tredje antakelsen er at da kunnskap om verden ikke er objektive fakta så skapes kunnskapen gjennom sosial interaksjon. Språk og praksis etablerer felles oppfatninger om hva som er sant eller falskt. Den siste antakelsen går ut på at de sosialt skapte sannhetene får direkte konsekvenser ved at noen handlinger oppfattes som selvfølgelige og akseptable, mens andre oppfattes som gale og uakseptable (ibid, p. 14).

##### **3.8.1.2 Poststrukturalisme**

Poststrukturalismen vokste frem i Frankrike på 1960-tallet og Foucault regnes som en av de mest sentrale tenkerne (Neumann, 2010, p. 21). Poststrukturalismen og sosialkonstruktivismen deler de fire antakelsene nevnt i forrige avsnitt. Det som skiller de

to er blant annet poststrukturalismens forankring i lingvistikken (ibid.).

Poststrukturalismen videreutvikler strukturalismens tenking. Synen på språket som et relasjonelt system der ordene får sin betydning i forhold til hverandre og ikke i forhold til det de referer til, videreføres. Men der man i strukturalismen mente at det eksisterte faste og allmenngyldige regler for språkssystemet, at tegnet var låst, mener man i poststrukturalismen at språket har en grunnleggende ustabilitet der ordenes mening alltid vil være potensielt foranderlig gjennom diskursiv praksis. Det vi si at språket har samme innvirken i samfunnet som andre former for praksis (Winter Jørgensen & Phillips, 2002, p. 15-21).

### 3.8.2 Diskurs

I dette avsnitt presenteres diskursbegrepet og diskursanalyse

#### 3.8.2.1 Diskursbegrepet

En diskurs kan beskrives på følgende måte:

En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner. Diskurser handler altså om forskjellige måter å forstå og uttrykke verden og sosiale fenomener på (Neumann, 2010, p.18).

Eller med en enklere definisjon:

En bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnitt av verden) på (Winther Jørgensen og Phillips, 2002 p. 9).

Enhver diskurs har et bakenliggende system av regulerende regler og koder. Disse regler og prinsipper gir diskurser en regelmessighet som gjør det mulig å skille en diskurs fra en annen. Det samme fenomenet kan komme til syne gjennom ulike diskurser. For eksempel vil fremstillingen av pasienter som enten konsumenter av helsetjenester eller som medborgere med rett til helsetjenester fremstå som ulike diskursbegrep. Dannelse av mening oppstår gjerne i brytningene mellom konkurrerende diskurser (Bratberg, 2014, p. 35). Diskurser har fire grunnleggende egenskaper; de produserer virkelighet, de etablerer subjekt og subjektposisjoner som diskursdeltakerne kan innta, de produserer kollektive identiteter og de produserer sosiale fakta, dvs institusjoner og sosiale praksiser (Aakvaag, 2008, pp. 309-312). Med dette går jeg nå over til å redegjøre for analyse av diskurser.

#### 3.8.2.2 Diskursanalyse

Diskursanalytiske metoder brukes for å undersøke hvordan mening konstrueres i ulike sammenhenger. Grunnet at verden er i stadig endring er en diskursanalytiker opptatt av å stille spørsmål om hvordan vår forståelse av verden har blitt slik den er, og hvordan denne

oppfattelse opprettholdes og utfordres av andre tilnærminger, dvs epistemologiske spørsmål (Neumann, 2010, p. 14). Diskursanalysens formål er dermed å grave seg ned til de underliggende strukturer som regulerer diskursen. Diskursanalysen er epistemologisk konstruktivistisk (all kunnskap konstrueres via diskurser) og sosialkonstruktivistisk. Diskursanalysens overordnede prinsipp er å kombinere analyser av ytringer, tekster og kommunikative handlinger med analyser av kulturen og samfunnet. Den kan altså betraktes som både metode og teori. En teori om underliggende strukturer, og en metode for hvordan man kan gripe fatt i disse underliggende strukturene. Diskursanalyse kan dermed også sies å forene teori og metode (Bratberg, 2014, p. 32). Dette fører oss videre til en presentasjon av mine utvalgte diskursanalytiske metoder, eller modeller.

### 3.8.3 Diskursanalytiske modeller

I dette avsnitt presenterer jeg de tre diskursanalytiske tilnærminger jeg har valgt å ta i bruk i min avhandling. Jeg innleder med Neumanns tretrinnsmodell, så følger modellen til Carol Bacchi og til slutt presenteres tilnærmingen til Fairclough.

#### 3.8.3.1 Neumann – en tretrinnsmodell for diskursanalyse

Neumann (2010) har laget en modell som deler diskursanalysen i tre trinn; valg og avgrensning av diskurs, identifikasjon av diskursens representasjoner, og diskursens lagdeling (ibid., p. 50-52). Når disse tre trinn er gjennomført har man en modell av en diskurs, noe som i seg selv er en viktig forskningsoppgave, men det anbefales at man går videre ved å se på bl.a. diskursens materialitet og makt. Med diskursanalysens sosialkonstruktivistiske utgangspunkt så kan vi ikke observere virkeligheten. Når mening skapes så benyttes allerede lagrede modeller. Modeller som er sosialt reproduisert og som kan kalles representasjoner. *Representasjoner* er fenomener i den form de blir presentert for oss. Fenomenene blir videre ikke bare presentert, men re-presentert, om og om igjen, og får dermed en viss tyngde i diskursen (ibid., p. 33).

Diskursanalyse er analyse av mening, og dette må spores i språket, da det er der mening oppstår. Mening er en forutsetning for handling og *handlingsbetingelser* er dermed et relevant begrep. Det eksisterer flere handlingsbetingelser for det som er sagt eller gjort, i hvilken grad en spesifikk uttalelse starter en rekke sosiale praksiser, og i hvilken grad uttalelsen i sin tur avkrefter eller bekrefter disse praksisene. Handlingsbetingelsene i stadig forandring. Når en representasjon er mer eller mindre utfordret i en diskurs, kan det foreligge en tilstand av *hegemoni* (ibid., p. 78-79).

I min avhandling har jeg tatt i bruk modellen til Neumann da jeg ser den som et egnet utgangspunkt for en strukturert diskursanalytisk tilnærming. Jeg tar i bruk deler av modellen og vektlegger trinn en, hvilket omhandler valg av tekst og avgrensning av diskurs. På trinn to i modellen, identifikasjon av diskursens representasjoner, tar jeg i bruk tilnærmingen til Bacchi. Denne metode presenteres i neste avsnitt.

### *3.8.3.2 Bacchi - What`s the Problem Represented to be?*

Bacchi har kombinert diskursanalyse og policyprosess og utviklet en analysemetode som fokuserer på problemstillinger i policytekster. Hensikten er å undersøke mening og oppdage det som synliggjøres først ved en inngående studie av materialet (Bacchi, 2009). Bacchis tilnærming kalles for "WPR", hvilket står for "What`s the Problem Represented to be?". Problemrepresentasjoner skal i denne sammenheng forstås som den måte "in which a particular policy 'problem' is constituted in the real" (ibid., p. 35).

Policy er beslutninger og tekster som former det felt som studeres. Språk og praksis etablerer forestillinger, en offentlig diskurs, som kan brytes ned gjennom analyse. En policy er ofte basert på problematiseringer som vi tar for gitt. Dermed blir de usynlige. WPR-metoden er inspirert av Foucaults diskursanalyse og forstår problemer som sosiale konstruksjoner. Fokus er på hvordan bestemte politiske problemer blir til og diskursivt opprettholdes (ibid., p. 36-37). "Discourses accomplish things. They make things happen most often by their truth status" (Foucault, 1991, p. 70, sitert i Bacchi, 2009, p. 35).

Denne forståelse tillater forskeren å problematisere problematiseringer. Dermed er WPR-metoden en tilnærming som har fokus både på meningsskapende i politiske prosesser og på de logikker som former dette meningsskapende. Det er basert på antakelser om at politikk søker å løse problemer og at vi styres av problemrepresentasjoner. Av dette følger at ut fra en forståelse av problemer som sosiale konstruksjoner kan man identifisere underliggende antakelser og institusjonaliserte normer, som kunne vært konstruert annerledes. Dette er årsaken til at problemet settes i anførselstegn (Bacchi, 2009, pp. 4-10).

WPR-metoden består av seks spørsmål som fungerer som en analyseramme og danner grunnlaget for å analysere en policy. Spørsmålene er; 1) Hvordan blir problemet representert?, 2) Hvilke antakelser og premisser ligger til grunn for denne representasjon av problemet?, 3) Hvordan har denne problemrepresentasjon oppstått?, 4) Hva tas for gitt i problemrepresentasjonen? Hva blir ikke nevnt?, 5) Hvilke effekter skaper denne

problemrepresentasjon?, og 6) Hvordan blir denne problemrepresentasjon reproduisert og forsvart? (Bacchi, 2009).

Da jeg i min avhandling har valgt å studere politiske føringer så vurderer jeg tilnærmingen til Bacchi – en kombinasjon av diskursanalyse og policyprosess med fokus på problemstillinger i policytekster, som en egnet metode for å undersøke hvilke antakelser de politiske føringer baserer seg på. Jeg følger ikke Bacchi's spørsmål slavisk, men bruker dem, som anbefalt, heller som en analyseramme. Videre kombinerer jeg metoden med en kritisk diskursanalytisk tilnærming, modellen til Fairclough, hvilken presenteres i neste avsnitt.

### 3.9.3.3 Fairclough – en modell for kritisk diskursanalyse

I dette kapittel redegjør jeg først for en generell tilnærming til kritisk diskursanalyse, deretter går jeg inn på Faircloughs tredimensjonale modell.

#### 3.8.3.3.1 Kritisk diskursanalyse

Kritisk diskursanalyse (KDA) ønsker å undersøke relasjonene mellom diskursiv praksis og sosial/kulturell utvikling i sosiale sammenheng. Kritisk referer til at metoden inngående problematiserer det som fremstår som innlysende og sant i en diskurs. Formålet er å avdekke dominans og skjevheter i maktforhold. Teorien i KDA bidrar til å forklare hvordan språk og samfunn påvirker hverandre, mens tilnærmingene og metodene brukes for å undersøke spesifikke samfunnsområder der språket er med på å opprettholde eller forsterke skjevheter i de politiske, økonomiske og sosiale maktforholdene.

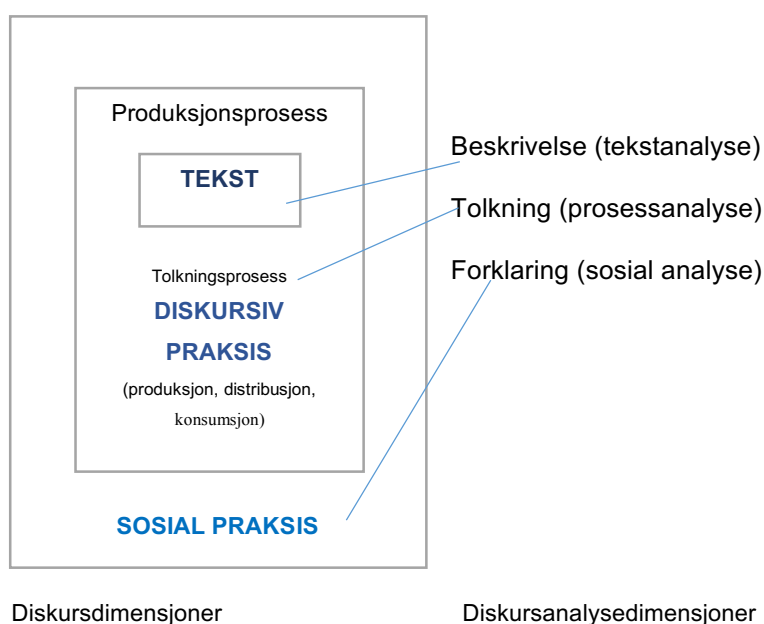
Betegnelsen KDA brukes på to forskjellige måter, dels som en betegnelse for Norman Faircloughs tilnærming og dels som betegnelse på den bredere retning innen diskursanalysen, som Faircloughs tilnærming tilhører (Winter Jørgensen & Phillips, 2002). Faircloughs tilnærming innenfor KDA betraktes som den mest utviklede teori og metode til forskning på kultur, kommunikasjon og samfunn (ibid., p. 72).

De kritisk diskursanalytiske tilnærmingene har fem felles trekk; 1) *Analyse av tekst- og sosiokulturell dimensjon*, sosiale og kulturelle strukturer har en delvis lingvistisk-diskursiv karakter og tekstanalyser kan bidra til å avdekke forhold og bidra med nye dimensjoner innenfor tradisjonell samfunnsvitenskapelig forskning, 2) *Diskurs som en sosial praksis*, diskurs er en form for sosial praksis som både konstituerer og konstitueres av sosial praksis, 3) *Diskurs er ideologisk* som følge av at diskursiv praksis bidrar til å skape og

opprettholde maktforhold. Man ønsker å avdekke hvordan den diskursive praksisen bidrar til å opprettholde ulike maktforhold, 4) *Ikke politisk nøytral*, kritisk diskursanalyse er en tilnærming som er politisk engasjert i sosial forandring, 5) *Tre funksjoner*, diskurser har en identitets-, en relationell og en meningsskapende funksjon (ibid., p. 73-79).

### 3.8.3.3.2 Faircloughs tredimensjonale analysemodell

Faircloughs tredimensjonale modell kombinerer tekstanalyse med sosial analyse for å studere hvordan samfunnsmessige forhold påvirker og påvirkes av tekster (ibid., p. 73). Modellen har en praktisk tilnærming der tre dimensjoner både sees i sammenheng med hverandre og analyseres hver for seg; teksten, den diskursive praksis og den sosiokulturelle komponenten (Fairclough, 2008, pp. 28-29).



*Faircloughs tredimensjonale analysemodell (min oversettelse, basert på Fairclough, 2008, p. 29).*

Hver diskursiv begivenhet inneholder de tre dimensjonene. En muntlig eller skriftlig tekst, og en detaljert analyse, utgjør modellens første og innerste dimensjon. Deretter følger fokus på den todelte diskursive praksis. Det dreier seg både om tekstforfatterens produksjon av teksten og hvilke fortolkninger mottakeren benytter ved konsumering av teksten. Disse to aspektene er vanskelige å separere analytisk og studeres derfor samlet. Den ytterste dimensjonen, sosial praksis, knytter tekst og sosial praksis sammen og analyserer hvorvidt diskursiv praksis bidrar til å opprettholde eller restrukturere sosial

praksis. Dette gir analysen et samfunnsvitenskapelig perspektiv (Winter Jørgensen & Phillips, 2002, p. 79-83).

Modellen viser tre komplementære måter å lese en kompleks sosial begivenhet på. Mellom disse dimensjoner oppstår det en gjensidig påvirkning som er selve drivkraften i KDA.

Modellen skal brukes som et bredt analytisk rammeverk hvor dimensjonene både overlapper hverandre og forholder seg til hverandre, også på tvers av dimensjonene (ibid.).

Diskurs som tekst

Begrepet tekst brukes i utvidet forstand. Tekster kan være muntlige, skriftlige, hendelser og gjenstander (Fairclough, 2008, p. 26).

Diskursorden og makt

Diskurser er i en evig kamp om meningsdannelse og når en viss mening er bredt akseptert anses tegnene som midlertidig fastlåste. Diskursen er lukket for fortolkning og har hegemoni. En diskursorden er det hierarkiet av alternative virkelighetsoppfatninger som et saksfelt er forbundet med. Det setter rammene for tilgjengelige diskurser, samtidig som aktører kan endre diskursordenen ved å trekke inn elementer fra andre diskurser eller artikulere diskurser på nye måter (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 72).

Makt legger grunnlaget for mulighetene i det sosiale rom. Diskursiv praksis er del av en sosial praksis som involverer maktrelasjoner. Da diskursiv praksis er et aspekt av en hegemonisk kamp, som bidrar til reproduksjon og endring av den diskursorden den inngår i, er diskursiv praksis også med på å endre eksisterende maktrelasjoner (Fairclough, 2008). Denne oppgaven dekker ikke den fullstendige diskursordenen på feltet, men kan vurdere hegemoni innenfor diskursene som analyseres.

Diskurs og praksis gjensidig konstituert

KDA betrakter diskurs og praksis i et dialektisk forhold der diskurs både konstitueres av, og virker konstituerende på sosial praksis (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 62). I noen tilfeller kan sosial praksis være fullstendig konstituert av diskursiv praksis, mens det i andre tilfeller vil dreie seg om en blanding av diskursive og ikke-diskursive praksiser. KDA erkjenner at visse sosiale fenomener fungerer utenfor en diskursiv praksis og må studeres ved bruk av andre analyseverktøy (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 18–19).

Lingvistiske analyseredskaper

Fairclough har et relativt stort utvalg av lingvistiske analyseredskaper. Jeg presenterer her de som jeg tar i bruk i min diskursanalyse.

*Intertekstualitet*, er når det i en tekst finnes elementer fra andre tekster, eller andres stemmer, andre tekster kan siteres eller refereres til. Jeg tar i bruk dette analyseredskap for vurdere i hvilken grad mine tekster inneholder slike sitater eller referanser. (Fairclough, 2003, p. 218)

*Antakelser*, er implisitte utsagn, antakelser og eksplisitte selvfølgeligheter som finnes i teksten (ibid.). Dette redskap tar jeg i bruk for å analysere tekstene og se etter slike selvfølgeligheter og antakelser i mine tekster.

For å svare på min avhandlings problemstilling har jeg valgt å gjøre en to-delt case studie. Dette krever en dokumentanalyse og en intervjuundersøkelse. Fairclough's tilnærming bruker jeg til slutt for å knytte sammen mine to metodiske tilnærminger.

I dette kapittel har jeg redegjort for de teoretiske perspektiver som jeg tar i bruk i min avhandling. Perspektivene kompletterer hverandre og utgjør et teoretisk rammeverk som i sum danner de forventninger jeg har til hvordan virkeligheten ser ut innenfor avhandlingens problemområde.

I det følgende kapittel presenterer jeg min metodiske tilnærming og avhandlingens forskningsdesign. Kapittelet, som er en redegjørelse av hvordan jeg har kommet frem til mine analytiske funn, fungerer som et bindeledd mellom avhandlingens teori, presentasjon av funn og drøfting av funn. Jeg gjør rede for, og begrunner de metodiske valg jeg har tatt, og vurderer også hvilken betydning og konsekvenser disse valg kan ha hatt.

## 4 Metode og forskningsdesign

Metode og forskningdesign beskriver hvilken fremgangsmåte jeg har benyttet for å besvare avhandlingens problemstilling. Metoden er med på å forme svaren og det endelige resultatet. I min studie har jeg hatt til hensikt å undersøke hvordan politiske føringer blir forstått og operasjonalisert i en politisk organisasjon. Dette er et følsomt tema som setter krav til en subtil metodisk tilnærming. Samvalg er et emosjonelt ladet begrep som underbygges av sterkt positivt demokratisk ladede føringer som stiller høye krav til ledere og klinikere, men som kan være vanskelig å leve opp til i klinisk praksis. Dette medfører at det også kan være utfordrende å undersøke. Det er en vanskelig og krevende oppgave å avdekke holdninger og reell klinisk praksis relatert til et slikt verdiladet begrep.



Min problemstilling ”Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg” krever to forskjellige metodiske tilnærminger. Det er behov for både en dokumentstudie, som kan klarlegge hvilke føringer som foreligger, og en dypgående studie med intervjuer som kan avdekke hvordan disse føringer tolkes og operasjonaliseres i en spesifikk kontekst (Merriam, 2009, p. 41). Jeg er dermed i behov av en todelt case-studie, hvilken kan gi meg informasjon om både det unike caset, interaksjonen mellom caset og fenomenet samvalg og informasjon om samvalg i seg selv (Merriam, 2009, p. 43).

En slik studie krever en tilnærming der forskeren er lydhør og kan etablere en respektfull forståelse for den enkelte og dennes individuelle kontekst. Det fordrer et møte ”ansikt-til-ansikt”, i fortrolighet og gjennom etablering av en relasjon med en gjensidig tillit. Dette nødvendiggjør en kvalitativ tilnærming med et intensivt design der forskeren får lov til å ”gå i dypet” på respondentene og få informasjon som kan bidra med svar på problemstillingen. En kvantitativ undersøkelse har ikke mulighet å tilfredsstille disse krav og kan neppe gi et pålitelig resultat.

I min avhandling har jeg tatt i bruk en hermeneutisk metode med utgangspunkt i en induktiv tilnærming til ett enkelt case. Jeg har samlet inn data gjennom dokumentanalyse og intervjuer, videre har jeg strukturert og kategorisert det for å så analysere og tolke empirien innenfor det teoretiske rammeverket i min avhandling (Jacobsen, 2005, pp. 37-38). Det metodiske opplegget preger disposisjonen av dette kapittel. Jeg starter med å redegjøre for fremgangsmåten ved min dokumentstudie, deretter beskriver jeg den mer dybgående studien der jeg har benyttet meg av individuelle intervjuer.

Slutligen beskriver jeg hvordan jeg har tatt i bruk den ytterste dimensjonen i Fairclough’s analysemodell og knytter diskursiv og sosial praksis sammen, og ser på hvordan de forholder seg til hverandre. Dette gir den slutlige analysen et samfunnsvitenskapelig perspektiv.

#### **4.1 Dokumentanalyse – Diskursanalytisk fremgangsmåte**

I dette underkapittel gjør jeg rede for gangen i min dokumentstudie. Jeg har benyttet meg av en diskursanalytisk fremgangsmåte. Grunnen til dette er at det ikke var den ordrette teksten i seg selv som var målet med analysen. Jeg ønsket å se nærmere på teksten for å få tak i den underliggende mening og avdekke sosiale og politiske fenomener. Da diskursanalyser har til hensikt å etablere kunnskap om meningsdannelse vurderte jeg dette

som en hensiktsmessig metode (Jørgensen & Phillips, 2002). De diskursanalytiske metoder jeg har tatt i bruk er ment å gi et rimelig bilde av de tekster jeg analyserer og jeg har etterstrebet å ikke tilskrive teksten mening etter eventuelle teoretiske forventninger, der det ikke finnes. De tre velferdsdiskursene (presentert i teorikapitlet) utgjør en innfallsvinkel som både muliggjør en systematisk studie av diskurser og identifiserer nøkkelelementer som kan bidra til å strukturere analyse materialet, samtidig som det danner en ramme for analysens forventninger (ibid.).

I de følgende underkapittel beskriver jeg min trinnvise fremgangsmåte. Jeg starter med utvalg og presentasjon av tekstmateriale. Så følger valg av diskurs og gjennomlesing av tekst. Etter dette gjør jeg rede for hvordan jeg har tatt i bruk mine diskursanalytiske metoder. Til slutt runder jeg av med noen betraktninger rundt metodologiske utfordringer ved bruk av diskursanalyse.

#### 4.1.1 Valg og avgrensing av materialet som skal analyseres

Det første trinnet i min dokumentanalyse bestod av å definere noen kriterier for valg av tekstmateriale, slik at jeg kunne avgrense mitt materiale i tid og rom, og dermed få mest mulig relevante data (Jørgensen & Phillips, 2002). Her tok jeg utgangspunkt i det forskningsspørsmål jeg ønsket å besvare ”Hvilke føringer for samvalg foreligger på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå?”

Samvalg er en internasjonal trend og forskningsspørsmålet omhandler hvordan norsk politikk legger føringer for samvalg for ledere i spesialisthelsetjenesten. Dette begrenset mitt materiale til policydokumenter med tema samvalg. Da et enkelt dokument ikke er nok for å hevde at det eksisterer en diskurs, tok jeg i bruk flere policydokumenter på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Dermed hadde jeg *avgrenset mitt materiale i rom*. Neste trinn var å *tidsavgrense diskursen*. Tematikken, samhandling mellom bruker og helsepersonell har vært drøftet lenge. Samvalg, derimot, er en moderne diskurs. Med bakgrunn i interessen for nasjonale føringer som har blitt tatt videre i systemet, vurderte jeg at det første nasjonale dokumentet med føringer om samvalg å være en begynnende avgrensing til dette felt (Neumann, 2010).

Jeg tok utgangspunkt i mine definerte kriterier og søkte på Regjeringen.no med søkeord ”samvalg” for å finne relevante dokumenter. Resultatet var 14 dokumenter/tekster. To av disse var tale/innlegg fra Helse- og omsorgsministeren, en var en artikkel og en var en brosjyre. Disse vurderte jeg som ikke relevante med bakgrunn i at de ikke er styrende

dokumenter. Første gang begrepet samvalg ble brukt i et politisk dokument var i 1997. Begrepet bruktes da i en annen betydning (nytte-kostnadsanalyser for transportsektoren) og ble dermed vurdert som ikke relevant for min avhandling.

Jeg valgte å ikke ta med Stortingsmelding 28 da den kun omhandlet legemiddelbehandling og kun nevnte samvalg ved en anledning. Jeg tok heller ikke med proposisjonen, som omhandlet budsjettåret 2016. Jeg merket meg at den kun nevnte samvalg ved en anledning, dette i sammenheng med riktig legemiddelbruk.

Som relevante dokumenter på regionalt og lokalt helseforetaksnivå valgte jeg ut de årlige dokumenter som gir styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet til det enkelte RHF og derfra videre til det enkelte lokale helseforetak. Videre spurte jeg kvalitetssjefen ved Sykehuset i Telemark etter sykehusinterne prosedyrer eller retningslinjer for samvalg. Dette eksisterte ikke. Jeg fortsetter nå med en kort presentasjon av det utvalgte tekstmateriale.

Dermed besto mitt tekstmateriale av åtte dokumenter. I disse ble samvalg brukt, i en sammenheng med helsevesenet, første gang i mai 2015.

#### 4.1.2 Tekstmaterialet

Det neste jeg gjorde var å skaffe meg både en generell og en mer spesifikk oversikt av de utvalgte politiske dokumentene. Grunnen til dette var at jeg ønsket å få en kontekstuell bakgrunnsforståelse til disse tekstene, dels få kjennskap til forfatter, og dels forstå saksgangen i de dokumenter som er uttrykk for politiske styringssignaler.

Denne oversikt kan muligens virke unødvendig og plasskrevende, og jeg har vært i tvil om den skulle med i avhandlingen eller kun være til mitt eget bruk. Derfor har jeg landet på en mellom-løsning. Oversikten er lagt som et vedlegg til denne avhandling. Dermed kan leseren selv velge om den ønsker å studere denne oversikt eller ikke.

I det følgende gir jeg en kort oppsummering av tekstmaterialet.

Dokumenter – generell oversikt

*Norges offentlige utredninger*, NOU, er første trinn i en offentlig beslutningsprosess på et spesifikt felt.

*Stortingsmelding*, er et uttrykk for regjeringens politikk på et spesifikt felt.

*Proposisjon*, regjeringen foreslår at Stortinget skal fatte et vedtak på et spesifikt område.

*Oppdragsdokument*, inneholder HOD`s krav til hvert RHF for det påfølgende år.

*Oppdrag og bestilling*, det enkelte RHF gir styringssignaler for hvert enkelt helseforetak.

Dokumenter – spesifikk oversikt av de utvalgte dokumenter

*NOU 2015:11 Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten*

*NOU 2016:25*, utreder organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten.

*Meld. St. 11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, er en helhetlig plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

*Meld. St. 12, Kvalitet og pasientsikkerhet (2015-2016)* den andre årlige meldingen.

*Meld. St. 13, Kvalitet og pasientsikkerhet (2016-2017)* den tredje årlige meldingen.

*Meld. St. 34, Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering (2015–2016)*.

*Oppdragsdokument 2017, Helse Sør-Øst RH*.

*Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Telemark HF*.

Etter denne presentasjon av mitt utvalgte tekstmateriale, går jeg videre med å redegjøre for hvordan jeg valgte ut og avgrenset diskurs.

#### 4.1.3 Valg og avgrensing av diskurs

Med bakgrunn i forskningsspørsmål 1 så var det fenomen jeg ønsket å studere, hvilken mening begrepet samvalg gis i policydokumenter. For å kunne studere dette fenomen så var jeg nødt til å avgrense og definere det. I min avhandling bruker jeg diskurs som et analytisk og strategisk verktøy det vil si at jeg behandler diskurser som konstruerte objekter. Dette medfører at jeg må avgrense diskursen/e i henhold til problemstillingen og avhandlingens teoretiske rammeverk (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 143). I teorikapitlet redegjorde jeg for tre velferdsdiskurser og hvordan man kan forstå konstruksjonen av brukermedvirkning i en samfunnsmessig helsekontekst. Dette teoretiske rammeverket avdekker hva slags diskurser jeg kan forvente at dokumentene samles rundt. Hvorvidt dokumentene knytter seg til en eller flere, eller opererer utenfor disse tre diskursene vurderes i analysen. Jeg fortsetter nå med å redegjøre for min gjennomlesing av de utvalgte tekster.

#### 4.1.4 Gjennomlesing av tekst

Mitt neste trinn var å lese disse dokumenter. I dette arbeid la jeg ikke like stor vekt på samtlige deler av dokumentene, men hadde fokus på de seksjoner som var relatert til spesialisthelsetjenesten og begrepet samvalg. Ved gjennomgang av dokumentene så markerte jeg de seksjoner, overskrifter, passasjer ets under hvilket samvalg ble presentert.

Dette arbeid hadde flere funksjoner. Jeg fikk en oversikt over tekstmaterialet og jeg oppdaget raskt i hvilken grad ulike dokumenter hadde tekst som omhandlet samvalg. I denne gjennomgang oppdaget jeg at det kun var de nasjonale politiske dokumenter som inneholdt direkte omtaler av, eller føringer for samvalg. Dermed tok jeg et valg om at i mitt videre arbeid fokusere på de nasjonale politiske dokumenter. Det redegjøres mer inngående for disse funnen i kapittel 5.1, men dette er den umiddelbare implikasjonen. Videre tok jeg et valg om å gå bredere ut og ta i betraktning, ikke bare de få setninger der samvalg ble omtalt, men også den kontekst i hvilken samvalg ble presentert. Dermed gjennomgikk jeg tekstene ytterligere en gang og gjorde ytterligere markeringer. Derigjennom hadde jeg identifisert den tekst som jeg skulle bruke i det påfølgende analysearbeidet. Dette analytiske arbeid presenteres i neste underkapittel.

#### 4.1.5 Hvilke diskurser er representert i tekstene?

Neste trinn var at jeg ønsket å finne ut av hvilke forskjellige diskurser som var representert i disse dokumenter. For dette trengte jeg en strukturert oversikt over det relevante innholdet i dokumentene. Jeg tok utgangspunkt i de observasjoner og markeringer jeg hadde gjort tidligere, i 4.1.4, og min oversikt fra, 4.1.2, og lagde en matrise. For hvert enkelt dokument lagde jeg en oversikt over; 1) dokumentets tittel, 2) kapittel-overskrift/hovedtema, 3) underkapittel-tema, 4) kontekst, for begrepet samvalg og hvordan begrepet ble omtalt. Jeg gikk så igjennom denne oversikt og markerte med ulike farger de setninger, ord, og begreper som, i følge min tolking, var uttrykk for ulike diskurser. På denne måte kunne jeg identifisere hvordan begrepet samvalg var knyttet til ulike diskurser i ulike dokumenter og samtidig få en samlet oversikt over de representerte diskurser.

Dokument-tittel	Kapitteloverskrift hovedtema	Underkapittel tema	Kontekst for begrep Hvordan begrep omtales
NOU 2016: 25 Norges offentlige utredninger – NOU er en grundig offentlige utredning av	Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover	Samhandling og medvirkning	Organisasjonsmodellen skal sikre <i>pasienter og brukere innflytelse på tjenestetilbudet</i> – samvalg

Matrise, analyse 4.1.5

Denne kategorisering resulterte i at jeg identifiserte ni diskurser som i ulik grad var gjennomgående i disse dokumenter. Disse diskurser var; maktdiskurs, verdidiskurs, medvirkningsdiskurs, ressursdiskurs, prioriteringsdiskurs, kvalitetsdiskurs, ansvarsdiskurs, rettighetsdiskurs og samarbeidsdiskurs. Disse diskurser som jeg i lys av mitt teoretiske rammeverk, betraktet som *diskurser* i en overordnet velferdspolitisk *diskursorden*, tok jeg med videre til neste trinn (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 72)

#### 4.1.6 Identifikasjon av diskursens representasjoner

Neste trinn i min diskursanalytiske tilnærming var å identifisere diskursens representasjoner. I mange tilfeller kan man identifisere flere representasjoner, hverav en ofte er dominerende (Neumann, 2010) Her valgte jeg å ta i bruk WPR metoden, hvilken egner seg godt til analyse av politiske dokumenter (Bacchi, 2009). I denne analyse gikk jeg litt bredere ut og analyserte større deler av de seksjoner som omhandlet samvalg. Jeg studerte dokumentene og lagde en oversikt over tiltaksbeskrivelser, planlagte resultater og tilknyttede diskurser. Ut fra dette ønsket jeg å kunne utlede hvordan problemet hadde kommet til, og hva som ble sett som uproblematisk, det vil si tatt for gitt. Dette opplever jeg sammenfaller med analyseredskapet *Antakelser* (Fairclough, 2003, p. 218), dermed tok jeg i bruk dette redskap.

Ut fra dette håpte jeg å kunne identifisere maktposisjoner og relasjonelle forhold og derigjennom gjøre meg antakelser om de bakenforliggende virkelighetsforståelser knyttet til de ulike tiltak som var relatert til samvalg. Et eksempel på hvordan dette kunne se ut er gjengitt nedenfor.

Hvordan beskrives problemet?			Bakenliggende forestilling/antakelse	Hvordan har problemet kommet til?	Hva utelates (uproblematisk)	
Tiltak	Diskurs tiltaket knyttes til	Hva skal bli resultatet av tiltak?	Virkelighetsforståelse			Diskurs
Økte økonomiske bevilgninger til helsesektoren	Ressurs Fordeling	*Minsket unødvendig venting på helsehjelp *Økt	*Alle har like rettigheter til helsehjelp *Alle har like rettigheter til kvalitet i tjenester	Midler har ikke blitt fordelt på en hensiktsmessig måte som skaper	*Hvordan økon midler skal brukes *om det er gjort en analyse som	Demokrati- og rettighetsdiskurs

Tabell, analyse 4.1.6

Som et resultat av denne analyse kunne jeg identifisere at de ulike presenterte tiltaken ikke var knyttet til en spesifikk virkelighetsforståelse men kunne relateres til de tre ulike velferdsdiskursene; demokrati- og rettighetsdiskurs, markedsdiskurs og samvalgsdiskurs.

Resultatet fra denne analyse tok jeg med videre til neste trinn i prosessen. Dette trinn beskrives i det følgende underkapittel.

#### 4.1.7 Velferdsdiskurser og relaterte problemløsninger

På bakgrunn av resultatet fra den tidligere analysen gjorde jeg en ny kategorisering der jeg kategoriserte de identifiserte tiltak/problemløsninger ut fra hvilken av de tre velferdsdiskursene de sprang ut fra. Her tok jeg igjen i bruk en matriseløsning. Et eksempel på dette vises nedenfor.

Velferdsdiskurs	Tilnærminger til begrepet Empowerment/Brukermedvirkning.	Kategorisering av problemløsning(tiltak/virkemidler)/i styrende dokumenter, Representasjon(Virkelighetsforståelse)
Demokrati- og rettighetsdiskurs	<b>Empowerment som motstand/motmakt</b> – stammer fra mobilisering av motstand mot de diskriminerende og undertrykkende sosiale samfunnsstrukturer. Askheim, 2014 <b>Brukermedvirkning</b> – individers rettigheter som borgere til å kunne påvirke viktige livsområder gjennom medborgerskapet. Et viktig steg i	Ressurser omfordeles til de områder der det er behov – for å oppnå likeverdige helsetjenester, likeverdig tilgjengelighet, økt og minsket variasjon i kvalitet, økt trygghet for pas, brukere, pårørende – Rettferdighet Prioriteringskriterier – gir rettferdighet (rettferdig bruk av ressurser) (gap mellom med muligheter og samfunnets ressurser) Kriterier for prioritering (Nytte, Ressurs, Alvorlighet) bestemmes av staten

Matrise analyse 4.1.7

Funnen fra denne analyse presenteres i kapittel 5.1. Som avslutning på dette underkapittel belyser jeg noen metodologiske utfordringer ved bruk av diskursanalyse.

#### 4.1.8 Metodologiske utfordringer

Diskursanalyse har til hensikt å utforske mønstre i språk og identifisere hvordan ulike diskurser skaper en viss virkelighetsoppfatning. En betingelse for et slikt arbeid er at forskeren innehar en viss grad av kulturell kompetanse. Da jeg har bodd i Norge i tyve år, arbeider innen helsesektoren og tar del av det samfunn og den kollektive identiteten som studeres, så vurderer jeg at jeg innehar den nødvendige kulturelle kompetanse til å på en hensiktsmessig måte utføre en diskursanalyse. Da jeg er kjent med ulike konvensjoner og uttrykk i tekster kan jeg ta i bruk diskursanalytiske verktøy som kan demonstrere variasjoner i mening. Mine tyve år i helsevesenet kan samtidig være en utfordring, da det kan vanskeliggjøre min distansering fra meninger og uttrykk som tas for gitt innen en viss forståelse – nettopp fordi analysen fokuserer på hvordan noen uttalelser aksepteres som selvfølgeligheter. Det teoretiske rammeverket som jeg bruker i min avhandling er derfor en god støtte som kan bidra til å distansere meg fra forståelser jeg er i fare for å ta for gitt (Neumann, 2010, pp. 50–51). Det teoretiske perspektivet, med tre velferdsdiskurser, som jeg bruker i min avhandling er vesentlig for å ramme inn analysen. En slik forhåndsgitt analyseramme kan samtidig innebære en fare for å overse uttalelser som eventuelt faller utenfor de tre dimensjonene. Dermed kan det skape usikkerhet om hvorvidt analyserammen faktisk er en forhåndskonstruert modell eller et resultat av studien (Bergström & Boréus, 2005, p. 171).

Med bakgrunn i de metodologiske utfordringer som ligger i bruken av diskursanalyse og mitt ønske om mest mulig vitenskapelighet har jeg etterstrebet å gjøre analyseprosedyrene mest mulig eksplisitte og transparente (King, Keohane & Verba, 1994, p. 8). Videre har jeg i presentasjonen av mine funn eksemplifisert og dokumentert analysen ved å bruke sitater for å understøtte konklusjonene. Dette gir innsikt i tilknytningen mellom de faktiske observasjonene og det teoretiske rammeverket, samt styrker analysens etterprøvbarehet. Jeg har etterstrebet å ikke ta sitatene ut av sin sammenheng.

Refleksjoner rundt kausalitet i diskursanalyse er omstridt. Mitt forskningsopplegg vil derfor ikke kunne konkludere med bastante slutninger om årsakssammenhenger mellom problemforståelse og politisk handlinger. Her støtter jeg meg til King et.al (1994, pp. 8–9)



som mener at en anerkjennelse av konklusjonenes usikkerhet er et premiss for å anse forskningen som vitenskapelig.

Ved metodologiske betraktninger angående validitet og reliabilitet forholder jeg meg til det jeg beskriver i underkapittel 4.2.12. Dette fører oss videre til min neste metode – intervjuundersøkelse – hvilken redegjøres for i neste underkapittel.

## **4.2 Forskningsdesign og metode – intervjuundersøkelse**

For å velge en hensiktsmessig type av interju tok jeg utgangspunkt i min deskriptive problemstilling og forskningsspørsmål 2 og 3. Jeg vurderte at jeg, med hensyn til dataenes ønskede validitet og reliabilitet, var i behov av en datainnsamlingsmetode der jeg kunne observere og lytte og derigjennom få tak i enkeltindividers varierende og nyanserte fortolkninger av fenomenet samvalg (Jacobsen, 2005). Mitt valg falt på det åpne individuelle intervjuet som er tett knyttet til et fortolkende, konstruktivistisk vitenskapssyn (ibid., p. 31). Av fare for å ikke få informasjon på viktige områder vurderte jeg at jeg ikke kunne ha en tilnærming med et helt åpent intervju. Samtidig ønsket jeg en tilnærming der respondentene hadde en viss frihet til å snakke om det de opplevde som interessant og viktig, og som dermed også var viktig for meg, og som jeg da kunne følge opp med spørsmål og utforske videre. Jeg opplevde at en tilnærming med semi-strukturert intervju tilfredstilte disse krav (Hesse-Biber & Leavy, 2011, p. 102).

Et alternativ til det individuelle intervjuet hadde vært gruppeintervju. Men da hadde jeg ikke fått frem den enkelte respondents opplevelse. Gruppeintervjuets relasjonelle tilnærming med følsomhet for makt- og dominansforhold kunne i tillegg vært et hinder for datainnsamling i en gruppe med ledere på ulike nivåer i et hierarkisk helsevesen (Jacobsen (2005, s. 142). I det følgende gjør jeg rede for gangen i arbeidet med min individuelle semi-strukturerte intervjuundersøkelse

### **4.2.1 Utarbeiding av intervjuguide**

Hensikten med min studie er å undersøke hvordan politiske føringer forstås og operasjonaliseres i en politisk organisasjon. Som jeg har beskrevet i begynnelsen av dette kapittel, kan dette være utfordrende å undersøke da det krever en intensiv tilnærming der forskeren kan ”gå i dypet” på respondentene slik at de kan gi utfyllende og beskrivende svar, ”a thick description”. Jeg vurderte at en tilnærming med åpne spørsmål best skulle tjene dette formål (Patton, 2015, p. 606).

Da jeg skulle utarbeide spørsmål til intervjuundersøkelsen så tok jeg meg god tid. Om jeg skulle kunne trekke ut den informasjon jeg ønsket måtte jeg stille gode spørsmål der det enkelte spørsmåls formulering var godt gjennomtenkt (Merriam, 2009, p. 95). Med disse premisser som bakgrunn startet jeg med å utarbeide en intervjuguide, dvs et oppsett med hovedområder og underliggende spørsmål som dekket de områder mitt studie hadde til hensikt å belyse (ibid, s. 103). I arbeidet med intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i mine forskningsspørsmål. Disse avspeilet de ulike deler av problemstillingen som jeg mente det var viktig å undersøke for å få svar på mitt spørsmål. Videre avspeilet disse områder også studiets begrepsmessige og teoretiske innramming. Når jeg skulle strukturere intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i Pattons kategorisering (2015, p. 444). Denne strukturering hjalp meg med å skille mellom ulike typer av spørsmål og gjøre meg klar over hva det var jeg egentlig ønsket å vite noe om (ibid.).

Da jeg har en forforståelse av det jeg skal forske på så bærer min avhandling preg av en hermeneutisk metodologisk tilnærming. For å minske risikoen for å legge føringer for respondentenes svar og dermed havne i en deduktiv felle så har jeg etterstrebet å bruke færrest mulig teoretiske begreper i intervjuguiden (Nilssen, 2012). I neste avsnitt beskriver jeg den intervjuguide som er resultatet av de ovenstående betraktninger og vurderinger.

#### 4.2.2 Intervjuguide

Innledende spørsmål/ bakgrunnsopplysninger

Jeg startet intervjuguiden med noen innledende spørsmål. Hensikten var at informanten skulle bli litt kjent med meg, slik at denne skulle oppleve intervjusituasjonen som mest mulig trygg og uanstrengt. Videre ønsket jeg at få kunnskap om hva som karakteriserte den enkelte informant i henhold til dennes bakgrunn og mulig kontekstuell forforståelse av studiets tema (Patton, 2015, p. 444).

Kunnskap/faktabeskrivelse av organisasjonskontekst

Jeg fortsatte intervjuguiden med kunnskapsspørsmål. Her ønsket jeg å få frem rene fakta om den kontekst som informanten ansvarer for. Hensikten med dette var å få frem informasjon om størrelsen, spennvidden og pasientgrunnlaget i den kontekst der samvalg skal utøves (ibid.).

Samvalg – kunnskap, holdning,

Neste del av guiden hadde til hensikt å utforske på hvilken måte informanten hadde fått informasjon om begrepet samvalg. Med bakgrunn i min egen hermeneutiske prosess

(beskrevet innledningen) mente jeg at dette var meget vesentlig da dette var en del av den enkelte informants forforståelse som i i høy grad kunne bidra til å forme dennes opplevelse av begrepet. I tillegg til dette ønsket jeg å få innsikt i hvordan den enkelte informant opplevde og tolker begrepet, samt hva denne forstod som målet med samvalg. Jeg mente at dette bidro til å legge et grunnlag for hvordan den enkelte informant arbeidet med å operasjonalisere samvalg i klinisk praksis.

Case – operasjonalisering av samvalg i egen kontekst

En meget viktig del av intervjuguiden var å få frem informantens beskrivelse av operasjonaliseringen av samvalg i egen kontekst. Her ønsket jeg å få frem informasjon som var mest mulig konkret og knyttet til den enkelte kliniske kontekst. For å understøtte dette og gjøre det enklere for informantene å komme med konkretisert informasjon så lagde jeg et case, en klinisk situasjon som var relatert til den enkelte klinikk-kontekst. De ulike trinnene i samvalgsprosessen, som er beskrevet i kapittel 2, ble så applisert på dette case.

Avslutning

Endelig, for å unngå å miste eller overse relevant informasjon, åpnet jeg opp for at informanten kunne nevne ting som denne hadde kommet på underveis under intervjuen eller som jeg ikke hadde tenkt på å spørre om.

Jeg fortsetter nå med å redgjøre for min utvelgelse relatert til analyseenhet.

#### 4.2.3 Valg av analyseenhet

Neste trinn i prosessen var å velge en analyseenhet. Denne utvelgelse måtte skje på flere nivåer (Merriam, 2009, p. 81).

*Helseregion* - Først måtte jeg velge helseregion. Jeg valgte ut Region helse Sør-Øst med begrunnelse i at det er det mest dominerende regionale helseforetaket og dermed kan det forventes at det har størst kapasitet tilgjengelig til å operasjonalisere føringer om samvalg.

*Helseforetak* - Så skulle jeg velge lokalt helseforetak. Jeg valgte bevisst å ikke gjøre undersøkelsen ved det helseforetak, Sykehuset i Vestfold, der jeg selv er ansatt. Av praktiske hensyn, med tanke på reisevei ved intervju, sto da mitt valg mellom Vestre Viken Helseforetak og Sykehuset i Telemark Helseforetak. Jeg tok kontakt med forskningsavdelingen på begge sykehus. Ved Vestre Viken hadde de ikke ha mulighet til å delta i intervjuer i tiden fremover. Ved Sykehuset i Telemark (SITH) var responsen meget positiv. Forsknings sjefen hadde prøvd å sette seg inn i begrepet samvalg men var usikker

på hvordan man skulle gripe det an. Hun mente at det var et interessant tema, og at en studie rundt dette også kunne komme sykehuset til gode. SITH er videre en virksomhet som jeg ikke har noen kontakt med i min arbeidshverdag, og som jeg heller ikke har noen private relasjoner knyttet til.

*Klinikk/Avdeling/Seksjon* - Neste utvelgelsestrinn var å velge ut klinikker som var aktuelle for min undersøkelse. Jeg ønsket å få mest mulig bredde i mitt utvalg, samtidig som det måtte være relevant, sammenlignbart og praktisk gjennomførbart. Jeg tok utgangspunkt i organisasjonskartet til SITH og undersøkte hvilke pasientgrupper de forskjellige klinikker, avdelinger og seksjoner behandlet. Jeg satte opp to kriterier som skulle bidra til å avgrense og styre mine valg av undersøkelsesenheter; 1) målgruppen pasienter skulle være voksne, myndige og tilregnelige – de skulle ha kognitive evner til å forstå det valg som presenteres, 2) det skulle være enheter som hadde problemstillinger der det var aktuelt for pasienter å velge mellom ulike behandlingsalternativer.

De seks klinikkene ved SITH er; Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken, Akutt beredskaps klinikk, Medisinsk service og Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling. Med bakgrunn i mine utvalgskriterier så valgte jeg først bort barne- og ungdomsklinikken, og akutt beredskaps klinikk. For å få mest mulig bredde i undersøkelsen, men samtidig få noe sammenlignbart, så valgte jeg ut klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling. Herunder ligger det tre avdelinger – Psykiatrisk sykehusavdeling, DPS nedre Telemark og DPS øvre Telemark. Jeg valgte bort psykiatrisk sykehusavdeling, grunnet mitt kriterium om tilregnelighet. I valget mellom to ulike DPS valgte jeg DPS nedre Telemark, dette med begrunnelsen om at en større avdeling gir økt sannsynlighet for policydokumenter. DPS nedre Telemark besto av åtte seksjoner. Jeg valgte bort akuttseksjoner, døgnavdelinger samt seksjon rus. Dette grunnet at det på disse seksjoner i høy grad kan være akutte situasjoner og pasienter som ikke er tilregnelige og dermed er muligheten for samvalg ikke til stede. I valget mellom to polikliniske seksjoner, Skien og Porsgrunn, så valgte jeg først ut Skien grunnet at den er større. Ved denne seksjon var det et lederskifte og det opplevdes som uhensiktsmessig for både den avtroppende og påtroppende leder å delta. Dermed falt valget på seksjon DPS Porsgrunn. Så stod valget mellom kirurgisk, medisinsk og medisinsk service klinikk. Da kreft er et meget aktuelt tema i forhold til samvalg valgte jeg bort medisinsk klinikk som ikke utreder eller behandler pasienter med denne problematikk. Videre var det et valg mellom kirurgisk

klinikk og medisinsk service klinikk. Begge utreder og behandler pasienter med kreft. Da medisinsk service klinikk har en egen avdeling for kreft og håndterer et bredere spekter av kreftdiagnoser falt valget på dette. Seksjonens navn var Sengepost kreft, palliasjon og blodsykdommer.

Det neste jeg da måtte gjøre var å bestemme teoretisk populasjon og velge ut respondenter. Her tok jeg også i bruk organisasjonskartet til SITH. Jeg fortsetter nå med en redegjørelse av dette.

#### 4.2.4 Utvelgelse av respondenter

SITH er organisert slik at det på det øverste nivå er en administrerende direktør med stabfunksjoner. Herunder ligger seks klinikker med hver sin klinikk sjef og underliggende avdelinger med avdelingsleder og avdelingsoverlege, samt underliggende seksjoner med seksjonsleder.

Med bakgrunn i min problemstilling ”Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg?” og de underliggende forskningsspørsmål ”Hvordan opplever ledere på operativt nivå begrepet samvalg?” og ”Hvordan arbeider ledere med å operasjonalisere begrepet samvalg?” vurderte jeg den hensiktsmessige teoretiske populasjonen å være ledere på ulike nivåer i lederhierarkiet ved SITH. Når jeg da hadde valgt både aktuelle analyseenheter og teoretisk populasjon så var både de spesifikke respondentene og antallet respondenter i høy grad gitt. Klinikksjef, avdelingsleder, avdelingsoverlege og seksjonsleder på de klinikker, avdelinger og seksjoner som var de utvalgte analyseenheter, var mine respondenter.

Jeg så dette som et hensiktsmessig utvalg, *purposeful sampling*. Disse ledere på ulike nivåer måtte nødvendigvis være forskjellige med hensyn til ansvar, oppgaver og nærhet til klinisk virksomhet. Samtidig så virket de i den samme helsekontekst, var berørt av de samme nasjonale føringene og fenomenet samvalg. De hadde alle en gjensidig avhengighet og måtte nødvendigvis være rike på kunnskap – ha opplevelser og fortolkninger som gjorde dem til *information-rich cases* - som kunne bidra til at forskningsfeltet ble belyst på en bred og helhetlig måte (Patton, 2015, pp. 264-266).

Oppsummert betydde dette at jeg skulle intervjuere ledere på fire nivåer innen to forskjellige klinikker. Dvs totalt åtte intervjuer. Med utgangspunkt i min problemstilling, muligheter å

innhente relevante data og den praktiske gjennomførbarheten, så opplevde jeg at jeg hadde fått et adekvat utvalg av både antall respondenter og antall enheter (Merriam, 2009, p. 80).

En alternativ tilnærming hadde vært å, i tillegg til ledere, intervju klinisk personell som overlege, lege i spesialisering og sykepleier. Grunnet den tid som var til rådighet og oppgavens størrelse hadde jeg da vært nødt til å velge kun en klinikk som analyseenhet. Grunnet at det i stortingsmeldinger legges føringer for at implementering og operasjonalisering av samvalg er et ledelsesansvar så har jeg valgt å undersøke tolkningen av fenomenet fra et ledelsesperspektiv. Jeg mener også at en slik undersøkelse legger et grunnlag for en senere studie med hensikt å undersøke klinisk personells opplevelse og tolkning av fenomenet. Nå skal jeg beskrive hvordan jeg rekrutterte mine respondenter.

#### 4.2.5 Rekruttering av respondenter

Jeg etablerte kontakt med forskningsdirektør ved SITH, og sendte informasjon om både bakgrunnen for, og hensikten med min studie. SITH kom ikke med noen føringer om hvilke enheter som burde inngå i min studie. Etter at jeg hadde gjort mitt utvalg av analyseenheter og navngitte respondenter oversendte jeg denne informasjon.

Forskningsdirektøren sendte samtlige av de ansatte, med kopi til meg, en forespørsel om deltakelse. Responsen var positiv, samtlige bekreftet at de ønsket å delta. Videre sendte jeg da per mail hver enkelt av disse en informasjon om studiet (vedlegg 2). Jeg fulgte opp denne mail med en telefonsamtale og avtalte tidspunkt for intervju. Dette leder oss videre til en redegjørelse av noen karakteristikk ved den aktuelle gruppen respondenter.

#### 4.2.6 Karakteristikk av respondenter

Respondentenes alder varierte mellom 47 og 60 år. Kjønnfordelingen var fem menn og tre kvinner. Fem av respondentene var sykepleiere, samtlige av disse hadde en eller flere videreutdanninger innen fagfelt som psykiatri, ledelse, veiledning, etikk og livssyn. To av respondentene var legespesialister innen henholdsvis psykiatri og indremedisin, videre var en respondent biolog. Ansettelsestiden ved SITH varierte mellom 1 og 30 år og ansettelsestiden i nåværende stilling varierte mellom 1 og 10 år. Etter denne beskrivelse av respondentenes karakteristikk går jeg videre med å redegjøre for hvordan jeg samlet in mitt datamateriale.

#### 4.2.7 Innsamling av datamateriale

Hver enkelt respondent fikk selv bestemme tid og sted for gjennomføring av intervju. Min tanke bak dette var å tilrettelegge slik at respondentene kunne legge intervjuet til det

tidspunkt som passet dem best. Forhåpningen min var at dette skulle bidra til å gjøre intervjusituasjonen minst mulig stressende og dermed skulle jeg få mest mulig relevant og dypgående informasjon. Jeg ønsket videre at de skulle sette av tilstrekkelig med tid, men maksimalt 90 minutter. Dette med tanke på at det måtte være praktisk mulig i en travel arbeidsdag å sette av denne tid, samtidig som intervjuet ikke skulle være så langt at jeg risikerte at respondenten opplevde det ubehagelig og følte seg tvunget til å ”dikte opp” informasjon.

Under selve intervjuet forholdt jeg meg til intervjuguiden som et utgangspunkt. Jeg forklarte for respondentene at det kun var en mal, og at jeg også kom å stille oppfølgingsspørsmål. Denne åpenhet var viktig og gjorde at jeg fikk mulighet å følge opp ulike tema som kom opp. Samtidig ble resultatet at respondentene fikk ulike oppfølgingsspørsmål. Jeg hadde fokus på at spørsmålene i intervjuguiden ble stilt, men brukte også tid på å forklare i de tilfeller der respondenten opplevde spørsmålet som uklart. I de tilfeller der respondentene ikke kunne svare på spørsmålet så ble dette respektert. Jeg vurderte dette som en riktig respons og en viktig gest for å bevare en mest mulig god sosial relasjon under intervjuet og få mest mulig relevante data (Kvaale & Brinkmann, 2009, p. 47). Jeg opplevde at intervjusituasjonen og utdypende av spørsmålene var en balansegang. Jeg ønsket ikke å forklare så mye at jeg la føringer for respondentenes svar. Derfor tok jeg jeg ved noen anledninger et bevisst valg om å ikke utdype altfor inngående, med følge at respondenten ikke kunne svare.

I forhold til de spørsmålene som omhandlet operasjonalisering av samvalg så var det av stor betydning at fenomenet var knyttet opp mot et case som var faglig relevant for respondentene. Det var tydelig at dette medvirket til at spørsmålene opplevdes forståelige, interessante og relevante. Dette muliggjorde for respondentene å ha en mening om fenomenet og som følge at dette ble det enklere å besvare. Dermed fikk jeg relevant informasjon om et meget viktig fenomen. For å ta opp intervjuet brukte jeg mobiltelefon, i tillegg tok jeg notater underveis. Dette leder oss videre til neste avsnitt – transkripsjon av datamateriale.

#### 4.2.8 Transkripsjon av datamateriale

Neste trinn i prosessen var å transkribere mine intervjuer, dvs intervjuene skulle skifte form fra talespråk til skrivspråk (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 187). Jeg hadde til hensikt å transkribere fortløpende etter hvert intervju. Dette klarte jeg ikke å gjennomføre da flere

av intervjuene kom tett på hverandre, noen var på samme dag. For å få transkripsjonen mest mulig virkelighetsnær og pålitelig så valgte jeg å transkribere ord for ord. Jeg tok også med gjentakelser som ”ehhhh”, ”hmmmm” og markerte i teksten da respondenten smilte, lo eller hadde en pause. Denne nøyaktighet er jeg glad for i etterkant, da jeg ser at ord og setninger som under transkriberingen opplevdes som uvesentlige, senere viser seg å være en del av interessante funn. Plassering av komma og punktum under transkriberingen var en utfordring. Jeg opplevde at det ble påvirket av min tolkning av materialet. Ved flere tilfeller så endret jeg på komma og punktum da jeg lyttet til intervjuene på nytt. Jeg etterstrebet en mest mulig konsistent måte på tvers av intervjuene (ibid., p. 186). Under transkriberingsprosessen gjorde jeg meg tanker om datamaterialets innhold og hvordan dette sto i forhold til mine forskningsspørsmål, dermed startet kodingsarbeidet på en måte allerede her. Min mer systematiske kategorisering og koding beskriver jeg i neste avsnitt.

#### 4.2.9 Kategorisering og koding

Når intervjuene var transkribert innledet jeg kodingsarbeidet. Jeg startet med åpen koding. Ord, setninger og utsagn som var interessante og som på en eller annen måte sto i relasjon til min problemstilling eller forskningsspørsmål ble identifisert og markert. Dvs at mønstre i kjernematerialet ble klassifisert og bestemte derigjennom hva som var vesentlig (Nilssen, 2012). Parallellt med at jeg leste noterte jeg i margin, ord og begreper, som kom av refleksjoner knyttet til min bakgrunnskunnskap og den teori jeg lest. Disse ord og begreper var karakteriserende for det som jeg mente at datamaterialet omhandlet (ibid.). Jeg var interessert i å finne utsagn som kunne avdekke respondentenes holdninger, synspunkter og perspektiver på de områder som inngikk i min intervjuguide. Jeg var også interessert i å finne utsagn som kunne beskrive interne og eksterne forhold (Bogen & Biklen, 2003 i Nilssen, 2012, pp. 82-83).

I analysen av de innsamlede data har jeg tatt i bruk komponenter og begreper fra mitt teoretiske rammeverk. Dette har bidratt til å strukturere mitt innsamlede datamateriale. Andersen (2013, p. 120) benevner dette for teoretisk fortolkende eller teoriutviklende case. Koding og kategorisering har blitt gjort i to trinn. På trinn en, for å legge et første grunnlag til å identifisere funn relatert til det enkelte forskningsspørsmål, det enkelte moment i en samvalsprosess, den enkelte klinikk og det enkelte ledernivå. Dette var vesentlig for å undersøke om det kunne oppdages ulikheter mellom dels klinikker og dels ulike ledernivåer. På trinn to, for å relatere funnen til teori og videre drøfting ut fra de teoretiske



perspektiver som er presentert i teorikapitlet. Kategorisering reduserer og strukturerer et slikt stort datamateriale (Kvaale & Brinkmann, 2009, p. 210). I min kategorisering trinn en er kategoriene utviklede på forhånd mens de på trinn to er hentet fra teorien. Jeg fortsetter nå med å redegjøre for trinn en relatert til kategorisering og koding.

Kategorisering – trinn en

På det første trinnet i kategoriseringen, kodet jeg datamaterialet ut fra spørsmålen i intervjuguiden. Grunnen til dette er at jeg underveis i arbeidet med transkribering og gjennomlesing av datamaterialet oppdaget at jeg ikke alltid hadde fått direkte svar på mitt spørsmål eller at svaret dukket opp ved en annen anledning under intervjuet. For å fange opp slik informasjon gjennomgikk jeg intervjuer og kategoriserte utsagn under hvert spørsmål. Jeg merket svar/utsagn under hvert tema/spørsmål relatert til Medisinsk service klinikk og Klinikk psykisk helse og rusbehandling. Videre kategoriserte jeg svar ut fra det enkelte tema, den enkelte klinikk samt ledernivå, i en matrise. På denne måte fikk jeg en samlet oversikt over kunnskap, holdninger og tiltak samtidig som jeg kunne skille ut informasjon på ulike ledernivåer og den enkelte klinikk. Som et eksempel kunne kodingen vise seg slik:

Hvordan har respondenter fått informasjon/kunnskap om samvalg?		
	Medisinsk service klinikk	Klinikk for psykisk helse og rus
Klinikksjef	Ikke kjent med begrepet	Forelesning ved SIT
Avdelingsleder	Møte vedrørende pakkeforløp kreft, noen år siden, inf møte ved SIT	Via retningslinjer, gjennom KS prosjekt – Hva er viktig for deg?
Seksjonsleder	Ikke kjent med begrepet (lest seg opp før intervju)	Lederkonferanse der helseminister informerte om det
Overlege	Forelesning ved SIT	Arbeidet i utlandet og blitt kjent med begrepet der, diskutert på fagmøter internt.
<p>*Meget stor variasjon hvordan respondenter har fått informasjon om begrepet</p> <p>*2 st - Forelesning ved SITH/annen institusjon forteller om sin praksis og kunnskapssenteret – 1 år siden</p> <p>*Lederkonferanse – 2 år siden    *Konferanse om pakkeforløp -2-3 år siden    *Utlandsarbeid – flere år siden</p> <p>*I forrige arbeid – 2 år siden    *2 st – ikke kjent med begrepet</p>		

Kategorisering matrise 4.2.9

Dermed er den første kodingen og kategoriseringen karakterisert av forskningsspørsmål to og tre, og det er en kategorisering som er relatert til de spørsmål i intervjuguiden som er ment til kunne bidra med svar på disse spørsmålsstillinger. Under disse kategorier, representert av tema og spørsmål i intervjuguiden, ble det videre identifisert funn som er

relatert til det enkelte moment og gangen i en samvalgsprosess. Disse funnene presenteres i kapittel ”5.2”. Jeg beveger meg nå over til trinn to relatert til kategorisering og koding.

### **4.3 En felles kategorisering og klargjøring for drøfting**

På det siste trinn i prosessen med kategorisering, tok jeg utgangspunkt i funnene fra både min dokumentanalyse og min intervjustudie. Disse funnene er presentert i kapittel 5. Jeg tok i bruk modellen til Fairclough. Nærmere bestemt, den ytterste dimensjonen, sosial praksis. Derigjennom knyttet jeg tekst og sosial praksis sammen. Begrunnelsen for denne sammenslåing er å finne i min problemstilling ”Hvordan håndterer spesialisthelstjenesten føringer for samvalg?”. For å kunne svare opp dette spørsmål måtte funnene fra begge mine metodiske tilnærminger drøftes samlet. Hensikten var å kunne analysere relasjonen mellom diskursiv praksis og sosial praksis. Dette kunne dermed gi analysen min et samfunnsvitenskapelig perspektiv (Winter Jørgensen & Phillips, 2002, p. 79-83).

Dette ble ytterligere forsterket av min opplevelse av at det var et innfløkt samspill mellom disse tre forskningsspørsmål, som gjorde det uhensiktsmessig at drøfte dem hver for seg. Rent praktisk gjorde jeg slik at jeg gjennomgikk samtlige kategorier av funn. Jeg så på hvordan kategoriene i fra tekstanalysen og intervjuundersøkelsen kunne relateres til hverandre. På denne måten laget jeg nye felles kategorier. Jeg etterstrebet videre å forholde meg til den logiske gangen i min intervjuguide. Slik ble de gjenstand for en ytterligere kategorisering. unnen har blitt kategorisert ut fra teoretiske fellesnevnerne og drøftes med disse som utgangspunkt i kapittel ”6.2 Drøfting av funn”. Jeg vil bemerke at det i det empiriske materialet og drøftingen av funn oppdages en flokete sammenheng mellom de teoretiske perspektivene, hvilket gjør at det ikke har vært mulig å rendyrke et teoretisk perspektiv eller begrep i hver enkelt kategori.

#### **4.3.1 Forholdet mellom teori og data – drøftingen**

Avhandlingens teorikapittel inneholder det som kan oppleves som et relativt bredt spekter av teoretiske perspektiver. I kapitlet har jeg forsøkt å få frem de teoretiske perspektivenes relevanse og sammenhengen mellom de ulike teoretiske perspektivene.

Jeg har valgt å gjøre et klart skille mellom kapitlet som presenterer funnen og kapitlet som drøfter funnen. Begrunnelsen for dette er at jeg har etterstrebet å gi avhandlingen en tydelig struktur. Denne struktur har videre vært viktig for mitt arbeide med å skille funn og drøfting, slik at jeg har kunnet fokusere på en ting av gangen. Denne struktur har videre

vært meget viktig da min avhandling inneholder to separate metodiske tilnærminger og dermed separate underkapitler relatert til både metode og presentasjon av funn. I kapitlet ”Presentasjon av funn” skapte det en utfordring gjennom at jeg gjentatte ganger beveget meg over på drøfting med et ønske om å forklare funnen.

I min presentasjon av funnen bruker jeg utsagn fra det empiriske materialet som utgangspunkt for og eksemplisifisering av mine funn. Disse sitater får frem respondenternes stemmer, mens mine ord mer er kommentarer og en analytisk tilnærming (Nilssen, 2012, p. 26). Som en avslutning på kapitlet går jeg nå over til å diskutere noen etiske aspekter.

#### 4.3.2 Etiske aspekter

I min studie har jeg gjennomført en samfunnsvitenskapelig undersøkelse der jeg har studert mennesker. Jeg har, på en eller annen måte, invadert disse menneskers liv. Dette har bydd på noen etiske dilemmaer. Både i forkant av og under hele forskningsprosessen har jeg etterstrebet å ha med meg det etiske aspektet. Jeg forsikret meg, i forkant av intervjuene, om at respondentene var klare over hensikten med min undersøkelse, konfidensialitet, sin egen rolle i forskningen og en eventuell publisering av resultatet. Jeg forsikret meg også om at de var klare over at de hadde full rett til å trekke seg når som helst under forskningsprosessens gang. Respondentene fikk både skriftlig og muntlig informasjon og hadde anledning å komme med spørsmål (Hesse-Biber & Leavy, 2011, Jacobsen, 2005, Patton, 2015, pp. 496-498).

Jeg har gjort min studie i en kontekst med et mindre utvalg, åtte respondenter. Dette øker muligheten for at informantene kan identifiseres ut fra data. Mot denne bakgrunn har jeg i resultatet bevisst valgt å ikke sitere utsagn fra enkeltpersoner og angi profesjon, slik at det i minst mulig grad skal være mulig å identifisere den enkelte respondent. Videre har jeg ivaretatt dette, dels gjennom at sitater har blitt anonymisert og gjengitt på bokmål, og dels gjennom at jeg har vært forsiktig med å beskrive tolkninger knyttet til enkeltpersoner. Til slutt har jeg også tenkt nøye igjennom hvordan jeg presenterer følsomme data og veiet det opp mot oppgavens hensikt. Jeg har videre hatt fokus på å gjengi den enkelte respondent korrekt. Jeg har etterstrebet å være bevisst på i hvilken sammenheng informasjon har fremkommet og også tilsett at jeg har gjengitt sitater i riktig kontekst (Jacobsen, 2011, p. 44-50).

### 4.3.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

På samme måte som kvantitativ forskning må kvalitativ forskning også ta stilling til å legitimere kunnskapen som kommer frem. Det har vært, og er en pågående diskusjon om hvorvidt de positivistiske begrepene som validitet, reliabilitet og generaliserbarhet kan bruke i kvalitativ forskning. Selv om begrepene ikke kan overføres direkte til kvalitativ forskning, kan de likevel brukes som verktøy i arbeidet med å se på studiens pålitelighet og gyldighet (Kvaale & Brinkmann, 2009, p. 249).

#### Reliabilitet

Reliabilitet referer til forskningens troverdighet og pålitelighet. Dette omhandler både påliteligheten til kildene, men også hvorvidt uavhengige observasjoner og målinger av samme fenomen gir samme, eller tilnærmet likt resultat (Jacobsen, 2005; Merriam, 2009; Nilssen, 2012).

Som forsker er jeg selv et instrument som er med og påvirker forskningsprosessen. Jeg har reflektert over mine sterke og svake sider og tatt i betraktning at dette kan påvirke mine forskningsresultater. Med bakgrunn i dette har jeg bla arbeidet med å få frem tydelige spørsmålsstillinger og jeg har etterstrebet å ha en mest mulig nøytral og sakelig fremtoning under intervjuene (Jacobsen, 2005, pp. 144-145). Noen entydige kvalitetskriterier for forskningsintervjuer finnes ikke og det er heller ikke mulig å kontrollere verken intervjusituasjoner, bearbeiding av data eller analyse av data. For å etterstrebe en forskning som er mest mulig reliabel har jeg valgt å vie en stor del av denne oppgaven til metode, for å tydelig vise hvordan jeg har gått frem i denne forskningsprosess. På den måten kan leseren følge mine valg og veien frem til den ferdige oppgaven (Kvaale & Brinkmann, 2009, p. 185).

I min intervjuundersøkelse er enhver samtale unik og konteksten for hver enkelt intervjusituasjon har vært bestemmende for hvilken mening som har blitt resultatet. Det enkelte intervju viser hva respondenten mener på akkurat dette tidspunkt og i akkurat denne situasjon. Dette betyr at det ikke er mulig å gjennomføre eksakt samme undersøkelse. Med utgangspunkt i ovennevnte redegjørelse mener jeg dog at undersøkelsen er troverdig og pålitelig

#### Validitet

Validitet refererer til forskningsdataens gyldighet og relevans i forhold til tema og

problemstilling (Merriam, 2009). I kvalitativ metode kan validitetsbegrepet tolkes på en bredere måte gjennom å se på i hvilken grad en metode undersøker det den er ment til å undersøke, det vil si i hvilken grad den er troverdig (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 251).

I mitt forskningsprosjekt har jeg etterstrebet å ha en gjennomgående prosessvalidering, fra start til slutt. Kontroll, kritiske spørsmål og en kritisk distanse har gjennomgående vært viktig for å sikre gyldigheten i den kunnskap som er resultatet av mitt forskningsarbeid. Et eksempel på dette er å finne i beskrivelsen av min nøysomhet i transkriberingsprosessen. Videre bidro denne bevissthet rundt bruken av validering som et verktøy, til at jeg gjentatte ganger under analysearbeidet gikk tilbake til det empiriske materialet for å undersøke hva det sa. Jeg har jeg etterstrebet å studere mine tolkninger kritisk, noe som kan bidra til å validere funnene. Hvis jeg knytter validitet opp mot det at jeg selv arbeider som leder innen spesialisthelsetjenesten og samtidig er forsker, har utfordringen bestått i å ha en viss distanse til det som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 253-254). På tross av at jeg har bemøyet meg om å ha en gjennomgående prosessvalidering kan jeg likevel ikke være sikker på at mine informanter har blitt tolket på riktig måte. Ved en kritisk refleksjon rundt mine funn mener jeg dog at de er gyldige.

#### Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om at vi ut fra vår erfaring med en situasjon eller person forutser nye hendelser (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 265). Hvert enkelt av mine intervjuer var en unik situasjon som handlet om interaksjonen mellom meg og respondenten, og som ikke er mulig å gjenskape.

I en studie som dette lar det seg vanskelig gjøre å generalisere resultatene. Jeg tenker heller at begrepet analytisk generaliserbarhet er relevant. Jeg mener at jeg i dette forskningsprosjekt har identifisert etiske dilemmaer og komplekse forhold som har implikasjoner for forståelsen av de forutsetninger som påvirker hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten spesielt, og offentlig sektor generelt, opplever og håndterer operasjonaliseringen av samvalg. Da jeg har etterstrebet å gjøre mine funn tydelige og mine argumenter eksplisitte så er det opp til leseren å selv bedømme den analytiske generaliseringens holdbarhet og betydning (ibid., pp.160-162).

I mitt metodekapittel har jeg gitt en redegjørelse av hvordan jeg har tatt i bruk mitt teoretiske rammeverk for å forklare og gi det empiriske materialet en mening og et innhold. Jeg går nå videre med, i kapittel 5, å presentere mine funn.

## 5 Presentasjon av funn

I dette kapittel presenterer jeg de funnene som er resultatet av min case-studie. Jeg følger strukturen i metodekapitlet og presenterer først funnene fra min dokumentanalyse, deretter funnene fra min intervjuundersøkelse.

### 5.1 Presentasjon av funn – dokumentanalyse

I kapittel 4.1 har jeg redegjort for gangen i min dokumentanalyse. Funnen fra denne analyse presenteres i dette underkapittel. Først presenteres funn relatert til de utvalgte dokumenter og så følger de funn som er relatert til de identifiserte velferdspolitiske diskurser. Videre presenteres funnen som er resultatet av min tekstanalyse. Disse er delt inn i fem kategorier. Jeg avrunder med en oppsummering av noen sentrale funn.

#### 5.1.1 Utvalgte dokumenter – funn

Føringer for samvalg foreligger på tre nivåer. Nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er hovedsakelig de nasjonale politiske dokumenter som inneholder føringer for samvalg. På regionalt helseforetaksnivå eksisterer det kun et dokument som kan relateres til samvalg. Det er ”Oppdragsdokument 2017, Helse Sør-Øst RHF”. Her blir ikke begrepet samvalg omtalt direkte. Det er kun de relaterte begreper ”pasientens helsetjeneste” og ”samvalgsverktøy” som omtales. Disse begreper omtales under overskriften ”Bedre kvalitet og pasientsikkerhet”.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, p. 2)

Helse Sør-Øst RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, p. 6).

På helseforetaksnivå eksisterer det også bare et dokument som kan relateres til samvalg. Det er ”Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Telemark HF”. Her brukes ikke begrepet samvalg direkte uten omtales ved to anledninger i forbindelse med det relaterte begrepet ”pasientens helsetjeneste”. Først blir det omtalt i dokumentets innledning:

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres (Helse Sør øst, 2017, p. 3).

Deretter under seksjonen kvalitet og pasientsikkerhet, der det går under overskriften annen oppgave:

Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandling skal styrkes. Det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling (Helse Sør øst, 2017, p. 10).

Oppsummert kan det sies at de regionale og lokale politiske dokumenter støtter seg til de nasjonale politiske dokumenter og legger dermed generaliserte føringer for samvalg. Disse føringer gir ikke noen retningslinjer for operasjonalisering hverken på regionalt eller lokalt nivå. På mange andre områder innen spesialisthelsetjenesten finnes det på regionalt, og spesielt lokalt, nivå en mengde detaljerte føringer som beskriver hvordan et tiltak skal operasjonaliseres. Det er ikke tilfelle her.

Jeg går nå videre og presenterer de velferdspolitiske diskurser jeg funnet representert i disse dokumenter.

### 5.1.2 Velferdspolitiske diskurser funn - diskursorden

Jeg presenterer her de funn som er resultatet av min analyserekke. De føringer for samvalg som foreligger på nasjonalt nivå inneholder tiltak som er knyttet til og springer ut fra tre forskjellige velferdspolitiske diskurser. Jeg presenterer disse funn i tre kategorier, en for hver identifisert velferdspolitisk diskurs.

Demokrati- og rettighetsdiskurs

I kategorien demokrati- og rettighetsdiskurs er det fokus på velferdspolitiske tiltak som har som målsetting å bidra til rettferdighet. Dvs slike tiltak som prioriteringskriterier og behovskriterier som skal gi en mer demokratisk omfordeling av ressurser. Disse tiltakene skal realisere en økt likverdighet vedrørende helsetjenester og tilgjengelighet til helsetjenester. Videre skal tiltakene forbedre kvaliteten på helsetjenestene og gi mindre grad av uønsket variasjon i tjenestekvaliteten. Til slutt skal det bidra til økt trygghet for pasienter, brukere og pårørende.

Markedsdiskurs

I kategorien markedsdiskurs omtales tiltak som gjennom privatisering og konkurranse skal bidra til økte muligheter for individualisering og valgfrihet i tjenestetilbudet. Videre skal det gi økt innovasjon og effektivitet.

I kategorien samproduksjonsdiskurs er fokuset rettet mot tiltak som skal resultere i at pasienten får økt tillit til helsetjenestene og en økt opplevelse av trygghet. Dermed er det økte muligheter for at pasienten tar bedre valg og i økt grad aksepterer prioriteringer og avslag basert på kriterier. Dette er tiltak slik som tilrettelegging for involvering av den enkelte bruker, flytting av makt fra helsevesenet til pasienten samt tiltak som skal øke brukermedvirkningen i utviklingen av helsetjenester.

De nasjonale dokumenter som nevner samvalg og legger føringer for dette fenomen baserer seg samtlige på en ”miks” av tre ulike velferdspolitiske diskurser. Dette leder oss videre til neste avsnitt, der jeg presenterer funnen fra den analyse der jeg har gått dypere inn i teksten.

### 5.1.3 Dokumenter - tekstanalyse - funn – diskursiv praksis

I de nasjonale politiske dokumenter har jeg identifisert fem temaer som er gjennomgående i de politiske dokumenter. Disse temaer utgjør fem kategorier under hvilke jeg presenterer mine funn. Kategoriene presenteres i de nedenstående underkapitler. Kategoriene har en rekkefølge som angir den logiske sammenhengen mellom kategoriene. Med denne rekkefølge har jeg etterstrebet å følge strukturen i intervjuguiden. Rekkefølgen brukes gjennomgående i både presentasjon av funn og drøfting av funn.

Jeg innleder med kategorien ”Beskrivelse av samvalg – legitimering av samvalg” og gir en beskrivelse av hvordan begrepet samvalg fremstilles i de politiske dokumenter. Så følger ”Målet med samvalg - selvinnslysende” der jeg redegjør for funn som relateres til beskrivelsen av målet med samvalg. I ”Forutsetninger for operasjonalisering av samvalg” gjør jeg, i mangel på retningslinjer for operasjonalisering, rede for de forutsetninger som må være til stede for at en operasjonalisering skal skje. ”Resultatet av samvalg – inkonsistente krav og en løsning” presenterer funn som er relatert til de predikerte positive effektene av samvalg. Til slutt, i ”Samvalg og makt – governmentality og technologies for citizenship” anføres de funn som er relatert til maktbegrepet.



### 5.1.3.1 *Beskrivelse av samvalg - legitimering av samvalg*

Universalisering og tidsmarkering

Samvalg blir omtalt i ulike politiske styringsdokumenter. Dokumentene behandler et bredt spekter av tema, slik som organisering og styring av spesialisthelsetjenesten og realisering av ”Pasientens helstjeneste” med utgangspunkt i et verdibasert syn.

Å skape pasientens helsetjeneste betyr at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 p.12)

Videre er det teman som prioriteringer og ressursbruk og, ivaretagelse av kvalitet, pasientsikkerhet og forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. De styrende dokumentene fremstiller samvalg som en helt ny måte å håndtere ulike slags utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Sosial autorisering og produktivering

Dokumentene karakteriserer samvalg som en del av brukermedvirkningsarbeidet på individnivå. Andre deler av brukermedvirkning på individnivå er at helsepersonell lytter til hva pasient og pårørende har å si og bruker denne informasjon ved vurderinger og valg underveis i helsehjelpsprosessen. Dokumentene har en felles, ensartet og gjentagende beskrivelse av begrepet samvalg, som kan eksemplifiseres med følgende definisjon:

Samvalg er en samarbeidsprosess der pasient og helsepersonell tar beslutninger sammen, der delt kunnskap og pasientens verdier og preferanser inngår, i den grad og på de måter pasienten ønsker (NOU 2015:11, avsnitt 4.6.1).

I dokumentene beskrives samvalg med referanse til begrepet shared decision making. Det er tydelig at det er SDM som er inspirasjon til, og utgangspunktet for forståelsen av samvalg.

Brukermedvirkning kan komme til uttrykk på ulike måter og kan foregå på et individ- og et systemnivå. På individnivå har tilnærmingen «shared decision-making», eller på norsk «samvalg», fått økende oppmerksomhet det siste tiåret (NOU 2015:11, p. 33)

Harmonisering og individualisering

Målet med samvalg beskrives i fem av dokumentene. Det fremstilles som en idyllisk og konfliktfri prosess der kliniker og pasient har en lik forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen og dermed tar en avgjørelse i full enighet.

### 5.1.3.2 *Målet med samvalg – Selvinnlysende*

I denne kategori presenteres funn som relateres til målet med samvalg.

Individualitet og selvrettferdiggjørende

Fem av disse dokumenter beskriver målet med samvalg. Beskrivelsene inneholder de samme grunnelementer og er meget likartede. Det handler om at behandler og pasient skal samarbeide, bli enige om og ta et valg om det behandlingsalternativet som er mest i samstemmighet med pasientens personlige preferanser og behov.

Målet er at behandler og pasient sammen skal velge det behandlingsalternativet som er mest i tråd med pasientens behov og personlige preferanser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, avsnitt 1)

Dermed er beskrivelser av prosessen samvalg og beskrivelser av målet med samvalg nest inntil identiske. Det fremstår som at midlet og målet er det samme.

#### *5.1.3.3 Forutsetninger for operasjonalisering av samvalg - en tautologisk forklaring*

De nasjonale dokumentene gir ikke noen retningslinjer for hvordan samvalg skal operasjonaliseres i en klinisk kontekst. De inneholder istedenfor en beskrivelse av hvilke forhold eller forutsetninger som må være til stede for at det skal være mulig å operasjonalisere samvalg i klinisk praksis.

Dokumentene beskriver at en realisering av samvalg i klinisk praksis i høy grad er avhengig av at det enkelte helsepersonell selv tar initiativ til å etablere en slik relasjon med hver enkelt pasient og bruker en slik kommunikasjon at det fremmer samvalg. Slik initiativtaking avhenger av det enkelte helsepersonell og dennes egenmotivasjon til å initiere en slik prosess. Dokumentene beskriver at slik egenmotivasjon springer ut fra at det enkelte helsepersonell har en egen opplevelse og erfaring med at samvalg gir både et positivt resultat for pasienter og også øker pasientens tillit til helsepersonell. Dvs at det er en forutsetning for operasjonalisering av samvalg at det allerede er implementert.

Videre så tydeliggjøres at det, dels må tilrettelegges slik at pasienter får tilgang til kvalitetssikret informasjon og, dels at det må utvikles flere verktøy for samvalg. Samvalgsverktøy beskrives som et viktig virkemiddel for brukermedvirkning på klinisk nivå.

#### *5.1.3.4 Resultatet av samvalg – inkonsistente krav og en løsning*

I denne kategori presenteres funn relatert til de positive effekter dokumentene fremstiller som det predikerte resultatet av samvalg

En politisk organisasjon

I dokumentene fremkommer hvordan helsevesenet som organisasjon har mange og motstridende krav rettet mot seg. Kraven berører et vidt spekter av områder og springer ut fra de overordnede politiske målsettingene for helsevesenet.

Et reformuttrykk

De politiske dokumentene skisserer hvordan en realisering av samvalg skal løse problemer og gi samtidige positive effekter på mange områder innen helsevesenet. Det predikeres at samvalg skal gi en positiv og konstruktiv utvikling innen både kvalitet, økonomi og pasientsikkerhet. Det gis uttrykk for en antakelse om at en realisering av samvalg og bruk av samvalgsverktøy vil resultere i at pasienter, i høyere grad enn tidligere, vil velge mer konservativ behandling eller velge bort behandling. Dette skal redusere bruken av helsetjenester og dermed minske helsevesenets kostnader. Videre så vil realiseringen av samvalg øke pasientenes opplevelse av kvalitet i helsevesenet og bidra til mer realistiske forventninger til behandlingsresultatet. Dette vil gi positive effekter gjennom å resultere i færre rapporteringer av uønskede hendelser.

#### *5.1.3.5 Samvalg, ansvar og makt – governmentality og "technologies for citizenship"*

Her formidles de funn som er uttrykk for hvordan begreper som ansvar og makt blir forstått i en samvalgskontekst.

I de politiske dokumentene gis det klart og tydelig uttrykk for at samvalg ikke minsker helsepersonellens ansvar:

Helsepersonell har ansvar for endelig valg (NOU 2015:11, p. 58)

Helsepersonell får heller et økt ansvar;

Helsepersonell skal hjelpe pasient å utforske egne verdier og preferanser (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015, p. 61).

Grunnet at pasient, bruker, pårørende ofte er i en krise så må kliniker/helsepersonell/den profesjonelle part ha hovedansvaret for å sikre at kommunikasjonen er slik at den legger til rette for samvalg (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, p. 17)

Det tydeliggjøres også at pasientens medvirkningsrett har klare begrensinger:

Medvirkningsretten innebærer imidlertid ikke en rett til behandling som helsepersonellet vurderer som uforvarlig. Det betyr at brukeren ikke kan forlange behandling som det ikke foreligger en tilstrekkelig dokumentert effekt av. Retten tilsier i utgangspunktet heller ikke at pasienten kan forlange behandling som er dyrere enn den som helsesektoren prioriterer innenfor de avsatte personell- og økonomiresurser, så lenge denne er faglig forvarlig (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, p. 175)

Helsepersonell skal dels sikre at kommunikasjonen er slik at den legger til rette for samvalg, dels hjelpe pasienten å klargjøre egne verdier. Videre har samvalg og pasientens medvirkningsrett begrensninger som er relatert dels til forsvarlighet og dels til samfunnsøkonomiske hensyn.

#### 5.1.4 Noen sentrale funn

I empirien finner jeg at føringer for samvalg hovedsakelig foreligger på nasjonalt nivå. De regionale og lokale føringene omtaler kun samvalg indirekte og støtter seg til de nasjonale.

Dermed eksisterer det ikke noen retningslinjer for operasjonalisering av samvalg. På mange andre områder innen spesialisthelsetjenesten er regionale, og spesielt lokale, føringer nedtyngt med direktiver for operasjonalisering. Dette er ikke tilfelle her.

Dokumentene gir heller en beskrivelse av hvilke forutsetninger som må være til stede for at operasjonalisering skal være mulig. Disse forutsetninger gis i form av en tautologisk forklaring.

I de nasjonale føringer omtales samvalg i en kontekst med en ”miks” av tiltak som springer ut fra tre ulike velferdspolitiske diskurser. En demokrati- og rettighetsdiskurs som gjennom omfordeling av ressurser skal gi rettferdighet, økt kvalitet og trygghet, en markedsdiskurs som gjennom privatisering skal øke mulighetene for individualiserte tjenester, valgfrihet, innovasjon og effektivitet, og en samproduksjonsdiskurs der involvering og brukermedvirkning skal øke tilliten til helsetjenestene og resultere i at pasienter i høyere grad skal akseptere behandlingsavslag som følge av prioriteringer.

I empirien trer det frem et bilde av samvalg som legitimerende og selvrettfærdiggjørende, og det fremføres en ubegrunnet antakelse om at pasienter ved samvalg skal velge mer konservative og mindre kostnadskrevenne behandlinger. Videre tydeliggjøres at helsevesenet som organisasjon har en mengde motstridende krav og samfunnsmessige forventninger rettet mot seg. Samvalg fremstilles som en enkeltløsning på samtlige av disse utfordringer.

Empirien viser at samvalg ikke innebærer et fravær av maktutøvelse, og at det heller øker enn minsker helsepersonellens ansvar. Samvalg er videre en rettighet som begrenses av helsevesenets vurdering av hva som er forsvarlig og ressursmessig rimelig i hver enkelt situasjon.

## 5.2 Presentasjon av funn - intervjuer

I kapittel 4.2 har jeg gjort rede for hvordan jeg innhentet og bearbeidet empirien fra intervjuene. Etter en systematisk gjennomgang av innsamlede data har jeg i dette kapittel samlet den empiri som jeg mener belyser avhandlingens problemstilling. Empirien er delt i to seksjoner i henhold til de forskningsspørsmål som skal besvares. Den første seksjonen er relatert til forskningsspørsmål 2 ”Hvordan opplever ledere på operativt nivå begrepet samvalg?” Seksjon to er relatert til forskningsspørsmål 3 ”Hvordan arbeider ledere med å operasjonalisere begrepet samvalg”. Seksjonene er videre delt inn i kategorier.

I de følgende underkapitlene vil jeg gjøre rede for disse kategorier gjennom å avdekke likheter og ulikheter i innsamlede data. Jeg vil forsøke å gi et bilde av informantenes opplevelse av begrepet og håndteringen av dette begrep i praksis. For hver kategori så presenterer jeg først empirien, så oppsummerer jeg noen sentrale funn.

### 5.2.1 Hvordan opplever ledere på operativt nivå begrepet samvalg?

I denne seksjon presenterer jeg empiri som skal besvare forskningsspørsmål 2. Empirien er delt inn i tre kategorier; ”Kunnskap om samvalg”, Holdning til samvalg” og ”Begrepsinnhold og målet med samvalg”.

#### 5.2.1.1 Kunnskap om samvalg

I denne kategori presenteres funn som belyser hvordan respondentene har tilegnet seg kunnskap om samvalg. Dette har betydning for respondentenes opplevelse av begrepet.

Eksterne utviklingsarenaer og horisontelle oversettelseslinjer

I denne underkategori redegjøres for empiri som belyser hvordan respondentene har fått kunnskap om samvalg og hvordan dette har bidratt til å bringe ideen inn i organisasjonen.

I begynnelsen av intervjuen spurte jeg respondentene hvordan de hadde kommet i kontakt med begrepet samvalg. Det var en stor variasjon i svaren. Noen hadde ikke hørt om begrepet, mens andre hadde mer kunnskap om det. To av respondentene oppgav å ikke ha noen som helst kjennskap til begrepet.

Samvalg, jeg har nok hørt det, men liksom ikke tenkt på det som et begrep som ..... som noe som er iverksatt fra helse-og omsorgsdepartementet, eller hvor som helst (1)

....jeg er litt usikker på nå hva samvalg er, hva man legger i det (2)

En av respondentene hadde gjort et litet stykke forarbeid gjennom å snakke med noen kollegaer, leger og sykepleiere, om deres kjennskap til begrepet samvalg, i forkant av intervjuet. Det viste seg at det generelt var liten kunnskap om samvalg.

.... så en av, tror jeg vi satt der seks eller syv stykker, en kunne svare på hva dette var (1)

De øvrige seks respondentene forteller om hvordan de har fått informasjon om begrepet gjennom deltakelse på ulike eksterne utviklingsarenaer, slik som lederkonferanser, fagspesifikke konferanser, kommunalt prosjekt og ved arbeid i utlandet.

.... inne i Oslo, en brukerrepresentant som hadde det med samvalg som tema.....snakket litt om forskjellen da mellom det med samtykke og samvalg (3)

Respondentene fra KPR har også kommet i kontakt med begrepet gjennom en ny retningslinje som springer ut fra et nylig lovpålagt krav om medikamentfrie behandlingsplasser. De beskriver at samvalg er en del av denne retningslinje.

.... retningslinjen er jo for medisinfri behandling, men samvalg er jo en del av det da (5)

Oppsummert er det altså stor variasjon i hvordan respondentene har fått kjennskap til begrepet samvalg.

Et halvhjertet forsøk på en sentral modell – sosial autorisering, nedprioritering

Tre av respondentene forteller om en sykehusintern dagskonferanse med tema samvalg i 2015. Her var det fremlegg, dels av et annet helseforetak som angivelig hadde et prosjekt med samvalg, og dels av sentrale personer fra kunnskapssenteret. Deltakelsen på konferansen var frivillig slik at verken ledere eller klinikere var pålagt å delta.

Konferansen var ikke høyt prioritert, kun to av respondentene hadde deltatt, og da kun på deler av denne dagen. Resterende fem respondenter oppgav ikke å ha noen som helst kjennskap til dette konferanse.

Vi hadde en dagskonferanse som jeg dessverre bare var med på litt av dagen ..... Det var en gruppe som kom og hadde undervisning ..... Da tror jeg at jeg var den eneste overlegen herfra ..... Og jeg var vel med en tredjedel eller en fjerdedel av dagen (8)

Grad av kunnskap om begrepet samvalg synes ikke ha noen sammenheng med ledernivå eller nærhet til klinisk drift. Ikke noen av respondentene oppgir at de har kjennskap til noen sykehusintern overordnet plan for en felles implementering av samvalg.

#### *5.1.1.1.1 Noen sentrale funn*

Empirien viser at det er varierende grad av kjennskap til begrepet samvalg, uavhengig av ledernivå. Lederne har hovedsakelig fått kunnskap om begrepet gjennom eksterne utviklingsarenaer. Videre har organisasjonen, med en lite promotert fagdag, gjort et ”halvhjertet” forsøk på sosial autorisering og etablering av en sentral samvalgmodell.

### 5.2.1.2 Holdning til samvalg

I denne kategori løfter jeg frem empiri som kan si noe om respondentenes holdning til samvalg, hvilket kan bidra til å belyse respondentenes opplevelse av begrepet samvalg.

En godt kjent og utfordrende idealpraksis med en trendy omnavning

Respondentene er meget tydelige på at de er godt kjent og fortrolige med innholdet som ligger i begrepet samvalg. De mener også at den praksis som samvalg foreskriver er den ideelle måte å møte pasienter og drive klinisk praksis på. De gir også uttrykk for at dette er slik de bestandig har etterstrebet å arbeide, men har utfordringer med å få til.

Samvalg er sånn vi bestandig mener at praksis skulle ha vært, men ikke fått til (7)

Opplever at psykiatrien har gjort dette på mange måter opp gjennom tiden (6)

Dette er noe vi har holdt på med, innholdet er det samme som før (8)

Respondentene opplever ikke innholdet i samvalg som nytenking. Dette er slik man praktiserer, eller i hvert fall prøver å praktisere, til daglig. Det som oppleves som nytt er selve navnet på denne praksis – samvalg. Det vil si at samvalg oppleves som et gammelt og kjent innhold i en ny, samfunnskorrekt og og trendy innpakking.

Respondentene virker litt oppgitt da de gir uttrykk for at samvalg oppleves som et nytt moteord i den stadige rekken av nye ord som følger med endringer i samfunnsutviklingen.

..... når man har jobbet i mange år så ser man jo at det kommer sånne nye moteord og det blir det eneste rette og sanne (1)

Begrepet knyttes opp mot andre politisk korrekte og tidsriktige slagord som assosieres med "Pasientens helsevesen". Begreper som har sin popularitet og styrke i en begrenset glansperiode, for de så mister sin utstråling og kraft og byttes ut mot energifylte begreper og slagord som er enda nyere og enda mer tidsriktige og appellerende. En respondent gjør det meget tydelig at begrepet oppleves som tidsriktig og forbigående.

Ulike begreper har kraft i seg til ulike tider, så endres det.....Spør du meg om 5,6 eller 10 år så kan det hende at det er et annet begrep som løfter oss (6)

Entydig positivitet og fravær av kritikk

Samtlige respondenter kommer med utsagn som vitner om at begrepet samvalg gir positive assosiasjoner. Dette gjelder også de respondenter som tidligere oppgav liten eller ikke noen kjennskap til begrepet.

Samvalg er ekstremt viktig (2)

Samvalg er konstruktivt og positivt (8)

Jeg ønsker begrepet velkommen (7)

Samvalg beskrives med termer som viser til at det oppleves som betydningsfullt. Ikke noen kommer med negative eller kritiske bemerkninger eller uttrykker tvil relatert til begrepet.

#### 5.2.1.2.1. Vesentlige funn

Empirien viser at lederne har meget positiv holdning til begrepet samvalg og det innhold som de legger i det. De gir uttrykk for at innholdet i samvalg er godt kjent og den ideelle, og etterstrebede kliniske praksis. Samvalg oppleves som et tidsriktig nytt navn på en allerede godt kjent praksis. Det antas at også samvalg vil bli umoderne og byttes ut med et annet begrep etter en periode.

#### 5.2.1.3 Begrepsinnhold og målet med samvalg

I denne kategori presenteres de funnene som tydeliggjør hvordan respondentene forstår begrepet, og hva de forestiller seg er hensikten med samvalg. Dette er av betydning for respondentenes opplevelse av begrepet.

Paradoks – kjent men ikke kjent?

Respondentene gir tydelig uttrykk for at begrepet samvalg er godt kjent. Paradoksalt nok så har de store vanskeligheter med å beskrive innholdet i samvalg på en entydig måte. Det er vanskelig å få en klar forståelse av hva de legger av innhold i samvalg:

Samvalg er en tilnærming til pasienten ..... det handler om hvordan vi kommuniserer med pasienten (6)

Det er også samvalg å involvere de pårørende (8)

Må ta det rette valget, velge sammen med personale (3)

Mye har med tillit å gjøre (8)

.... noe med kunsten å jobbe som lege (7)

En forhandlingssituasjon ... (8)

Innholdet beskrives med tåkete og tvetydlige termer; kommunikasjon, involvering, samarbeid, tillit og legekunst. Samlet viser dette til vanskeligheter med å fange begrepets innhold og derfor også et fravær av en felles forståelse av innholdet. Dette demonstreres videre meget tydelig gjennom en informants beskrivelse av samvalg.

Et åpent begrep (4)

Det virker som de har vanskeligheter med å beskrive innholdet i den praksis de mener at de bedriver.



Samvalg – et mål i seg selv

Ved en gjennomgang av respondentenes forskjellige og diffuse oppfatninger om hva som er målet med samvalg, så opplever jeg at informantene beskriver ulike deler av en samvalgsprosess. Disse deler kan sammenstilles til en slags beskrivelse. Det gis et generelt og samlet uttrykk for at målet med samvalg er at pasienter skal få informasjon om sin sykdom og informasjon om aktuelle behandlinger med mulige effekter og bivirkninger. Gjennom dette skal kliniker og pasient få et mest mulig likt og realistisk bilde av situasjonen. Med utgangspunkt i dette skal kliniker og pasient finne frem til et valg og gjennomføre det.

Pasienten skal få nødvendig informasjon.....og kan være delaktig i et valg (8)

Dette vil egentlig si at det respondentene beskriver som målet med samvalg i høy grad er det samme som de gir uttrykk for ved et forsøk på en beskrivelse av innholdet. Ut fra dette kan man konkludere med at respondentene opplever samvalg og målet med samvalg som det samme, dvs at samvalg oppleves som et mål i seg selv.

Samvalg – kontekstuell modifisering

I respondentenes beskrivelse av mål og mening med samvalg er det noen begreper som skiller beskrivelsene fra KPR og KMD åt. Respondenter fra KMD uttrykker at målet med samvalg i høy grad er knyttet til delaktighet og ivaretagelse av pasienten.

Å ivareta pasienten på best mulig måte (1)

Pasienten skal bli godt tatt med på råd (3)

Respondenter fra KPR relaterer i høy grad målet med samvalg til likeverd og en ansvarliggjøring av pasienten. Videre tar man her et forbehold om forsvarlighet.

Målet er at pasienten skal så langt det er forsvarlig tas med i beslutningen om egen behandling (5)

Sikre at pasienten får tilstrekkelig informasjon, få pasienten til å ta ansvar for egen helse (7)

Bevisstgjøre terapeut og ansvarliggjøre pasient. Det er det som liksom er de to hoveddelene i det ...

Likeverd (6)

Et trekk som er meget fremtredende, og som er felles for respondenter fra begge klinikker, er at målet med samvalg relateres til viktigheten av at pasienten får den nødvendige og tilstrekkelige informasjon for å kunne delta i å ta et valg. Ikke noen av respondentene utdyper hva man karakteriserer som nødvendig og tilstrekkelig informasjon.

Valgbasert tilnærming til samvalg

Et interessant og påfallende funn, som er felles for begge klinikker, er at en gjensidig informasjonsutveksling mellom pasient og kliniker ikke nevnes som et mål for samvalg. Det er et ensidig fokus på nødvendigheten av at kliniker informerer pasient og blir ikke nevnt som relevant at kliniker får nødvendig og tilstrekkelig informasjon av pasienten.

Anerkjennelsesbasert tilnærming til samvalg

Ytterligere et interessant funn, som stikker seg litt ut, er hvordan en respondent fra KMD knytter målet med samvalg opp mot aksept for behandlingsavslag.

Med nye og kostbare behandlinger ..... Kanskje det har blitt presset frem som en viktig del for det krever nok informasjon til pasienten for å den til å forstå hvorfor den får et nei (2)

Respondenten relaterer dette til de problemstillinger og dilemma som oppstår da pasientens ønske om behandling ikke ses som helsemessig og/eller økonomisk forsvarlig og dermed ikke samsvarer med klinikers beslutninger. Dette vedrører hovedsakelig dyre kreftbehandlinger og er beslutninger som er styrt av nasjonale retningslinjer for behandling og prioritering i spesialisthelsetjenesten.

#### 5.2.1.3.1 Noen sentrale funn

Empirien er uttrykk for et paradoks. Lederne gir uttrykk for at de er fortrolige med den praksis som begrepet samvalg inneholder. Parallellt med dette er deres beskrivelser av samvalg og målet med samvalg uklare og tvetydige. Lederne beskriver en ”smal” variant av samvalg. Videre viser empirien at de opplever samvalg som et mål i seg selv. I empirien fremkommer en viss klinikkrelatert forskjell beskrivelsene av samvalg. I beskrivelsen av målet med samvalg vektlegger KMD ivaretagelse og delaktighet, mens KPR vektlegger aspekter som forsvarlighet, likeverd og en ansvarliggjøring av den enkelte pasient. Et interessant funn, er en leder fra KMD, som lufter muligheten for at samvalg er et tiltak som skal øke pasienters aksept for behandlingsavslag.

#### 5.2.2 Hvordan arbeider ledere med å operasjonalisere begrepet samvalg?

I denne seksjon presenterer jeg empiri som skal besvare forskningsspørsmål 3. Empirien er strukturert ut fra intervjuguiden, hvilken i sin tur avspeiler gangen i en samvalgsprosess, og delt inn i fem kategorier; ”Beslutning om å ta et valg”, ”Informasjons- og kunnskapsutveksling”, ”Identifisering av aktuelle behandlingsalternativer og endelig valg av behandling”, ”Samvalg – utfordringer, Samvalg – muligheter” og til slutt ”Samvalg og makt”.

### 5.2.2.1 *Beslutning om å ta et valg*

I denne kategori presenteres empiri som belyser hvordan ledere arbeider med å operasjonalisere den del av samvalgsprosessen der kliniker sammen med pasienten definerer at det finnes en beslutning å ta.

Ikke en men flere valgsituasjoner

I den del av intervjuguiden som omhandler operasjonalisering av samvalg så innledet jeg med å spørre om hvordan kliniker og pasient kommer frem til at det finnes en beslutning å ta. Det var tydelig at respondentene syntes at dette var et vanskelig spørsmål å svare konkret på. Gjennom at en pasient er henvist til KMD eller KPR så er en beslutning allerede tatt. Etter dette så skal det ofte tas flere beslutninger i den videre utrednings- og behandlingsprosessen, som skjer på den enkelte klinikk og i den enkelte pasients forløp.

Pasienter henvises hit for behandling da en diagnose har blitt satt (3)

Pasienten har jo blitt henvist fra en lege, det er noe som er et problem (4)

Flerfaglighet

Ved KPR og KMD så skjer både utredning og vurdering av behandlingsmuligheter, relatert til den enkelte pasient av en flerfaglig profesjonsgruppe, og ikke av en enkelt kliniker. I KMD benevnes dette et multidisiplinært team. Det er et team med ulike legespesialister; onkolog, lege fra palliativ enhet, patolog, histolog samt radiolog. I flere tilfeller involveres også fysioterapeut og prest. I KPR så har man et tverrfaglig team som består av ulike faggrupper; legespesialist, psykiater, klinisk psykolog og nevropsykolog. Ofte tilkommer sosionom, psykiatrisk sykepleier og vernepleier.

Det er legespesialister, det er psykologspesialister, det er de som dominerer ....og så er det høyskoleutdannede med to eller tre videreutdanninger, og da er det enten med sykepleierbakgrunn, sosionombakgrunn eller vernepleierbakgrunn (4)

Begrensede muligheter for samvalg

I KMD så skiller man mellom behandling med kurativ hensikt og behandling med palliativ hensikt. Ved kurativ behandling av kreft så er det etablert nasjonale protokoller, som legger tydelige føringer for hvilken behandling som skal brukes ved hvilken indikasjon. Dvs at det multidisiplinære teamet med utgangspunkt i de nasjonale protokoller skreddersyr en behandling for hver enkelt pasient. Dermed er det oftest meget begrenset i hvilken grad en pasient har mulighet å velge mellom ulike typer behandlinger.

I forhold til kreft og reumatologi så er vi jo på sånn cellenivå da, akkurat din type behandling, det er jo en del sånne markører for kreft i kroppen din som tilsier at den behandlingen vil fungere for deg og den vil ikke fungere for deg (3)

En respondent uttrykker det kort og godt:

Så har det jo blitt sånn at vi skyter ikke lenger med hagle (1)

Ved kurativ behandling står da valget som oftest mellom behandling eller ikke behandling. Det kan så være tilleggvalg som omhandler om pasienten ønsker å gjennomføre en behandling inneliggende eller poliklinisk. Ved palliativ behandling har pasienten større valgmuligheter. Her omhandler det ikke lenger muligheter til helbredelse, her handler det istedenfor om smertelindring, tilrettelegging og palliasjon.

#### 5.2.2.1.1 Noen sentrale funn

Empirien viser at det i et behandlingsløp er en rekke beslutninger som skal tas, og at det sjelden er en enkelt en-til-en relasjon mellom kliniker og pasient. Komplekse problemstillinger krever involvering av et team med selvstendige fagspesialister som på en rasjonell måte kartlegger hver sin del av pasienten. Med et felles utgangspunkt i ”hele pasienten” så skreddersys det en individuell behandlingsspakke eller identifiseres alternative behandlingssmuligheter. Komplekse sykdomstilstander krever komplekse individualiserte løsninger, derfor finns det oftest ikke et antall likeverdige behandlingssalternativer å velge mellom.

#### 5.2.2.2 Informasjons- og kunnskapsutveksling

Samvalg innebærer at kliniker og pasient ses som eksperter på hver sitt område. Kliniker er den medisinske eksperten og pasienten er ekspert på seg selv. En slik samvalgsprosess nødvendiggjør en gjensidig kunnskapsutveksling. I denne kategori presenterer jeg funn som belyser hvordan ledere arbeider med å operasjonalisere en slik kunnskapsutveksling.

Etiske og moralske dilemma

Temaet kunnskapsutveksling mellom pasient og kliniker ble berørt i intervjuene. Spesielt to av respondentene, en fra hver klinikk, hadde mye å si om dette. Det var tydelig at kommunikasjon med pasienter opplevdes som en meget viktig, og en eget utfordrende oppgave. Det var enighet om at pasienter må få tilstrekkelig, korrekt og individuelt tilpasset informasjon.

Så viktig at de har en bitteliten oversikt over det (8)

Informasjon og kommunikasjon er en krevende øvelse (1)

.... nå har vi sagt det så mange ganger at nå vet vi ikke hvordan vi skal si det.....en pasient her som likevel sa at nå synes jeg at jeg har fått dårlig informasjon (1)

En respondent forteller at tilbakemeldinger om ønske om ytterligere informasjon er gjennomgående i brukerundersøkelser. Respondentene gir uttrykk for at de har et forbedringspotensial på dette område.

Men jeg tror at den informasjonsplikten som vi har, den har vi ikke klart å gjennomføre godt nok. Det er stor mangel på det vi informerer om (7)

Respondentene opplever at det er utfordrende å tilpasse kommunikasjon til hver enkelt pasient. De gjør mange vurderinger og individuelle avveininger i forhold til den enkelte pasient og dennes situasjon. Det er komplekse situasjoner som setter dem i etiske og moralske dilemma. Ofte drøfter man sammen i det tverrfaglige eller multidisiplinære teamet hvilken informasjon som skal gis og hvordan informasjonen skal gis. Dette letter byrden noe og bidrar til en opplevelse av at man ikke står alene ansvarlig for valg av informasjons- og kommunikasjonsstrategi.

Det er en etisk prosess, så det prøver vi også på en måte og lufter i en sann tverrfaglig vurdering. At vi er samstemt rundt det (8)

Det er et mangfold av faktorer som medvirker til at kommunikasjon med pasienter oppleves utfordrende. Pasientene er ofte svært syke og med en problematikk som innvirker på livet og livskvaliteten. Pasientene har ofte en redusert kognitiv kapasitet og begrenset innsikt i sin egen situasjon. Ved KPR er dette som følge av alvorlig psykisk lidelse og stress- og kriseproblematikk. Ved KMD kan det være relatert til somatisk sykdom, krevende behandlinger samt utmattelse, stress- og kriseproblematikk som følge av sykdommen. Pasientens sosiale nettverk er, i tillegg, av betydning her.

Det er tøffe behandlinger, så noen blir skikkelig kjørt ned (1)

Pasienten er i en krisesituasjon, sliten og kanskje kognitiv kapasitet redusert (8)

Pastoralmakt

Med bakgrunn i en vurdering av de ovenstående faktorer og den enkelte pasientens konkrete sykdomsproblematikk så gjør kliniker et bevisst utvalg av informasjon som formidles til pasienten. Noen fakta utelates bevisst til fordel for noe annet. Respondentene begrunner og rettferdiggjør det med at kliniker er opptatt av å forenkle informasjonen og presentere den på en slik måte at den gir mening for pasienten.

Jeg opplever at hvis du kan gi en sann type forklaring som setter pasienten selv i stand til å føle på kroppen – hvor er jeg? – Da har du lagt vekk noen av spørsmålene som ellers hadde vært veldig vanskelige å forklare (8)

Respondenter fra begge klinikker er bevisste på at de mange ganger prøver å styre pasienten i en viss retning, enten gjennom å utelate spesifikk informasjon eller gjennom et bevisst bruk av ord, argumenter og setninger. Hensikten er at pasienten skal ta et spesifikt valg og derigjennom oppnå et spesifikt resultat.

Jeg legger litt sånn tydlige føringer på enkelt norsk (8)

Du har pasienter med begrenset innsikt, men som du vurderer er klart behandlingstrengende, og da gjør du kanskje mer av det å selge inn behandlingen, i håp om at pasienten oppnår mer innsikt og kan være mer deltakende i behandlingen (7)

Så det er klart man kan ordlegge seg på litt ulike måter, men jeg mener vi er innenfor i forhold til måten å gjøre det (8)

Respondentene uttrykker også en bevissthet i forhold til at informasjonen, i mer eller mindre grad og mer eller mindre bevisst, blir farget ut fra deres egne preferanser.

En sånn informasjon blir jo alltid farget ut fra din egen preferanse (8)

Problemstillinger av denne type - hvordan, hvilken og hvor mye informasjon som skal gis til en pasient - oppleves av respondentene som vanskelige.

Det er en etisk prosess (8)

For det er en balansegang hele tiden 7

Individualitet

Uansett hvilke vurderinger som er gjort og hvilken informasjon som til slutt har blitt gitt til pasienten så slutter ikke klinikerens utfordringer der. Samtlige respondenter gir uttrykk for at det også byr på utfordringer å undersøke i hvilken grad pasienten har forstått den informasjon som er gitt og i hvilken grad den gir mening for pasienten.

Det er ikke alltid godt å vite hvor mye av informasjonen pasienten har forstått, og om pasienten har forstått det som har blitt sagt er det uansett noe helt annet å forstå hva det innebærer for livssituasjonen og hvilke endringer det krever (1)

Noen ganger er det lett å gjøre (8)

Det er vanskelig (4)

Utfordringen håndteres ulikt, avhengig av den spesifikke situasjonen.

Hva tenker du om situasjonen selv? La dem få fortelle, og gjerne siter dem i samtalen etterpå (8)

Pasienten blir informert, kan tenke igjennom det og så har man et nytt møte etterpå (7)

Opptatt av at pasienten selv skal lede an og bruke tid i samtalen, da er det lettere å kvittere ut (8)

Institusjonelle omgivelser – en utfordring

En problemstilling, relatert til det ovenstående, er den store mengden med nettbasert informasjonen. Respondentene fra KMD beskriver hvordan pasientene er

informasjonssøkende og oppdatert, og finner informasjon om sykdom og behandlinger. Dette er ofte informasjon som ikke er kvalitetssikret og kanskje heller ikke relevant for den enkelte pasientens spesifikke diagnose og problemstilling.

Pasienten får så mye informasjon over nettet og så må vi passe på og sikre at den er korrekt for din sykdom (3)

Det er en utfordring at pasienter søker på all verdens ting og tang. Alt fra lommelegen til diverse blogger (3)

All denne informasjon gir klinikere ytterligere utfordringer. I tillegg til informasjon fra kliniker har pasienten også fått annen informasjon. Dette bidrar til pasientens totale opplevelse av informasjonens innhold.

Si at du har lungekreft da, og så søker du på lungekreft og får opp .... sånn det kan jeg få....men du vet ikke at din lungekreft er akkurat den lille biten der som.... (3)

Kliniker må altså også prøve å utforske hvilken tilleggsinformasjon pasienten har innhentet og så forsøke å kvalitetssikre, bekrefte eller avkrefte denne informasjon.

KMD opplever ytterlige problemstillinger knyttet til dette med nettbasert informasjon. Det er relatert til kreftbehandling. En respondent beskriver hvordan nasjonalt beslutningsforum i Norge godkjenner hvilke behandlinger og medikamenter som kan brukes på hvilke spesifikke diagnostiske indikasjoner i offentlig helsevesen. At en behandling er godkjent betyr at den kan brukes i Norge. Offentlige sykehus kan da bruke den ved spesifikke diagnoser, mens private sykehus også kan velge å bruke den ved andre diagnoser. Dette er en kilde til forvirring, misforståelser og frustrasjon hos pasienter.

Du kan da liksom ha en behandling som er godkjent men som ikke er godkjent for offentlig sykehus. Og da kan vi ikke gi den. Men du kan ha et medikament som liksom er godkjent for bruk i Norge. Da kan man få det på Aleris men ikke hos oss. Og da er man jo fortsatt ikke helt fornøyd med behandlingsresultatet, det er derfor det ikke har gått igjennom (3)

Respondentene opplever ytterligere utfordringer relatert til informasjon og behandlingstilbud i regi av private aktører. En rask utvikling innen avansert kreftbehandling medfører at det fortløpende kommer nye kostnadskrevende behandlinger. Det er ofte behandlinger som ikke tilbys av det offentlige helsevesenet. Nettbasert informasjon gir en etterspørsel fra pasienter og pårørende. Respondenter beskriver at de ser en økning av private pengeinnsamlinger til enkeltpasienters behandling i privatklinikker, i Norge eller i utlandet. Respondentene tror at denne trend kommer å fortsette i takt med den medisinske utviklingen.

.... for å forstå at du får et nei, og noen velger jo da å gå til en privatklinikk, og det er jo innsamlinger i miljøet rundt omkring også (3)

Gjennom internett så skaffer seg pasienter denne informasjonen og leser om det, men så har vi likevel ikke mulighet å tilby disse behandlingene her i Norge. Det er midler og prioriteringer. Det kan selvfølgelig være vanskelig for pasienter å forstå, at det finnes behandling som de ikke har mulighet å få her i landet. Dette kommer å bli en kjempeutfordring (1)

Da kan du ta selvfølgelig og kutte ut oss og så kan du dra til Aleris og kanskje få det. Eller til Tyskland eller whatever. Det gjør man jo jevnt og trutt nå, vi ser jo det (3)

En respondent uttrykker bekymring og sier at slike tilfeller, der pasienter til tross for klinikerens informasjon, velger å bruke store summer på en behandling uten dokumentert effekt får helsepersonell til å lure på om de har informert godt nok.

Og da kan man jo spørre seg .....hvorfor har man den innsamlingen....Har legen informert for lite? For dårlig? (3)

Patriarkalisme og valgbasert tilnærming

Et nærliggende tema, som ble berørt i intervjuene, er kunnskapsoverføring fra pasient til kliniker. I en samvalgsprosess beskrives pasientens kunnskap å være likeverdig med klinikerens kunnskap. Aktørene innehar kunnskap på to ulike, men like viktige, områder.

Empirien er et tydelig uttrykk for at kunnskapsoverføring fra pasient til kliniker ikke er prioritert i samme grad som motsatt vei. Forskjellen i mengde data knyttet til disse to spørsmål i intervjuen gir en pekepinn på hvor respondentene har sitt fokus og hva de legger sin energi på. Det er kun to av de åtte respondentene som nevner noe om at pasientens kunnskap om seg selv, dennes verdier, preferanser og framtidstanker er viktig informasjon for klinikerens. En av disse respondenter beskriver dette i meget generelle termer:

Pasienter er veldig kompetente på dette rundt sin egen situasjon (8)

Vil ha tak i pasientens holdninger og preferanser (8)

Det synes som at dette ikke vies på langt nær så mye tid, engasjement eller refleksjon som informasjonsoverføringen fra kliniker til pasient. Det fremkommer lite informasjon om hvordan dette gjøres. Den eneste redegjørelsen av hvordan denne oppgave forsøkes løst i klinisk praksis kommer fra en respondent i KPR.

Det er å gjøre en vurdering.....hva han vet om sin lidelse, hva han vet om behandling og behandlingsalternativer, se på de medisiner han står på, er det tilstrekkelige doser, er det riktig når det gjelder den fasen pasienten står i. Det er jo mange ting som man må ta stilling til, og ikke minst lytte til pasientens innsikt og hans ønsker (7)



Det er interessant å merke seg at ikke noen av respondentene gir uttrykk for at de opplever innhenting av kunnskap om pasientens holdninger, ønsker og preferanser som en vanskelig eller utfordrende oppgave. Det virker rett og slett som at dette reflekteres meget lite over.

#### 5.2.2.2.1 Noen sentrale funn

Empirien viser at respondentene synes det er vesentlig, men samtidig meget utfordrende, å tilse at pasientene får tilstrekkelig og individuelt tilpasset informasjon. Det vanskeliggjøres av at pasientene er i en krisesituasjon med redusert funksjon. Dette medfører at klinikere presenterer et utvalg av informasjon tilpasset den enkelte pasient og farget av klinikerens egne preferanser. Dette stiller helsepersonell i etiske og moralske dilemma der de begrunner og forsvarer sine handlingsvalg med omsorg om pasienten. Empirien tilsier videre pasientens kunnskap om seg selv i liten grad vurderes som vesentlig. Et lite unntak er en respondent fra hver klinikk, som på en overfladisk måte sier noe om betydningen av slik informasjon. I empirien fremkommer også at det er flere forhold i de institusjonelle omgivelsene som respondentene må håndtere konsekvensene av. Det er en økende utfordring at pasienter innhenter informasjon som ikke er kvalitetssikret. Klinikere etterstreber å kvalitetssikre informasjonen og veilede pasienten, men de er usikre på om budskapet når frem. En nærliggende utfordring er behandlingstilbud i regi av private helseaktører. Dette skaper et privat marked for behandling som løper parallellt med det offentlige tilbudet

#### 5.2.2.3 Identifisering av aktuelle behandlingsalternativer og endelig valg av behandlingsstrategi

I denne kategori presenteres funn som kan belyse hvordan ledere arbeider med å operasjonalisere den del av samvalgsprosessen som handler om å identifisere aktuelle behandlingsalternativer og ta et endelig behandlingsvalg.

Rasjonalitet og pastoralmakt ved overlevelse

Ved KMD foregår arbeidet med å identifisere alternativer og ta en beslutning om behandling, i de multidisiplinære teamens møter. I disse møter bidrar hver enkelt fagdisiplin med sin kompetanse og sitt perspektiv på pasienten.

Et ekstremt viktig møte. Og det er et krav nå, at skal man ha kreftbehandling på et sykehus så må du ha sånne multidisiplinære team (3)

Og der er kirurg, og det er gastromedisiner, det er patolog, det er radiolog, det er noen forløpskoordinatorene, som nesten er litt som sekretærer, skal sikre at alt går etter forløpet. Og så er det da kreftkoordinatoren vår. Og onkologen (3)

Med utgangspunkt i det multidisiplinære teamets samlede vurdering av pasienten, diagnose, status og de protokoller som foreligger for akkurat denne krefttype, så konkluderes det med en individuell behandlingsstrategi.

Å sikre at du får akkurat den behandlingen som din kropp vil tåle best mulig. Og ikke få så store bivirkninger. At vi er mer sentrert mot det direkte der svulsten er (1)

Dette er krevende ..... folk skulle bare visst hvilket arbeid som ligger bakom (1)

Konklusjonen blir så meddelt til pasienten. Respondentene opplever at ved behandling i kurativ hensikt så står oftest valget mellom behandling eller ikke behandling. Dette følger av de nevnte protokoller og den individuelt tilpassede behandlingen. Av empirien fremkommer at klinikere legger føringer for at pasienten skal gjennomføre en kurativ behandling.

Anerkjennelsesbasert tilnærming ved palliasjon

For pasienter som skal ha behandling i palliativ hensikt så stiller det seg litt annerledes.

Det er ikke sånn at når du går over i en palliativ fase så stopper alt, men nå skal vi bare behandle deg på et annet nivå, på en litt annen måte. Og da må vi forholde oss til det sammen (3)

Respondentene beskriver at pasientens innspill og ønsker veier mye tyngre i en slik fase. Behandlingen tilrettelegges ut fra hvordan pasienten selv ønsker å tilbringe sin siste tid.

Anerkjennelsesbasert tilnærming til samvalg vs patriarkalsk tilnærming til samproduksjon

Prosesen i de begge klinikkene har vært relativt lik frem til dette punkt. Men nå kommer vi til et punkt der klinikkene skiller seg en del fra hverandre. Det omhandler hvilken informasjon som er viktig for å identifisere alternative behandlingsmuligheter. Dette påvirker også i hvilken grad pasienten blir involvert i valg av behandlingsalternativ.

Respondenter fra KPR uttrykker at problemstillingene i psykiatrien har en annen kompleksitet enn i somatikken. Den medisinske eller terapeutiske behandlingen er kun en del av det som påvirker pasientens helsefunksjon. Pasientens funksjon påvirkes også i meget høy grad av livssituasjon, livsstil og egenomsorgsevne. Av dette følger at det er helt nødvendig å etablere en allianse og involvere pasienten i avgjørelser rundt dennes behandling for at det skal være mulig å oppnå noen form av positive resultater.

Her er det nok en stor forskjell mot somatikken. Der kan man jo ofte klart si at en spesifikk behandling, som et kirurgisk inngrep, har et resultat som man helt klart kan forutsi på forhånd. Slik er det ikke i psykiatrien. Her er det mye vanskeligere å si på forhånd hva utfallet av en spesifikk

behandlingstilnærming blir. Det er avhengig av så mange andre faktorer, hvordan pasienten tar vare på seg selv, som nok søvn, døgnrytme, regelmessige måltider, bruk av alkohol, slike ting (4)

Respondenter ved KPR beskriver at en pasient som henvises til poliklinikk tildeles en behandler som er tilknyttet et team. I teamets vurdering vektlegges både symptomer, kliniske funn, sosialt støtteapparat og et helhetsbilde av pasienten.

Man ser på helhetsbildet, ikke bare symptomer, uten også nettverket, hvor pasienten står i sitt livsløp, hvem det er som er støttespillere, samboer, kjæreste, bor pasienten med foreldre, bor han alene, har han venner og nettverk, hvem er hans pårørende, hvem kan han henvende seg til i kriser til eksempel. Alt dette må tas med (7)

I et tverrfaglig møte vurderes alternative behandlinger for den enkelte pasient.

Det er alltid forankret i et tverrfaglig team og pasienten drøftes i møter med andre og så kommer man frem til en behandlingsplan. Så det er oftest i slike tverrfaglige diskusjoner at man bestemmer fremgangsmåten. Og det samme gjøres på poster der pasienten diskuteres i tverrfaglige team på behandlingsmøter. Og så er det en konklusjon (7)

Etter dette er det et møte med pasienten. Det gis informasjon om aktuelle behandlinger og hvilke krav de stiller til pasienten. Det endelig valget tas så i høy grad av pasienten.

Her er klinikerne veldig opptatt av å ta med pasienten på råd. Det må jo være en behandling som er mulig å gjennomføre og som passer sammen med pasientens liv (4)

Gjennom respondentens beskrivelser og utsagn tegner det seg en tydelig forskjell i synet på betydningen av pasientens deltakelse og innspill vedrørende endelig behandlingsvalg. I KPR er man helt avhengig av pasientens deltakelse i valg av behandling, mens man i KMD er klar på at det er legen som har den endelige avgjørelsen. Utsagn fra to respondenter gir en god karakteristikk av de ulike klinikernes kultur og holdning. I KPR gis det uttrykk for at det er pasientens preferanser som styrer det endelige valget av behandling,

.... så må man jobbe ut fra det som pasienten er villig til (7)

mens det i KMD synes som at det er legen som tar endelig valg om behandling.

For til syvende og sist i et samvalg så er det jo legen sin avgjørelse (8)

Å ikke velge er et valg

Respondenter fra begge klinikker opplever at det til tider er pasienter, som av ulike grunner, har vanskeligheter med å ta stilling til de ulike alternativene og ikke ønsker å være involvert i å ta et valg. Pasienten ønsker da at kliniker skal ta et valg.

Noen ganger er det godt å legge skjebnen sin i hendene til noen andre (5)

De sier du vet best, du må bestemme for meg (7)

For noen pasienter blir dette for krevende, rett og slett. Mange av dem orker jo nesten ikke å ta stilling til noen ting (1)

Respondentene mener at dette er et valg som skal respekteres. I slike tilfeller er det teamet som avgjør behandlingsalternativ.

Og da må man kanskje gjøre det, men da må man gi en god begrunnelse for hvorfor man gjør det, og hvorfor man velger et fremfor et annet (7)

Respondentene mener dog at det er meget viktig at kliniker etterstreber å gi pasienten en konkret begrunnelse for det valg som tas.

#### 5.2.2.3.1 Noen sentrale funn

Empirien tilsier at begge klinikker etterstreber en rasjonell tilnærming til pasienten og dennes problemstilling. Pasientens grad av involvering i endelig valg av behandling varierer både mellom klinikker og innen den enkelte klinikk. Ved kurativ kreftbehandling er det få behandlingsmuligheter og klinikere legger ofte føringer slik at pasienten skal si ja til behandling. Ved palliativ behandling og psykiatriske problemstillinger blir pasienten i økt grad involvert i valg av behandlingsalternativ. Empirien tilsier at klinikere i høyere grad prøver å styre pasientens behandlingsvalg da problemstillingen er relatert til liv eller død, og resultatet er avhengig av en konkret behandling. Empirien tilsier dermed at KMD i større grad enn KPR opplever å ha rett til å ta en avgjørelse på pasientens vegner. Videre fremkommer at det også er tilfeller der pasienter ikke ønsker å ta et valg. Dette blir da respektert og kliniker tar et valg samt gir pasienten en begrunnelse for dette valg.

Noen utfordringer og muligheter knyttet til konseptet samvalg og en slik praksis har blitt berørt i de tidligere underkapitler. Videre redegjør jeg noe mer samlet for de tema som respondentene opplever som store utfordringer knyttet til å operasjonalisere begrepet samvalg i klinisk praksis. Jeg redegjør først for de opplevde utfordringer, deretter de opplevde muligheter.

#### 5.2.2.4 Samvalg - utfordringer

Funnene i denne kategori belyser de utfordringer som respondentene relaterer til en operasjonalisering av samvalg.

Kultur og kontekst - hinder for samvalg og en anerkjennelsebasert tilnærming

Som nevnt tidligere, så er det en positiv innstilling til begrepet samvalg. Den negativitet som fremkommer handler om de utfordringer som knyttes til en operasjonalisering av prosessen samvalg i egen klinisk praksis. En respondent som tidligere ikke hadde hørt om begrepet samvalg leste seg opp på metodikken i forkant av intervjuen:

Utfordringen må jo være å få inn en sånn metodikk som for meg, umiddelbart når jeg leste det, så krevende ut. Og bygge opp det kring alle disse tingen (1)

Flere respondenter tar opp utfordringen med en holdnings- og kulturendring og sikter til at helsevesenet alltid har vært meget paternalistisk i sin holdning til pasienten. De mener at det krever både tid og konkrete tiltak for å få til en slik endring i kultur og holdninger.

Hvis jeg har levd et liv og vært terapeut i 20, 25 - 30 år, og har visst best i alle disse åren, da skal det noe til for å høre på hva pasienten skal mene om dette (6)

Det er jo mange som ønsker å arbeide så som de alltid har gjort. Så dette tar mer tid tenker jeg, å endre praksis (7)

Respondenter fra KPR gir uttrykk for ytterligere en utfordring.

...og så er det stor forskjell om man møter pasienter på sykehus eller møter dem i deres hjem. Straks du kommer inn på sykehusområdet her da er du en pasient. Hvis vi klarer å møte pasienten hjemme da er vi i en annen posisjon (7)

Sykehuskonteksten oppleves å hemme en gjensidig og likeverdig relasjon med en pasient. Dette er ett hinder for en operasjonalisering av samvalg i praksis.

Prinsipp istedenfor praksis

Samtlige respondenter gir uttrykk for viktigheten av å få til en reell praksisendring, med et innhold som har en betydning.

Det holder ikke med at vi bare får opp en grønn knott som viser at vi har gjort et valg, uten noe bak det (1)

For hvis vi bare vil gjøre en øvelse slik at vi kan ta inn noen statistikk som viser hvorvidt vi har brukt begrepet eller ikke – det skal vi få til – men det å gi det dette et innhold, det er jo det som er utfordrende (6)

De føler frustrasjon når de blir pålagt nye oppgaver, ting som skal implementeres, utføres og dokumenteres. De mener at det ofte ikke har noen betydning. Det ser bra ut, og alle er fornøyde når det kan ”bukkes av” for at det er utført. Men altfor ofte oppleves det som meningsløst og respondentene har ikke noen aning om hva det egentlig skal brukes til.

Jeg kan ikke bare sitte her og gjøre en masse jobb som ingen bryr seg om bare for at noen har kommet på at nå skal vi gjøre det (1)

Inkonsistente krav

Av empirien fremkommer at det er stor frustrasjon knyttet til operasjonaliseringen av samvalg. Respondentene opplever at helsevesenets organisering, tilgjengelige ressurser og praktisk klinisk drift ikke er lagt til rette for å praktisere samvalg.

Jeg skjønner dette med pasientens helsevesen men jeg tenker at det er noen her som ikke er helt koblet på praksisfeltet (1)

En operasjonalisering av samvalg krever at den enkelte kliniker er oppdatert på forskning, evidens og behandlingsmuligheter. Dette er en forutsetning for at pasienten skal få riktig informasjon. En slik praksis forutsetter at kliniker har tid til å sette seg inn i og vurdere relevant forskning og evidens. Respondentene er tydelige på at med dagens tilgjengelige ressurser så er dette umulig og urealistisk. Kraven oppleves som mange og motstridende.

.... på den ene siden har vi krav til effektivitet og gjennomstrømming. Og det skal være tempo i pasientforløpen ..... (5)

Ja, stakkars doktorer det sier jeg. Jeg synes sykepleierne har fått mye men, men legene synes jeg er helt ..... Vi ser her alt dette med dokumentasjon også, at de sitter med så mye jobb av den typen ting at et er helt skremmende (1)

.....det er litt sånn utfordringen. Jeg må sikre meg at mine doktorer hele tiden er oppdatert på den nye behandlingen som skjer (2)

Ulikheter som rekrutteringsprinsipp

En annen utfordring er relatert til arbeidet i team. Ulike spesialister og fagdisipliner ser pasienten ut fra forskjellige perspektiver og vektlegger dermed ulike aspekter. Empirien tilsier at det mange ganger er en utfordring for teamet å bli samstemte i måten man skal tilnærme seg pasienten og dennes problematikk.

Det er en utfordring. Det har jeg opplevd både at folk opplever mer positivt enn jeg tenker og mye mer negativt, helt i utakt med det man har gjort før (8)

Respondenter med erfaring fra slikt teamarbeid gir uttrykk for at det krever at teamet bruker tid sammen. Gjennom diskusjoner, etiske refleksjoner og casebasert undervisning kan teamet bli samstemte både i måten å se pasienten og i måten å snakke med pasienten.

Vi har et sånt veldig ”tight” team. Vi har hatt samme kollegaer siden vi startet i 2001. Så vi er veldig samkjørte (8)

Ressursmangel – kompetanse og tid

Respondentene ser også utfordringer relatert til dialogen med pasienten. Samvalg berører ofte pasienter i en aller annen form av krisesituasjon og en slik dialog krever meget gode kommunikasjonsferdigheter. Respondentene, med størst avstand til klinisk drift uttrykker at mange av dagens klinikere mangler disse ferdigheter. At klinikere får hevet sin kommunikasjonskompetanse, mener de, er en nødvendig forutsetning for at samvalg skal kunne praktiseres.

Her er det en person i krise, som skal ta inn over seg kompliserte medisinske fakta. Så det å ta reelle valg sammen med en doktor det krever gode kommunikasjonsferdigheter av den doktoren (3)

Ledere som er ttere på den kliniske driften, opplever andre utfordringer knyttet til en dialog med pasienten. For dem handler det om å klare å skape rom for at klinikere skal få tid til de fortløpende og gode samtaler med pasienten som kreves for å kunne realisere et samvalg.

.... for dette krever tid (8)

Samvalg – sikre seg negative konsekvenser

Ytterligere en utfordring, som respondentene tilknyttet KMD uttrykker, er relatert til dokumentasjon av den informasjon som er gitt. Dette er spesielt viktig i de tilfeller der pasienter, spesielt relativt unge mennesker, har valgt bort en kurativ behandling.

....vi har brukt masse tid på å få dokumentert og sikre oss at vedkommende har skjønt (3)

Dette er tilfeller der pasienten har fått en kreftdiagnose og det multidisiplinære teamet har vurdert og presentert en kurativ behandlingsstrategi for pasienten. Til tross for gjentatt informasjon, diskusjoner med ulike legespesialister, bruk av ulike argumenter og involvering av eksterne parter som barnevern og fastlege, så har pasienten valgt å si nei til behandling. I disse tilfeller har legen har vært sterkt uenig i pasientens valg, men da pasienten har vært samtykkekompetent har den hatt mulighet å selv ta endelig avgjørelse.

Vi har jo kommet til litt sånn amerikanske tilstander der legene ikke vi ha på seg at de har prøvd alt....veldig mange har blitt opptatt av å sikre seg (1)

....også litt engstelige for at vi etter hvert endte opp med en erstatningssak (3)

Respondentene fra KMD opplever at pasienter har en økt bevissthet i forhold til sine rettigheter. Dette viser seg blant annet gjennom en klar økning i antallet klagesaker.

Det er et helt annet trykk fra pasienter .....vi ser det bare i antall klagesaker som har økt betydelig fordi de er klar over sine rettigheter (2)

Ved klagesaker blir både ledere og klinikere involvert i et massivt tidkrevende arbeid med å dokumentere hva som er blitt sagt og gjort. Dette handler da om at man ønsker å sikre seg i forhold til eventuelle følger med erstatningskrav.

#### 5.2.2.4.1 Noen sentrale funn

Empirien tilsier at respondentene opplever store utfordringer knyttet til de mange, og til dels, motstridende oppgaver og krav som pålegges dem. De er mange ganger usikre på om oppgavene har en praktisk hensikt eller om det kun forbedrer fasaden. Samvalg oppleves som en slik utfordring. Respondentene gir uttrykk for at helsevesenets organisering, ressurser, kompetanse og kultur ikke er lagt til rette for en praksis som samvalg. De opplever at dette bunner i en mangel på forståelse for praktisk klinisk drift. De ønsker å få

til en reell holdnings- og praksisendring men opplever det som meget vanskelig under de rådende omstendigheter.

#### 5.2.2.5 Samvalg – Muligheter

På tross av de opplevde utfordringer, så gir respondentene også uttrykk for store forventinger knyttet til en operasjonalisering av en samvalgspraksis. Funn relatert til dette presenteres i denne kategori.

Håpefullhet – en valgbasert tilnærming

Respondentene ser store muligheter med en samvalgspraksis. Ved begge klinikker gis det uttrykk for at en operasjonalisering av samvalg vil stille økte krav til at klinikere må holde seg faglig oppdatert. Dette oppleves som en meget positiv konsekvens av samvalg.

Klinikkerne må skjerpe seg mer. De må vite hva som skjer på området. Det er bra (2)

Respondentene uttrykker at en slik faglig oppdatering kommer å gjøre at klinikere har bedre kunnskap om nye behandlingsmetoder. Dette kommer pasienter til gode, og gir dem større muligheter til å ta et reelt valg. Dette gir videre mer fornøyde og tilfreds pasienter.

Håpefullhet - en anerkjennelsesbasert tilnærming og partnerskap

En respondent fra KPR ser også på samvalg som en mulighet for den enkelte pasient å i større grad kunne bidra inn i et samarbeid med kliniker. Da lege og pasient har ulike perspektiv på hva som er vesentlig, så kan man på denne måte få til en god mellomløsning.

Her skal vel samvalg sikre en god løsning på midten (7)

En respondent fra KMD uttrykker noe av det samme men på en litt annerledes måte.

Etisk sett er det vesentlig at pasientens stemme blir hørt og at det blir en forhandlingssituasjon (8)

Respondentene er håpefulle og mener at gjennom en operasjonalisering av samvalg kan man få til den praksis som man egentlig ønsker å bedrive.

Å drive sånn som vi skulle ha drivet behandling, at brukestemmen blir hørt (7)

Du behandler et menneske, ikke symptomer. Recovery-tankegangen er jo å hjelpe pasienten ut i et verdig liv, ikke å behandle symptomer (7)

##### 5.2.2.5.1 Noen sentrale funn

Empirien tilsier at respondentene er håpefulle og har store forventinger knyttet til en praksis med samvalg. De mener at gjennom samvalg kan man både oppnå mer faglig oppdaterte klinikere og et konstruktivt samarbeid med den enkelte pasient. Dette kommer



videre å resultere i mer fornøyde pasienter. Respondentene opplever at samvalg er veien å gå for å bedrive klinisk praksis på den ideelle og ønskede måte.

#### 5.2.2.6 Samvalg og makt

I den siste kategorien presenterer jeg funn som belyser forholdet mellom samvalg og begrepet makt. Dette er av betydning for respondentenes opplevelse av begrepet og dermed også operasjonalisering av begrepet.

Et Webersk maktbegrep

I stortingsmeldinger som omhandler samvalg så kobles begrepet samvalg sammen med begrepet makt. Fire av respondentene, hverav tre fra KPR, kommer inn på dette tema og redegjør for sin opplevelse av koblingen mellom disse begreper og maktbegrepets betydning i helsevesenet generelt.

En av respondentene opplever at de generelle politiske føringer, der man bruker begrepet pasientens helsetjeneste, og de noe mer konkrete føringer for samvalg som foreligger, helt klart er en maktutøvelse fra helsemyndighetenes side. Det oppleves som en maktutøvelse som sikter til å tvinge på plass en praksis som ansatte ved sykehusene ikke bestandig er enige i.

Her er det helsemyndighetene som bruker sin makt til å få sykehusene til å få på plass ting (7)

To respondenter, en fra hver klinikk og på forskjellige ledernivå, gjør det tydelig at helsevesenet av tradisjon er en maktstruktur. Dette bunner i en makt som dels har en forankring i kunnskap, og dels er forankret i institusjonen og knyttet til system, struktur og organisasjon. De beskriver at det er en ujevn fordeling av makt mellom helsepersonell og pasient og at dette er noe som vanskelig kan endres på.

Alle strukturer er bygget opp rundt at du er på et fremmed sted og en fremmed kultur og bare der ligger det veldig mye makt da (8)

Tradisjonelt, vi som helsevesen, ikke minst både som terapeuter og andre, er definert til å stå i en maktposisjon (6)

En respondent fra KMD mener at denne makt må håndteres gjennom at det enkelte helsepersonell er bevisst sin maktposisjon og reflekterer over hvordan makten forvaltes og utøves i samhandling med hver enkelt pasient.

.... en skjevfordeling av makt og det kan du aldri forandre på tror jeg. Så det må vi bare være bevisst .... bare gjennom at vi går her hver dag og er kledd i hvitt så har vi makt (8)

En respondent fra KPR opplever at maktbegrepet på en måte kan gi mening i en diskusjon om samvalg, men sier samtidig at ved bruk av begrepet makt så har man gjort et bevisst valg av perspektiv og dermed et bevisst valg av tilnærming til begrepet. Dermed har man også definert et spesifikt syn på de aktører som er involvert i en samvalgspraksis.

Det er ikke noe vanskelig å plassere maktbegrepet inn i disse diskusjoner og refleksjoner ..... Med en gang man gjør det så velger man også et par briller (6)

Respondentene fra KPR opplever at hvis man snakker om en makt som skal fordeles og plasseres, slik som det blir uttrykt i de politiske føringer, da har man allerede tatt stilling til at det handler om et styrkeforhold og en makt som skal utøves.

Hvis jeg hele tiden skal forklares at jeg skal få makt som pasient .... ja, hva skal jeg bruke den til da? Skal jeg styre den terapeuten jeg har overfor meg? (6)

Respondentene er i tvil om det er konstruktivt å bruke begrepet makt i denne sammenheng. De mener at makt er et begrep som kan brukes for å gi et bilde av den tid som har vært.

Så jeg er ikke sikker på at det er nyttig å bruke begrepet makt nå. Jeg skjønner at det er nyttig i å beskrive fortiden og det vi kommer fra men .... (5)

De opplever at maktbegrepet avspeiler den gamle kulturen i helsevesenet, en kultur som man nå etterstreber å forandre. Derfor oppleves det som et paradoks å bruke begrepet makt når man samtidig snakker om utvikling og å endre kultur og holdninger.

Det blir nesten som å prøve å seile med ankeret ute (6)

De mener at bruken av begrepet makt bevarer utdaterte og ikke ønskelige holdninger, og hemmer dermed en utvikling av kultur og praksis i en mer konstruktiv og positiv retning.

Makt i henhold til Foucault - governmentality

Respondenter fra KPR mener at begrepet makt ikke lenger har en plass i helsevesenet.

.... hva gjelder samvalg så skal det jo være noe kliniker og pasient gjør sammen .... Da skal vel ikke den ene ha mer makt? (5)

De ønsker at det tas i bruk begreper som har mer positive og konstruktive assosiasjoner.

Hvis man da velger nye begreper som er mer fremtidsrettet, mer positivt bygget opp og så videre, for å parkere maktbegrepet istedenfor å bruke maktbegrepet og dra det med seg (6)

Begreper som ansvar og mulighet, begreper som fremmer opplevelsen av et selv og bevisstgjør pasienten på at denne har råderett over eget liv og egne valg.

#### 5.2.2.6.1 Noen sentrale funn

Av empirien fremkommer at begrepet makt oppleves å være av betydning i helsevesenet. Politiske føringer om samvalg oppleves som en maktutøvelse i forhold til helsevesenet, og videre beskrives helsevesenet som institusjon å inneha en maktposisjon i forhold til pasienten. Respondentene opplever at en slik maktubalanse vanskelig lar seg endres. Den må håndteres gjennom bevissthet, og gjennom at helsepersonell utøver makt på en reflektert og forsvarlig måte. Begrepet makt knyttes til helsevesenets tradisjonelle paternalistiske kultur og oppleves dermed som bakstreversk og hemmende på den ønskede utvikling med ansvarliggjøring, involvering og et samarbeid mellom pasienter og helsepersonell. Empirien tilsier at respondentene fra KPR har en økt bevissthet og grad av refleksjon rundt maktbegrepet og dets betydning i samhandling med pasienter.

I dette kapittel har jeg presentert de funn som er resultatet av mine to metodiske tilnærminger, en dokumentstudie og en intervjuundersøkelse. I neste kapittel drøfter jeg disse funn i perspektiv av mitt teoretiske rammeverk.

## 6 Drøfting av funn

I dette kapittel drøftes de funn som er presentert i kapittel 5 og som er resultatet av de metodiske tilnærminger som jeg har redegjort for i kapittel 4. Mine metodiske tilnærminger har hatt til hensikt å frembringe relevante data som kan svare på de forskningsspørsmål som er utledet av avhandlingens problemstilling, ”Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg?”, og også som har lagt rammene for avhandlingens utforming.

I dette kapittel knytter jeg sammen mine to metodiske tilnærminger. Jeg tar i bruk den ytterste dimensjonen i Fairclough`s kritiske diskursanalytiske modell, og knytter diskursiv og sosial praksis sammen, og ser på hvordan de forholder seg til hverandre. Dette gir den slutlige analysen et samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Jeg drøfter først to typer av funn som er relatert til de utvalgte dokumenter og diskurser. Deretter drøfter jeg diskursiv og sosial praksis samlet.

### 6.1 Drøfting av funn – utvalgte dokumenter og diskurser

I dette underkapittel drøftes deler av de funn som er presentert i kapittel 5.1 Jeg drøfter to typer av funn relatert til dokumentanalysen. Det første er funn relatert til utvalget av

politiske dokumenter. Det andre er funn relatert til de identifiserte velferdsdiskurser og deres relasjon til begrepet samvalg.

#### 6.1.1 Drøfting av funn – utvalgte dokumenter

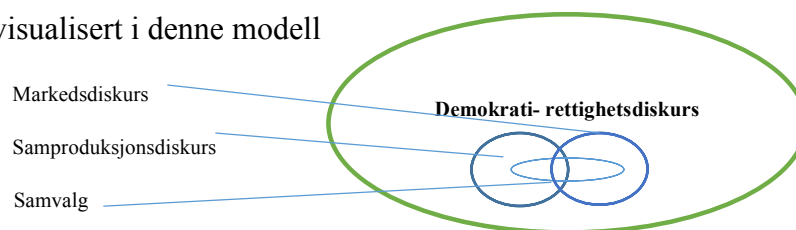
Mine funn viser at føringer for samvalg foreligger på et nasjonalt nivå og at begrepet nevnes, i denne betydning, første gang i mai 2015. Dette kan ses som en *tidsmarkering* (Røvik, 2007, pp. 225-226). På andre områder innen spesialisthelsetjenesten eksisterer det en mengde detaljerte føringer på regionalt og lokalt nivå med hensikt å styre en operasjonalisering, dette er ikke tilfelle her. Dette kan tolkes som at det ikke er tenkt at samvalg skal operasjonaliseres, uten heller fungere som et *symbol*, dvs at det er et harmoniserende *reformuttrykk* og et *organisatorisk hykleri* som ”løser” en komplisert situasjon med motstridende krav i en politisk organisasjon (Brunsson, 2006, pp. 7-29)

#### 6.1.2 Drøfting av funn – relasjonen mellom identifiserte velferdspolitiske diskurser og samvalg

Mine funn tilsier at de utvalgte politiske dokumenter inneholder tiltak som representerer en diskursorden som består av tre ulike velferdspolitiske diskurser. Jeg tolker det som at en bestemt diskurs ikke har *hegemoni* (Jørgensen & Phillips, 2002, p. 72). Jeg drøfter nå relasjonen mellom disse virkelighetsoppfattelser, diskurser.

De identifiserte funnene tilsier at diskursordenen innen dette felt består av tre forskjellige velferdspolitiske diskurser. Videre kan det tolkes som at selve konseptet samvalg har sin opprinnelse i en *samproduksjonsdiskurs*. Denne tolkning understøttes av tiltak som skal gi et partnerskap og et samarbeid mellom pasient og kliniker (Hunter & Richie, 2007; Askheim, 2016; Realph & Wallace, 2010). Videre synes det som at samproduksjonsdiskursen eksisterer innenfor rammene av en *demokrati- og rettighetsdiskurs* og begrenses av de restriksjoner og betingelser, slik som prioriterings- og behovskriterier, hvilke springer ut fra denne diskurs. (Christensen & Fluge, 2016). Dette understøttes videre av utsagn om økt aksept for kriterier-baserte prioriteringer og avslag. Det eksisterer også en samtidig *markedsdiskurs*, som ivaretar individualisering og valgfrihet. Også denne diskurs eksisterer innenfor rammene av en demokrati- og rettighetsdiskurs og begrenses av denne. Samtidig er det slik at samproduksjons- og markedsdiskursen har en delvis overlapping, hvilket gir ytterligere en variant av samproduksjonsdiskurs, der borgeren ses mer som en konsument. Dette sammenfaller med en smal forståelse av SDM, som beskrevet i kapittel 2.4.1.

Min tolkning har jeg visualisert i denne modell



Dette fører oss videre til drøfting av de funn som er blitt identifisert da jeg gått dypere inn i tekstmaterialet og analysert den diskursive praksis. Disse funn drøftes sammen med funnene fra intervjuundersøkelsen, den sosiale praksis, i neste underkapittel

## 6.2 Drøfting av funn – sosial praksis

I dette underkapittel tar jeg i bruk Fairclough`s kritisk diskursanalytiske modell, nærmere redegjort for i kapittel 3.8.3.3.2. Jeg benytter meg av modellens ytterste dimensjon, *sosial praksis*, som knytter sammen tekst og sosial praksis. Derigjennom kan jeg analysere, dels hvordan disse praksiser forholder seg til hverandre og, dels hvorvidt diskursiv praksis bidrar til å opprettholde eller restrukturere sosial praksis (Fairclough, 2008, pp. 28-29).

Drøftingen er organisert i kategorier med underliggende temaer. Rekkefølgen etterstreber å følge gangen i intervjuguiden. Jeg starter med kategorien ”Populær organisasjonsoppskrift, legitimering og translasjon”, som drøfter de politiske dokumentenes fremstilling av samvalg og hvordan organisasjonen tar inn og tar i mot denne fremstilling. Så følger ”Tautologisk forklaring – prinsipp istedenfor praksis, symbol og reform”, som drøfter funn relatert til samvalg som et prinsipp mer enn en praksis. I ”Selvinnlysende, realisering av verdier, og symbol”, drøftes funnene som kan knyttes til opplevelsen av samvalg som et mål i seg selv. Deretter drøftes de funnene som kan relateres til helsevesenet som en politisk organisasjon, ”Inkonsistente krav og en løsning – politisk organisasjon”. Så følger ”Positivitet og håpefullhet”, med en drøfting av funn som kan relateres til respondentenes positive og håpefulle innstilling til samvalg. Til slutt, i ”Samvalg og makt ” har jeg en drøfting av de funnene som omhandler relasjonen mellom samvalg og begrepet makt.

### 6.2.1 Populær organisasjonsoppskrift, legitimering og translasjon

I denne kategori innleder jeg med å drøfte hvordan samvalg fremstilles i de politiske dokumenter. Videre drøftes hvordan dette begrep tas i mot av organisasjonen. I denne kategori har jeg i hovedsak tatt utgangspunkt i de deler av mitt teoretiske rammeverk som kan knyttes til Røvik (2007).

### 6.2.1.1 Populær organisasjonsoppskrift

Samvalg presenteres og aktualiseres i forskjellige politiske dokumenter med et vidt spekter av tema innen spesialisthelsetjenesten. Derigjennom gir dokumentene et bilde av samvalg som relevant for samtlige av de overordnede politiske målsetningene for helsevesenet. De politiske dokumentene har gjentatte likartede beskrivelser av samvalg. Disse beskrivelser inneholder flere av de trekk som, i mitt teoretiske rammeverk, oppgis å være karakteristiske for en *populær organisasjonside*. Disse trekk har videre betydning for i hvilken grad en ide fremstår som akseptabel og legitim, og dermed kan antas å ha økte muligheter for spredning.

#### Universal problemløsning

Gjennom å relatere samvalg til et bredt spekter av utfordringer som berører de overordnede politiske målsetningene for helsevesenet; rettferdighet og effektivitet, fremstilles samvalg som en universal problemløsningsstrategi. Et verktøy som skal gi tjenester av god kvalitet, brukermedvirkning og en opplevd rettferdig fordeling av tjenester. Samtidig som det skal resultere i at helsevesentt bruker mindre ressurser. Det beskrives som et *universalmiddel* som kan løse samtlige av helsevesenets komplekse og motstridende utfordringer.

#### Sosial autorisering

De politiske dokumentenes beskrivelse av samvalg referer til det opprinnelige og internasjonelle begrepet ”shared decision making” og den tilknyttede definisjonen. Denne referanse gir begrepet en internasjonal tilknytning og bidrar til en *sosial autorisering*.

#### Harmoniserende

Definisjonen og beskrivelsene av samvalg vektlegger et samarbeidende partnerskap mellom pasient og helsepersonell. I en forenklet fremstilling vises hvordan partene, uten problemer, finner en løsning i enighet. En slik romantisert og forlokkende fremstilling gir et bilde av samvalg som *harmoniserende* og uten konfliktfylte motsetninger.

#### Tidsmarkering

Samvalg blir gjentatte ganger presentert som et nytt perspektiv på forholdet mellom pasient/bruker og det offentlige apparatet. Et epokeskifte innen offentlig helsevesen som går under epitetet ”Pasientens helsetjeneste”. Denne gjentatte presisering av samvalg som noe nytt, skaper en *tidsmarkering* av begrepet samvalg.

Individualisering

Samvalg blir tett knyttet sammen med *individualisering*. Gjennom et samarbeid der partene har som intensjon å finne den optimale individualiserte løsning settes fokus på den enkeltes verdier, preferenser og ønsker. Dette skaper et bilde av samvalg som et verktøy for realisering av den enkeltes individualitet.

Produktivisering

Gjennom at samvalg fremstilling i et attraktivt lys, blir begrepet også gjenstand for *produktivisering*. Samvalg fremstilles som et produkt som både kan etterspørres av pasienter/kunder og som kan brukes som et konkurransemiddel (Røvik, 2007, pp. 225-226).

Dette fører oss videre til en drøfting av hensikten med en slik fremstilling.

#### 6.2.1.2 Legitimering

Den ovenstående fremstillingen viser at dokumentene har en tillokkende fremstilling av samvalg - en helt ny og idyllisk problemløsningsstrategi. Dette kan tolkes som at styresmaktene forsøker å etablere støtte fra omgivelsene. Den politiske ledelsen av helsevesenet har ikke et eget konkret produkt å vise til, derfor gir man istedenfor uttrykk for en prosess og en ideologi som avspeiler de institusjonelle omgivelsenes normer. Gjennom de politiske dokumentenes tiltrekkende illustrasjon av samvalg søker også de politiske styrende aktørene å etablere nødvendig legitimitet hos de ledere som skal operasjonalisere samvalg. Slik at de skal legge vekt ved å prioritere tiltak rettet mot å operasjonalisere en slik praksis (Brunsson, 2006, p. 13-14).

Dette (glans)bilde av helsevesenet - *en formell* organisasjon som følger en rasjonell formell (samvalgs)prosess – er det man ønsker å vise frem. Dette står i kontrast til den *informelle* prosessen – den faktiske, praktiske handling - som kan være noe helt annet (ibid., p. 7-8).

Dette leder oss videre til en drøfting av hvordan organisasjonen har tatt imot og håndtert denne legitimerende fremstilling av den populære organisasjonsoppskriften samvalg.

#### 6.2.1.3 Innbringning og kontekstualisering

I denne kategori drøftes funn som dels kan knyttes til hvordan ideen samvalg har blitt bringet inn i organisasjonen, og dels funn som kan knyttes til hvordan organisasjonen har tatt imot ideen og omformet den.

Innbringning

Respondentene beskriver hvordan de har kommet i kontakt med ideen samvalg gjennom deltakelse i ulike fagrelaterte forum. Dette tyder på at ideen har blitt innført i institusjonen gjennom flere *horisontale oversettelseslinjer*. Jeg har valgt dette begrep for å tydeliggjøre forskjellen til det Røvik (2007, pp. 295-296) benevner som vertikale oversettelseslinjer. Nasjonale dokumenter beskriver samvalg som en tilnærming og løsning som er relevant for alle deler av helsevesenet, dermed kan det antas at samvalg blir formidlet i mange ulike slags forum. Respondentene er godt utdannede helseledere med lang erfaring og tilknytting til faglige nettverk. De er engasjert i forskjellige faglige prosjekter og deltar på ulike slags konferanser og seminarer, med tema som kan være relatert til både helse- og ledelsesfag. Når respondentene deltar på slike *eksterne utviklingsarenaer* blir de presentert for begrepet samvalg. Den versjon som blir formidlet kan antas å ha sitt ursprung i nasjonale dokumenter og videre være en oversettelse som er kontekstuell og diskursivt tilpasset til den helse- eller ledelsesfaglige kontekst som utviklingsarenaen er en del av.

Det vil si at ulike oversettelser av samvalg har blitt ført inn i organisasjonen av ansatte med tilknytting til ulike klinikker, ulik faglig bakgrunn, ulik myndighet og funksjon og på ulike nivåer i organisasjonen. Disse innføringer har skjedd parallellt og uten at de ansatte har kjennskap til de alternative versjoner som dermed sirkulerer innen organisasjonen. Av dette følger også at graden av kunnskap om eller kjennskap til begrepet samvalg ikke kan knyttes til ledere på et spesifikt nivå eller med en spesifikk funksjon i organisasjonen. Denne type innbringning av ideen påvirker i høy grad hvordan samvalg blir forstått, kontekstualisert og forsøkt operasjonalisert (ibid.)

Empirien er uttrykk for forskjellige tilnærminger til begrepet samvalg. Funnene fra intervjuundersøkelsen viser at når ideen, eller de ulike ideene, om samvalg har møtt den praktiske kliniske virkeligheten så har den gjennomgått en kontekstualisering på flere nivåer. Disse funnen drøftes nå videre.

Kontekstualisering – en felles sykehuskontekst

Gjennom deltakelse på ulike eksterne utviklingsarenaer har respondentene blitt presentert for en oversettelse av begrepet samvalg. Denne versjon har de tatt med seg inn i organisasjonen. I møte med konteksten, Sykehuset i Telemark, så har ideen samvalg gjennomgått ytterligere en oversettelse. Ideen har blitt *kontekstualisert*.



I empirien oppdages to noe forskjellige oversettelser av begrepet. Disse varianter kan knyttes til de forskjellige klinikker som er undersøkt. Oversettelsene har dels noen likhetstrekk, som kommer av en tilpassing til den felles sykehuskontekst, med den kultur, normer, organisasjon, ressurser, prosedyrer ets som samtlige respondenter er en del av.

Det er to ting som forener klinikkens oversettelser. Det første er en markant understreking av viktigheten av at kliniker forsyner pasienten med tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at denne kan ta et valg. Det andre er et fravær av informasjonsoverføring motsatt vei, dvs informasjon fra pasient til kliniker. Jeg beskriver disse funn mer inngående i de neste to underkategorier.

Uintendert fratrekking, utvanning eller implisitering

Et funn i empirien er at respondentene viser et fravær av engasjement og refleksjon knyttet til informasjonsoverføring fra pasient til kliniker. Det kan muligens ha sin bakgrunn i at samtlige respondenter har en felles erfaring med et tradisjonelt patriarkalsk helsevesen og den kultur som preger spesialisthelsetjenesten og Sykehuset i Telemark som institusjon. Informasjon fra pasient eller kunnskap om pasient, utover kliniske fakta, oppleves i liten grad som vesentlig.

En mulig forklaring til dette funn er at samvalg har blitt forstått, oversatt og omtolket i perspektiv av egen kultur og kontekst. Denne oversettelse og omtolking har skjedd i et *modifiserende oversettelsesmodus*, der ideen har blitt endret. Det element i ideen om samvalg som omhandler kunnskapsoverføring fra pasient til klinikker har ubevisst blitt tonet ned eller fjernet fra ideen gjennom en *uintendert fratrekking*. Dette i motsetning til en intendert og bevisst fratrekking av elementer med intensjon om å oppnå et spesifikt utfall (Røvik, 2007, pp. 311-314).

En ytterligere forklaring er å betrakte denne modifisering av ideen som *utvanning*. Under oversettelsesprosessen har den opprinnelige ideen blitt forenklet og utvannet på en slik måte at den har blitt mulig å implementere. Gjennom at man bruker samme betegnelse, samvalg, men på en noe mer innholdsløs og mindre krevende variant, kan man likevel oppfatte det som at man har implementert ideen (Brunsson, 2006, pp. 120-122).

En tredje alternativ forklaring er å betrakte denne fratrekking som at kunnskapsoverføringen fra pasient til kliniker, som er tydeliggjort og konkretisert i den internasjonale definisjonen av samvalg, er så selvfølgelig i den aktuelle konteksten,

Sykehuset i Telemark, at den har blitt gjenstand for *implisittering*. Elementet er blitt gjort implisitt og generelt og blir dermed ikke beskrevet av respondentene (Røvik, 2007, p. 312). Denne forklaring oppleves dog som mindre relevant i denne studie.

Addering og eksplisittering

Den samtidige presiseringen av nødvendigheten at pasienten får tilstrekkelig informasjon slik at denne kan ta et valg kan også betraktes som et uttrykk for en *modifiserende oversettelsesmodus*. Men her er det *addering* som har blitt tatt i bruk. Det element i samvalg som omhandler informasjon til pasienten har blitt gjenstand for en *eksplisittering* i oversettelses- og kontekstualiseringsprosessen. Dette element har blitt tydeliggjort, fremhevet og vektlagt i den lokale oversettelsen (Røvik, 2007, p. 311-315). Jeg går nå videre med å drøfte hvilken velferdspolitisk tilnærming en slik oversettelse bærer preg av.

Valgbasert tilnærming til samproduksjon

En slik oversettelse av samvalg, som vektlegger at kliniker informerer pasienten slik at denne kan ta et valg, bærer preg av en markedsbasert velferdspolitisk tilnærming. Pasienten ses som en kunde som skal gis muligheten å velge mellom ulike passende alternativer. I en slik oversettelse av samvalg er det fortsatt kliniker og helsepersonell som innehar nødvendig ekspertise og kunnskap og videreformidler dette til pasienten.

Dette kan tolkes som at respondenter fra begge klinikker har det til felles at de har en *valgbasert tilnærming* til samproduksjon og samskaping hvilket preger deres oversettelse av samvalg (Glynos & Speed, 2012). Det kan videre tenkes at en slik tilnærming til samvalg i liten grad påvirker den nåværende praksis gjennom at legen beholder sin rolle som ekspert. Dermed ”sklir” denne tilnærming lettere inn i den eksisterende sykehuskulturen.

Oversettelsene har også noen trekk som skiller dem fra hverandre. Dette er uttrykk for en ytterligere kontekstualisering som kommer av en tilpassing til de faktorer som er spesifikke for den enkelte klinikk. Slik som intern kultur, klinikkspesifikke prosedyrer, målgruppe pasienter og relaterte kliniske problemstillinger, og håndteringen av dette (Røvik, 2007, p. 311-315). Dette drøftes i neste avsnitt.

Kontekstualisering – en felles klinikk-kontekst

Empirien viser at det er trekk i oversettelsene som skiller de to klinikkene fra hverandre. Dette omhandler hvordan man involverer pasienten, dennes rolle i samvalgsprosessen, og

målet med samvalg. Ved KMD vektlegges begrepene delaktighet og ivaretagelse, mens ved KPR vektlegges begrepene ansvarliggjøring, likeverd og forsvarlighet. Dette funnet kan forklares med den forskjell i forutsetninger, problemstillinger, kultur og klinisk praksis som er mellom disse to klinikker. Det kan dermed tolkes som at ideen samvalg har gjennomgått ytterligere en *kontekstualisering* i møte med den spesifikke klinikk- kontekst.

Jeg går nå videre og drøfter denne klinikkrelaterte kontekstualisering.

Kontekstualisering KMD – ivaretagelse og delaktighet

Ved KMD samhandler man med somatisk meget syke pasienter. Problemstillingene er relatert til liv og død, pasientene er fysisk medtatte og krever en avansert medisinsk eller kirurgisk behandling som kun kan administreres av helsepersonell. Pasientene er utlevert til den medisinske ekspertisen og må ivaretas. I denne kliniske situasjon, med få valgmuligheter, etterstrebtes at pasienten er delaktig i den grad det er mulig. Derav følger at respondentene fra KMD karakteriserer pasientens involvering med begreper som ivaretagelse og delaktighet. Det vil si at *den kliniske konteksten ved KMD legger føringer som bidrar til å forme begrepet og legge et meningsinnhold* i det (Pawson & Tilley, 1997). Dette fører oss videre til KPR og en annen variant av samvalg.

Kontekstualisering KPR - ansvarliggjøring, likeverd og forsvarlighet

Ved KPR behandler og samhandler man med pasienter med en psykiatrisk lidelse. Psykiatriske lidelser har hatt, og har nok fortsatt, en lavere status enn somatisk sykdomsproblematikk. Derav kommer at likeverd er et sentralt begrep innen psykiatrien. Videre er det slik at behandling av en psykiatrisk sykdomsproblematikk ikke kun er relatert til en medisinsk eller kirurgisk behandling. For en forbedret funksjon og sykdomstatus så kreves det ofte at pasienten også gjør endringer i sitt liv. Dvs at pasienten må ansvarliggjøres. I tillegg må den enkelte kliniker ta stilling til om pasienten er så påvirket av sin psykiske lidelse at det ikke er forsvarlig å la pasienten delta i en beslutning. Med bakgrunn i disse forutsetninger følger at respondenter fra KPR bruker begreper som ansvarliggjøring, likeverd og forsvarlighet som karakteristikk på pasientens involvering i samvalg. *Den kliniske konteksten ved KPR legger andre føringer og dermed får begrepet samvalg et annet meningsinnhold i denne kontekst* (ibid.)

Dette medfører flere samtidige og parallelle *uintenderte oversettelser* hvilket resulterer i flere versjoner av ideen, og ikke en sentral felles utgave (Røvik, 2007, pp. 297-298).

Et ytterligere funn i empirien er at involvering av pasienten i behandlingsvalget i høy grad avhenger av om det er et spørsmål om liv eller død, og i hvilken grad kliniker kan kontrollere resultatet. Det synes som at kliniker i økt grad bruker sin posisjon og tar i bruk *pastoralmakt* da det omhandler overlevelse og kurativ behandling. Dette tydeliggjøres med følgende utsagn:

For til syvende og sist i et samvalg så er det jo legen sin avgjørelse (8)

Mens man ved palliasjon i stor grad legger frem ulike valg for pasienten, hvilket kan ses som en *valgbasert tilnærming* til samvalg.

Ved psykiatriske problemsstillinger tar man i bruk en tredje variant. Her prøver man å kombinere hvordan ulike behandlinger samsvarer med pasientens liv, samtidig som man legger føringer for et valg. Dette kan tolkes som at man har en *anerkjennelsesbasert tilnærming* til samvalg samtidig som man utøver pastoralmakt. Det kan tydeliggjøres med følgende utsagn fra KPR:

...så må man jobbe ut fra det som pasienten er villig til (7)

Dette funn kan ses i perspektiv av teori om både kontekstualisering, makt og velferdspolitiske tilnærminger (Røvik, 2007, Glynos og Speed, 2012). Det er en stor variasjon i problemstillinger, mellom klinikkene og, innen den enkelte klinikk. Avhengig av problemstilling har den enkelte kliniker ulik grad av kontroll over utfallet. Uavhengig av dette etterstreber den enkelte kliniker å håndtere situasjonen på en slik måte at denne i mest mulig grad kan påvirke utfallet i en, i følge klinikers vurdering, positiv retning. Med bakgrunn i dette bruker den enkelte kliniker den form av maktutøvelse og tilnærming som på best mulig måte kan bidra til å oppnå den ønskede hensikten. Dvs en maktutøvelse som er i trå med et *intensjonell maktbegrep* (Russell, 1938). Av dette følger at samvalg ikke bare kontekstualiseres og tilpasses det enkelte sykehus og den enkelte klinikk, men også hver enkelt klinisk situasjon.

I det ovenstående har jeg drøftet hvordan samvalg har blitt bringet inn i Sykehuset i Telemark gjennom en horisontell oversettelseskjede. Men det er også funn i empirien som tyder på at Sykehuset i Telemark har gjort et slags forsøk på å etablere en sentral modell.

Dette kan relateres til de politiske dokumentenes fremstilling av samvalg med et fokus på prinsipp i stedet for praksis. Dette drøftes i neste kategori.

## 6.2.2 Tautologisk forklaring – prinsipp istedenfor praksis, symbol og reform

I denne kategori drøftes funn som kan relateres til samvalg som et prinsipp og i mindre grad en praksis. Jeg tar i bruk Røviks teorier om organisasjonsmoter (2007) samt Brunsson's (2006) teorier om reformer og hykleri.

### 6.2.2.1 Tautologisk forklaring – et prinsipp

De politiske dokumentene inneholder ikke retningslinjer for hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten skal operasjonalisere en samvalgspraksis. Istedenfor beskrives de forutsetninger som må være til stede for at samvalg skal kunne realiseres. Denne beskrivelse er uttrykk for en sirkulær eller tautologisk forklaring. Forklaringen beskriver hvordan en operasjonalisering av samvalg i spesialisthelsetjenesten forutsetter at de ansatte føler seg motivert til å ta i bruk en slik praksis. Videre beskrives at slik motivasjon kommer av at de ansatte har erfaring med et positivt resultat av samvalg.

Det vil egentlig si at det er et kriterie at samvalg allerede er implementert og i bruk i klinisk praksis, for at det skal kunne operasjonaliseres.

Mangelen på retningslinjer og konkretisering i de styrende dokumenter kan tolkes som et fokus på *prinsipp istedenfor praksis*. Det kan tolkes som at prinsippet om samvalg er mer raffinert og attraktivt enn den komplekse og motsigelsefulle virkelighet det skal operasjonaliseres i. Dermed er det også større sannsynlighet for at prinsippet om samvalg, med de positivt ladede verdier som ligger i dette begrep, blir sett som mer selvinnyttende enn beskrivelsen av en vanskelig gjennomførbar praksis. Ved å unngå beskrivelser av en operasjonalisering i klinisk praksis så unngives også diskusjoner knyttet til de utfordringer som er relatert til en realisering i sykehusvirkeligheten. Dermed møter ideen, sannsynligvis, mindre motstand og det idealiserte bildet kan beholde sin tiltrekkingskraft (Brunsson, 2006, pp. 77-78).

De politiske dokumentene beskriver videre samvalg som en enkel løsning på samtlige av helsevesenets mange og motstridende utfordringer. Det fremføres en antakelse, uten referanser eller begrunnelse, om at pasienter ved samvalg i økt grad velger bort behandling eller velger en konservativ, og dermed rimeligere, behandling. På denne måte skal spesialisthelsetjenesten bruke mindre ressurser. Dermed bidrar pasientene positivt til samfunnets verdiskaping (Palumbo, 2016).

En slik antakelse bygger på en markeds- og kundetenking, der kunden velger den vare som er god nok i forhold til det pris han er villig til å betale. I denne kontekst blir dette resonnement ikke gyldig. Kunden, som her er en bruker, eller pasient, betaler ikke selv for varen. Varen, den medisinske behandlingen, betales av det offentlige. Kunden/pasienten, trenger derfor ikke å ta hensyn til kostnaden på varen/behandlingen. Dermed blir dette argument, og denne antakelse egentlig ikke anvendelig i denne sammenheng.

Jeg går nå videre med å drøfte de funnene fra intervjuundersøkelsen som speiler de politiske dokumentenes fremstilling av samvalg som et prinsipp.

#### 6.2.2.2 *Symbol*

Empirien er uttrykk for noe som kan tolkes som et forsøk på en sentralt styrt oversettelsesprosess, en *vertikal oversettelseskjede*. Respondentene forteller om en intern fagdag med eksterne kunnskapsrike forelesere. Tolkningen er at Sykehuset har tatt i bruk disse fagautoriteter i et forsøk på en *sosial autorisering* av begrepet samvalg. Hensikten har vært å øke mulighetene for en legitimering av begrepet innad i sykehuset, slik at man kan etablere en sentral modell for samvalg ved Sykehuset i Telemark (Røvik, 2007, p 226).

En alternativ, og kanskje mer sannsynlig, forklaring springer ut fra den mangelfulle promoteringen og fraværet av tilrettelegging for ledes og klinikers deltakelse på fagdagen. Denne forklaringen innebærer at fagdagen var en symbolsk handling. En speiling av samvalg som mote og reformuttrykk. Samvalg er på moten og dermed svaret på ”hvordan” et sykehus skal bedrive klinisk praksis. Begrepet samvalg er blitt gjenstand for *produktivering* og det er derfor vesentlig å demonstrere den egne organisasjonens tilknytting til begrepet. Gjennom å vie en fagdag til dette tema så viser man for sine instusjonelle omgivelser (og kanskje også for seg selv) at man er opptatt av samvalg, og dermed har man besvart ”hvordan”, dvs at man bedriver klinisk praksis på den måte som akkurat nå er det ”rette og riktige”. Med dette etterstreber organisasjonen legitimitet, hvilket videre kan bidra til at organisasjonen oppleves som attraktiv i konkurranse med andre aktører (ibid.).

#### 6.2.2.3 *Prinsipp i stedet for praksis*

Et relatert funn som avspeiler de politiske dokumentenes fokus på prinsipp i stedet for praksis, er hvordan fagdagen har vært, eller kanskje heller ikke har vært, promotert. Gjennom mangelfull, både informasjon og tilrettelegging for oppmøte, så har man

etterstrebet å ikke ”forstyrre” virksomheten med begrepet samvalg. Gjennom å ”holde tilbake” informasjon og kunnskap så har man ikke bundet begrepet til et spesifikt meningsinnhold og den enkelte leder og klinikker kan operasjonalisere og praktisere samvalg ut fra sin egen tolkning av begrepet. Man innfører kun begrepet og fortsetter med samme kliniske praksis som før. Den *formelle organisasjonen*, som er rasjonell og knyttes til ritualet samvalg er den organisasjon som presenteres for omverden. Den er på en meget løs måte koblet til den *informelle organisasjonen*, hvilket er den faktiske og praktiske aktiviteten, der man driver som før. Dette tyder på at samvalg i høyere grad tas i bruk som ett *prinsipp* enn en praksis (Brunsson, 2006).

I empirien avdekkes ytterligere et funn som understøtter denne tolkning.

Respondentene opplever at de pålegges mange og forskjellige krav som ikke har noen praktisk mening og/eller er vanskelige å realisere. Et eksempel som nevnes er kurativ kreftbehandling. Behandlingen er så individuelt tilpasset at pasientens valg oftest består av behandling eller ikke behandling. Et annet eksempel er når det i løpet av et utrednings- og behandlingsforløp skal tas en mengde ulike valg. Om pasienten skal informeres og det skal være et samvalg på alle disse trinn, så blir det nesten umulig å gjennomføre et slikt forløp. Disse eksempler kan tolkes som et uttrykk for at respondentene opplever at det mangler retningslinjer for hvordan samvalg skal operasjonaliseres i den kliniske praksis.

Brunsson`s (2006) teoretiske perspektiv om fokus på prinsipp istedenfor praksis kan bidra til å belyse disse funnene. Samvalg er et forlokkende prinsipp som knyttes til meget positivt ladede verdier. Prinsippet om samvalg er mer raffinert og attraktivt enn den komplekse og motsigelsefulle virkeligheten det skal operasjonaliseres i. Denne opplevde diskrepans mellom ide og virkelighet kan ses som et uttrykk for at samvalg er et vakkert, men kanskje uoppnåelig, ideal som tjener mer som et moraliserende prinsipp enn et verktøy for klinisk praksis.

Jeg opplever at dette kapittel 2.1, med drøftingen av mine, funn avspeiler den tautologiske beskrivelsen av samvalg. Drøftingen av mine funn, og relasjonen mellom funnene blir sirkulær. Dette bekrefter ytterligere begrepet samvalg og samvalgsprosessen som et *prinsipp i stedenfor praksis* (Brunsson, 2006).

Her har jeg drøftet hvordan man fortsetter med samme praksis som før, men gir det et nytt navn. Dette leder oss videre til en mer inngående drøfting av respondentenes opplevde kjennskapet til begrepet

#### 6.2.2.4 En godt kjent idealpraksis, med nytt navn – reform

Innen jeg starter med å drøfte neste funn vil jeg minne om at respondenternes opplevelse av samvalg er en modifisert oversettelse av den opprinnelige begrepsdefinisjonen.

Respondentenes kontekstualiserte oversettelse har en hovedsakelig markedsinspirert og valgbasert tilnærming til samvalg og samproduksjon.

Oppdagelser i empirien viser at respondentene opplever å være godt kjent med innholdet i samvalg, og også oppfatter dette som den ideelle praksis. Begrepet oppfattes som politisk korrekt, tidsriktig, moderne og forbigående. Det vil si at samvalg oppleves å ha et gammelt og kjent innhold som nå blir presentert med et nytt navn og i en ny innpakning.

Respondentenes opplevde kjennskap til samvalg kan forklares på ulike måter.

Respondentene har en *modifisert og utvannet oversettelse* av samvalg. Denne oversettelse synes å være synonym med den praksis de bedriver nå, eller i hvertfall etterstreber å bedrive. Da det er denne praksis, deres egen opplevelse av samvalg, de strever etter så ses denne som en idealpraksis. Derav følger at deres egen opplevelse og versjon av samvalg oppleves som å ha et kjent innhold, men med et nytt navn (Røvik, 2007, pp. 311-312; Brunsson, 2006, pp. 120-121).

En alternativ forklaring er å betrakte samvalg i perspektiv av Brunsson`s (2006) teori om reformer. Samvalg inneholder i meget høy grad de samme elementer, og har samme hensikt, som andre organisasjonsmoter. Hensikten er å gjøre organisasjoner mer rasjonelle. *Helsevesenet som politisk organisasjonen etterstreber å leve opp til omgivelsenes krav*, det vil si at de etterstreber *legitimitet*. Omgivelsenes krav til legitimitet varierer med tiden. Helsevesenet som politisk organisasjon må forholde seg til dette og til enhver tid ta de nødvendige praktiske grep for å få de ønskede positive konsekvenser, hvilket er legitimitet hos omgivelsene (Brunsson, 2006). Akkurat nå er det mote med en samproduksjons- og samskapingstenking. Gjennom bruk av begreper som ”Samvalg” og ”Pasientens helsetjeneste”, signaliserer helsevesenet at de slutter seg til denne trend. Da innholdet i høy grad er det samme som i tidligere moter og *reformer*, rasjonalitet, opplever respondentene innholdet i samvalg som kjent, men med et nytt navn (ibid.).

Opplevelsen av samvalg som noe kjent, fører oss videre til et relatert funn, et paradoks.



#### 6.2.2.5 Paradoks kjent men ikke kjent - hykleri og reform og hykleri og reform og .....

Et interessant funn, som er relatert til det ovenstående, er at empirien uttrykker et paradoks. Innholdet og praksisen i samvalg beskrives som godt kjent samtidig som respondentene har store vanskeligheter med å beskrive innholdet i samvalg. Innen jeg går videre, minner jeg på nytt om respondentenes modifiserte oversettelse av samvalg.

Ved en nærmere studie av dette funnet, et paradoks, så kan det tolkes som at respondentene har vanskeligheter med å beskrive innholdet i det man mener er den etterstrebede og egentlig allerede etablerte kliniske praksis. Jeg drøfter to mulige forklaringer på dette.

En forklaring er relatert til den setting der informasjon har fremkommet, dvs. en intervjusituasjon. Samvalg er et meget emosjonelt positivt ladet begrep som har fått stor spredning og som internasjonalt presenteres som den ideelle og kvalitetsmessig absolutt foretrukne praksis i helsevesenet. Av dette følger at respondentene ønsker å fremstå som oppdaterte ledere som tilstreber å operasjonalisere den praksis som betraktes som forsvarlig og etisk riktig, akkurat nå. Dette uten at samvalg nødvendigvis har en klar forankring i den egne kliniske praksis. Det vil si at respondentene føler seg pressede til å si at de praktiserer, eller i hvert fall prøver å praktisere, en moderne og tidsriktig korrekt pasientbehandling. Et slikt *hykleri* medfører naturlig nok at det blir vanskelig å beskrive innholdet i samvalg (Brunsson, 2006).

En alternativ, men relatert forklaring kan knyttes til samvalg som et politisk reformuttrykk på nasjonalt nivå. Brunsson (2006) skriver at reformer kan ses som problemløsninger. Samvalg som reformuttrykk blir i dette case en politisk rasjonell måte å integrere motstridende krav. Med hjelp av samvalg har man staket ut en retning for å nå de overordnede velferdspolitiske målen. Samtidig inneholder samvalgsprosessen elementer som tilfredsstillende de institusjonelle omgivelsenes normer og krav. Dette er dels krav om en evidensbasert praksis og et samarbeid mellom pasient og kliniker. Dels er det krav om å ivareta det moderne samfunns sentrale verdier, det unike individet, rasjonalitet og intensjonalitet. I praksis er det umulig å nå disse mål samtidig og med et enkelt tiltak. Dette tvinger frem et skille mellom faktisk klinisk praksis, det man faktisk gjør, og prinsipiell praksis, det man sier at man gjør. Dette kan skje uten at aktørene er helt klare over det, hvilket synes å være tilfelle i dette case. Derav følger at respondentene har vanskeligheter med å beskrive innholdet i det man sier at man praktiserer, for man praktiserer det jo egentlig ikke. Også her tar dette seg uttrykk i en slags *hykleri* (ibid.).

Det er akkurat dette fenomen som har ledet frem til en samvalsreform. Den foregående reformen gav ikke det ønskede resultat. Den resulterte i et skille mellom prinsipp og praksis. Et skille mellom det som blir sagt og det som blir gjort. Nå er det lagt frem nye styrende føringer som atter en gang har til hensikt å samstemme prinsipp og praksis. Denne gang går dette håpefulle politiske *reform*prosjekt under betegnelsen samvalg og pasientens helsetjeneste. De ansatte i spesialisthelsetjenesten griper villig tak i disse begreper og tilpasser dem til egen kontekst og praksis. Men også denne gang viser empirien at prinsipp og praksis ikke er samstemt. Det er dette repeterende mønster respondentene beskriver da de gir uttrykk for at innholdet i samvalg er kjent men begrepet nytt (Brunsson, 2006; Brunsson, 2006).

Samvalg inneholder altså flere elementer som tilfredsstillende kravene til de institusjonelle omgivelsene. Flere av disse elementene, slik som det unike individet og rasjonalitet, fremstår som mål i seg selv. Dette fører oss videre til neste funn – fremstillingen av samvalg som et mål i seg selv.

### 6.2.3 Selvinnlysende, realisering av verdier, og symbol

I de politiske dokumentenes fremstilles samvalg som et mål i seg selv. Dette kan tolkes og forklares på ulike måter. Jeg drøfter dette funnet i perspektiv av relevant teori.

#### 6.2.3.1 Realisering av verdier - selvinnlysende

Samvalg, i de politiske dokumentenes fremstilling, er en prosess som i innhold og oppbygging kan sies å være basert på normer om både individet, rasjonalitet og intensjonalitet. Brunsson (2006) beskriver disse verdier som fremtredende i den moderne vestlige verden. Fremstillingen av samvalg som en rasjonell, målrettet og individuelt tilpasset beslutningsprosess, gir inntrykk av at samvalg realiserer disse verdier i praksis. Dermed fremstilles og oppleves samvalg som *selvinnlysende*, selvrettferdigjørende og dermed også *legitimt* (Røvik, 2007, Brunsson, 2006). Med bakgrunn i dette blir prosessen samvalg et mål i seg selv.

Dette leder oss videre til en drøfting av de tilknyttede funnene som er avdekket i intervjuundersøkelsen.

I empirien oppdages at respondentene opplever samvalsprosessen som et mål i seg selv. Dette kan tolkes som at respondentenes opplevelse av samvalg speiler dokumentenes fremstilling av samvalg som selvrettferdigjørende eller selvinnlysende. Dette kommer av

den tidligere beskrivelsen av samvalg som en rasjonell prosess. En prosess som inkorporerer i seg høyt prisede verdier som er mål i seg selve. Rasjonalitet, det unike individet og intensjonalitet. Av dette følger at samvalg og samvalgprosessen oppleves som selvtrettferdiggjørende og et mål i seg selv. Dermed er det også større sannsynlighet for at selve prinsippet om samvalg blir sett som mer selvinnytsende enn beskrivelsen av en vanskelig gjennomførbar praksis (Brunsson, 2006). Dette leder oss videre til samvalg som et symbol eller en myte.

#### 6.2.3.2 Et symbolsk fenomen - normativ integrering av verdier og utviklingstrekk

Fremstillingen av samvalg som et mål i seg selv kan også forklares i perspektiv av teori om myter og symboler. Samvalg som prinsipp kan sies å legemliggjøre en velferdspolitisk samproduksjonstenking. Dette skjer dels gjennom et fokus på samarbeid mellom medborger/pasient og det offentlige/kliniker, og et samtidig fokus på slike sentrale verdier som individet, rasjonalitet og intensjonalitet. Dels gjennom at dette samarbeidet har det enkelte individs utvikling i fokus. Med dette som bakgrunn kan samvalg sies å representere et forsøk på en normativ forening mellom sentrale verdier og utviklingstrekk i offentlige organisasjoner og samfunnet. Det vil si at samvalg ses som en prosess som realiserer og integrerer disse verdier i praksis. En faglig oppdatert kliniker som bedriver evidensbasert praksis, og en pasient som har dybgående innsikt i egne livsverdier. Disse inngår i et harmonisk og problemfritt partnerskap, og tar sammen en beslutning som er i tråd med pasientens ønsker.

Dermed kan samvalg også betraktes som *sense-making* eller *myte*. Et *symbolsk fenomen* som bidrar til legitimering av de aktører og organisasjoner, her Sykehuset i Telemark, som forbindes med det (Palumbo, 2016, Voorberg et al., 2014,).

Dette leder oss videre til en drøfting av noen nærliggende funn, samvalg som et reformuttrykk og helsevesent som en politisk organisasjon.

#### 6.2.4 Inkonsistente krav og en løsning – politisk organisasjon

I dette avsnitt drøfter jeg de funn som kan relateres helsevesenet som en politisk organisasjon.

##### 6.2.4.1 Idealtypisk politisk organisasjon

I de politiske dokumentene fremkommer at mange og motstridende krav rettes mot helsevesenet. Videre beskrives hvordan viktige strukturer og prosesser i

spesialisthelsetjenesten er rettet direkte mot de institusjonelle omgivelsene. Dokumentene ønsker å demonstrere for verden hvordan organisasjonen ivaretar et bredt spekter av inkonsekvente krav som er relatert til de overordnede helsepolitiske målsettinger. Disse politiske målsettinger stiller selvmotsigende krav til lederne i helsevesenet og av dette følger at spesialisthelsetjenestens legitimitetsgrunnlag hviler på at det reflekterer *inkonsistente normer*. De politiske dokumentenes problemløsningsfokus tydeliggjør også spesialisthelsetjenestens fokus på *problemer* (Brunsson, 2006, pp. 22-24). De politiske dokumentenes beskrivelser av disse motstridende krav og medfølgende utfordringer, som skal løses gjennom samvalg, kan tolkes som et forsøk på å fremstille spesialisthelsetjenesten som en *idealtypisk politisk organisasjon*. Dette i motsetning til en *handlende organisasjon* som søker å tilfredsstillere en interesse eller et behov av gangen (ibid., pp.19-22). Dette leder oss videre til hvordan dette tolkes og håndteres av Sykehuset i Telemark.

I empirien fra intervjuundersøkelsen avdekkes funn som kan tolkes som at organisasjonen, Sykehuset i Telemark, avspeiler også denne del av de politiske dokumentene.

Empirien tilsier at respondentene opplever å stå i en situasjon med mange og motstridende krav rettet mot seg. Dette kan forklares i perspektiv av teori om den *politiske organisasjon*. Respondentene beskriver hvordan effektivitetskrav skal ivaretas, de skal få pasienter raskt igjennom et behandlingsforløp. Samtidig med dette skal de ha et kvalitetsfokus, og bedrive en evidensbasert praksis, ta i bruk samvalg og ivareta den enkelte pasientens behov. Og ikke nok med det, dessuten skal de følge retningslinjer for prioritering i spesialisthelsetjenesten og nasjonale føringer for hvem som har rett til kreftbehandling eller ikke. Videre skal de håndtere de utfordringer som følger av internettbasert informasjon og private helsetilbud (Brunsson, 2006).

Disse krav representerer ulike ideologiske retninger og springer fra ulike velferdspolitiske tilnærminger. Retningslinjer for prioritering og nasjonale føringer for behandling kan ses som uttrykk for en demokrati- og rettferdighetsdiskurs, private helseaktører er et utslag av en markedsdiskurs, og samvalg er videre et resultat av en samproduksjonsdiskurs (Andreassen 2005; Christensen & Fluge, 2016). Samlet viser dette at Sykehuset i Telemark er en *avspeiling av sine omgivelser* og har inkorporert i seg den *ideologiske mangfoldighet* som karakteriserer en *politisk organisasjon* (Brunsson, 2006).

I empirien avdekkes ytterligere funn, den politiske organisasjonens karakteristiske trekk, som kan tolkes å bekrefte ovenstående resonnmang, om Sykehuset i Telemark som en politisk organisasjon og avspeiling av de politiske føringer.

Empirien viser at det kliniske arbeidet og beslutninger vedrørende den enkelte pasient, i meget høy grad utføres av en gruppe ansatte med spesialistkompetanse på forskjellige områder. Dette blir beskrevet som positivt, konstruktivt og rasjonelt, da det bidrar til å gi et mest mulig helhetlig bilde av pasienten og dennes problematikk. Samtidig beskrives arbeidsmåten som meget utfordrende. Ulike fagspesialister med forskjellige faglige perspektiver vektlegger ulike aspekter av pasientens problematikk og dermed er det en utfordring å bli samstemt og enige. Denne flerfaglighet beskrives som et krav for å kunne drive slik kreftbehandling. Dette kan ses som et eksempel på *ulikheter som et rekrutteringsprinsipp*. Flerfagligheten har til hensikt å gi en rasjonell beslutningsprosess, men respondentene beskriver hvordan det er tidkrevende og vanskelig å enes om et valg, det vil si en løsning på problemet. Faglig uenighet, i tillegg til nasjonale føringer for behandling og prioritering, skaper utfordrende konfliktfylte setninger. Dette kan ses som eksempler på hvordan sykehuset som en politisk organisasjon har *konflikter som organisasjonsprinsipp* og på tross av, eller kanskje akkurat på grunn av, at de følger normene for rasjonalitet på flere områder (både flerfaglighet og nasjonale rasjonelle føringer) ender opp med *irrasjonelle beslutningsprosesser*.

Det kliniske arbeidet har til hensikt å løse, ikke bare et, men flere problemer. På et mikronivå skal man løse problemet med pasientens helsetilstand eller sykdom og på et makronivå skal det kliniske arbeidet bidra til å løse spesialisthelsetjenestens oppgave. Videre skal dette bidra til å løse problemet med kvalitet og effektivitet, de overordnede velferdspolitiske målsettingene. Samlet viser dette at respondentene er del av en organisasjon som i aller høyeste grad er *problemorientert*.

Det fremkommer i empirien ytterligere et funn som understreker opplevelsen av Sykehuset i Telemark som en politisk organisasjon. Respondentene beskriver hvordan de presenterer handlingsalternativ for pasienten gjennom å legge føringer som er farvet av klinikers egne preferanser. Disse handlinger springer ut fra *pastoral makt* og begrunnes og rettfærdiggjøres med argumenter som bunner i en omsorg for pasienten (Focault et al., 2007).

Atferden forsterkes av en redsle for konsekvenser, i form av klager og søksmål, i tilfelle en pasient skulle velge bort en kurativ og livreddende behandling. Funnet kan ses i perspektiv

av den politiske organisasjonen som *intellektuell* og den *mistillit, skepsis* og de *depressive trekk* som følge av dette karakteriserer den. De mange direktiver og de rasjonelle beslutningsprosesser som etterstrebes å følge tydeliggjør for respondentene de motstridende krav og føringer som er pålagt dem. Dermed finnes det ikke et valg som tilfredsstillende samtlige av disse krav. Dette skaper en usikkerhet om hvordan situasjonen skal håndteres og respondentene ser seg nødt til å velge mellom ”pest og kolera”. De tar et valg som springer ut fra pastoralmakt hvilket gir en følelse av utilstrekkelighet med medfølgende mistillit til egen praksis og behov for å rettferdiggjøre egne handlingsvalg (Brunsson, 2006).

Fra skepsis og mistillit til håp. Jeg går nå over til å drøfte en positiv og håpefull innstilling til samvalg og de funnene som kan relateres til det.

#### 6.2.5 Positivitet og håpefullhet

I dette underkapittel drøftes funn som kan relateres til respondentenes positive og håpefulle innstilling til samvalg.

##### 6.2.5.1 Entydig positivitet

Empirien fra intervjuundersøkelsen viser at respondentene har en entydig positiv innstilling til begrepet samvalg og den relaterte praksis. Dette kan forklares på flere måter. En forklaring kan relateres til den tidligere drøftingen om det moderne samfunns streben etter verdier som individualitet, intensjonalitet og rasjonalitet, og samvalg som et fenomen som vektlegger samtlige av disse verdier. En oppdatert kliniker og en pasient med en dybgående innsikt i seg selv. Gjennom et harmonisk samarbeid så bistår helsevesenet enkeltindividet med å ta en nøye overveid og hensiktsmessig individuell tilpasset avgjørelse vedrørende dennes private liv. Dermed er både prinsippet om det unike individet og intensjonell rasjonalitet ivaretatt (Brunsson, 2006, p. 13-17).

Jeg fortsetter med å drøfte et relatert funn.

##### 6.2.5.2 Prinsipp som målestokk for praksis – fravær av kritikk

Et annet funn i empirien er fraværet av kritikk til samvalg, som begrep og praksis. I perspektiv av Brunsson`s teori (2006, pp.113-118) kan dette forklares gjennom ulike resonnement. Empirien tilsier at noen respondenter opplever at de allerede praktiserer samvalg, mens andre uttrykker at dette noe de streber etter, men ikke helt lykkes med.

Dette kan tolkes som at respondentene bruker opplevd grad av samstemmighet med egen oppfattelse av samvalgspraksis som *kvalitetsindikator og målestokk for egen praksis*.

Dette leder oss over til normer og en videre drøfting av den positive holdningen til samvalg.

#### 6.2.5.3 Normer

Den positive holdningen til samvalg kan også forklares i perspektiv av normer som regulerer hva en ansatt i offentlig helsevesen kan uttrykke i offentlige sammenheng. En ansatt i helsevesenet bør selvfølgelig uttrykke støtte for tiltak som setter pasientens vel og ve i fokus og heller ikke gi uttrykk for en holdning som strider mot helsepolitiske føringer eller de institusjonelle omgivelsenes forventinger. *Normer*, for ansatte i offentlig helsevesen, kan dermed styre deres intensjoner og offentlige uttrykk. Som et motstykke til dette står de faktiske handlinger, som vanskelig lar seg styres av normer. Denne forklaring kan videre relateres til tidligere drøfting om reformer og hykleri, og hvordan skillet mellom den formelle og den uformelle organisasjonen skaper et slags *organisatorisk hykleri* (Brunsson, 2006, p. 20 og 42). Reformen kan videre sies å være et slags uttrykk for håp. Dette fører oss over til en drøfting av de funnene som relatert til en håpefullhet.

#### 6.2.5.4 Håpefullhet

Her drøftes to varianter av håpefullhet, som kan knyttes til to forskjellige tilnærminger til samproduksjon.

Håpefullhet – en valgbasert tilnærming

I empirien er det funn som kan ses som et uttrykk for håp. Respondentene uttrykker at en operasjonalisering av samvalg er forbundet med store utfordringer. De opplever samtidig at en slik praksis byr på store muligheter da det setter krav til klinikere å være faglig oppdatert. En forklaring på dette funn er å finne i teori om reformer som mekanismer for håp og som en måte å samstemme praksis med prinsipp. Videre kan det relateres til den tidligere drøftingen om *prinsipp som målestokk for egen praksis*.

Respondentene beskriver hvordan den praktiske virkeligheten vanskeliggjør både klinikers muligheter til faglig oppdatering og ledes oppfølging av klinikers faglige oppdatering. Det vesentlige med dette funn er at det er ikke prinsippet som er det opplevde problemet. Det er den praktiske virkeligheten som ikke er tilpasset det rasjonelle og vakre prinsippet. Gjennom et slikt håpefullt resonemang, der man er overbevist om at bare

virkeligheten endres, så når man dette ideal, så kan man beholde håpet om en praktfull praksis med en evidensbasert opplyst kliniker.

Et annet vesentlig moment i dette funn er at en slik praksis skal brukes til å forsyne pasientene med fullverdig informasjon slik at den enkelte pasienten får optimale muligheter til et reellt valg. Dette gir videre pasienter som er mer fornøyde med det sluttlige resultat. En slik tilnærming ser bort fra pasientens bidrag inn i samvalg og samproduksjon og har patriarkalske trekk. Det kan tolkes som at respondentene har en valgbasert og markedsdiskursinfluert tilnærming, og betrakter samvalg som en *samproduksjonsaktivitet på individuelt nivå*. Dette er da uttrykk for *samproduksjon på mikronivå* (Glynos & Speed, 2012; Hunter, 2009 i Palumbo, 2016; Christensen & Fluge, 2016; Askheim, 2012).

Dette tar oss videre til en annen tilnærming til håpefullhet.

Håpefullhet – anerkjennelsesbasert tilnærming

Empirien viser også at det er en opplevelse, dog i relativt liten grad, av at samvalg øker muligheten for den enkelte pasient å få bidra med sitt unike perspektiv inn i behandlingssamarbeidet. Det forventes at dette skal gi en mer individuelt tilpasset behandling og mer fornøyde pasienter. En slik tilnærming til samvalg tyder på en opplevelse av at pasientens kunnskap er vesentlig for helseutfallet og kan dermed ses som et uttrykk for en *anerkjennelsesbasert* tilnærming til samproduksjonsaktiviteter på individuelt nivå (Glynos & Speed, 2012; Hunter, 2009 i Palumbo, 2016; Askheim, 2012).

### 6.2.6 Samvalg og makt

I denne kategori drøftes funnene som kan knyttes til relasjonen mellom samvalg og begrepet makt. Først drøftes de funnene fra mine metodiske tilnærminger. Deretter drøftes funnene som er et resultat av de refleksjoner jeg har gjort meg under prosessens gang.

#### 6.2.6.1 Samvalg og makt

Makt i henhold til Foucault og Weber

De politiske dokumentene gjør det tydelig at samvalg ikke fratår helsepersonell ansvaret for pasienten og dennes valg, og heller ikke innebærer et fravær av maktutøvelse. Det er mer slik at makten har endret karakter. Den har gått fra et Webersk, legitimert og tvingende uttrykk for makt, til en makt som er mer usynlig. En makt som er subtil, fortrolig og velmenende og mer i tråd med tenkingen til Foucault (Foucault et al., 2007)



Empirien fra min intervjuundersøkelse viser at makt er et begrep som oppleves som relevant i helsevesenet. Politiske føringer om samvalg oppleves som en maktutøvelse i forhold til helsevesenets ansatte. Helsevesenet som institusjon, med sin kunnskap, organisering og struktur, beskrives å inneha en maktposisjon i forhold til pasienten. Makt blir av respondentene beskrevet som negativt, tvingende og uønsket og knyttes til den tradisjonelle paternalistiske kulturen i helsevesenet. Det oppleves som tilbakestreversk at begrepet makt brukes i politiske dokumenter som omhandler brukermedvirkning og samvalg. Respondentene opplever at den ønskede utviklingen med individualisering, økt ansvarliggjøring av pasienter, og et samarbeid mellom pasienter og helsepersonell, hemmes og motarbeides ved bruk av maktbegrepet. En slik opplevelse kan muligens forklares ved å ta i bruk et Webersk maktbegrep, *governmentality* og maktbegrepet til Foucault. Med bakgrunn i respondenternes beskrivelse av makt, tvingende og negativt, så kan det antas at de har en Webersk forståelse av maktbegrepet. Den ønskede utvikling, med individuelt ansvar, som de beskriver kan tolkes å være et uttrykk for *governmentality* og makt som det defineres av Foucault (Foucault et al., 2007) Dermed kan det forstås slik at det er respondentenes egen forståelse av begrepet makt som hemmer den ønskede utviklingen.

"Technology for citizenship" og *governmentality*

De politiske dokumentene fremstiller samvalg som et verktøy som helsepersonell skal ta i bruk for å hjelpe den enkelte pasient med å identifisere verdier og preferenser. I denne prosess så får også helsepersonellet inngående kjennskap til pasienten og kan dermed, gjennom bruk av *pastoralmakt*, hjelpe pasienten på best mulig måte (Foucault et al., 2007).

Samvalg, slik det blir beskrevet i de politiske dokumenter, kan videre betraktes som et verktøy for styring og maktutøvelse. En *technology for citizenship*. I et slikt perspektiv blir både samvalgsprosessen og den relaterte samvalgskommunikasjon verktøy for helsepersonellet. Med hjelp av slike verktøy skal det enkelte individ formes til den type medborger som er best egnet til å tilfredsstille de institusjonelle omgivelsenes krav og normer og mest egnet til å bidra til å oppnå de overordnede politiske målsettingene (Cruishank, 1999). Dette kan videre ses som et uttrykk for maktutøvelse i form av *governmentality* der medborgere styres til å bli selvstyrende. Dette er en makt som ikke er tvingende og eksplisitt, dette er en velmenende makt som er implisitt (Foucault et al, 2007).

I dette perspektiv blir samvalg et verktøy som bunner i en samproduksjonsdiskurs, og som har til hensikt å gi individene en form som aktive, frie og samfunnsansvarlige medborgere. Denne form er best egnet til å realisere en velferdspolitisk samproduksjons- og samskapingstenking (ibid.). I dette perspektiv kan samvalg ses som en empowerment-teknikk som syfter til å kontrollere individenes handlinger slik at de blir selvstyrende (Dean, 1999; Foucault, 2002, p. 341). Dette fører oss videre til empirien fra intervjuundersøkelsen.

En "miks" av maktperspektiver

Den enkelte kliniker er i egenskap av sin spesialist- og kompetanserolle i en maktposisjon i forhold til pasienten. Klinikere har avansert fagspesifikk kunnskap, spesifikk sykdomsinformasjon om den enkelte pasient og også makt i form av spesifikk erfaring.

Hver enkelt kliniker forvalter denne makt og har i hver enkelt situasjon muligheten til å, dels velge hvilken informasjon som skal presenteres for pasienten, og dels, velge hvordan informasjonen skal legges frem. I denne makt ligger det store muligheter til manipulering, hvilket empirien tilsier at respondentene benytter seg av.

Denne manipulering kan sies å være uttrykk for et intensjonelt og *kausalt maktbegrep* som det beskrives av Russell (1938). Det utøves med gode intensjoner for å realisere en hensikt og det vurderes at ikke noen taper på denne maktutøvelse.

Empirien viser videre at respondenter, i tråd med et *Webersk maktbegrep*, legitimerer denne maktutøvelse (Østerberg, 2012). Gjennom å vise til en fremtidig positiv effekt for pasienten rettferdiggjøres denne maktutøvelsen. Med bakgrunn i den hensikt om utøvelse av omsorg som ligger i en slik maktutøvelse, så kan dette også relateres til Foucault og hans begrep *pastoral makt*. Respondentene knytter seg til prinsipper om en velmenende styring av individer, og en plikt til å gjøre godt for den enkelte pasient (Foucault et al., 2007).

Denne ujevne maktrelasjon forsterkes ytterligere av den situasjon, med fysisk, psykisk og sosialt redusert tilstand, som pasienten er i. I forlengelsen av dette tilsier empirien videre at det er vanskelig, om ikke umulig, å sikre at pasienten har forstått og klart å ta innover seg konsekvensene av den informasjon som blir gitt. Kjennskap til dette bidrar ytterligere til klinikerens velmenende manipulering og bruk av *pastoral makt*, som tar seg uttrykk i presentasjon av et nøye vurdert utvalg av informasjon.

Begrensinger av individens frie valg – Foucault eller Weber?

De politiske føringene gir også uttrykk for maktutøvelse gjennom å beskrive de begrensinger for individens frie valg som ligger i samvalg. Gjennom begrensingene, som dels knyttes til forsvarlighet og omsorg for den enkelte og dels knyttes til samfunnets beste og omsorg for alle, så er den enkelte pasientens behandlingsvalg begrenset (Foucault, 2002, s. 341). Samlet kan disse funn betraktes som et uttrykk for en maktutøvelse i form av *governmentality* (Foucault et al., 2007).

Et alternativt perspektiv er å betrakte disse begrensinger som et uttrykk for en *Webersk tvingende makt*. De begrensinger som ligger i samvalg er urokkelige. Det settes tydelige kriterier for at det er ”noen” utenfor pasienten som avgjør om denne kan få en spesifikk behandling. Denne ”noen” kan ta en slik avgjørelse i kraft av makt som bærer i kunnskap og/eller autoritet (Østerberg, 2012, p. 116).

Jeg avslutter drøftingen med noen generelle refleksjoner rundt begrepet samvalg og makt.

#### *6.2.6.2 Samvalg og makt - generelle refleksjoner*

Som tidligere nevnt fremkommer at respondentene opplever det som utfordrende å gi pasienten en passende mengde forståelig informasjon. Dette setter respondentene i etiske og moralske dilemmaer.

Informasjonsoverføring fra pasient til kliniker beskrives ikke å by på noen opplevde utfordringer eller etiske betraktninger. Dette kan også relateres til funnen som viser at klinikere beskriver *samvalg i et smalt perspektiv*, kun informasjonsoverføring fra kliniker til pasient. Dette tilsier at respondentene har en *valgbasert tilnærming til samskaping*. De etterstreber å gi pasienten informasjon slik at denne skal kunne ta et valg (Glynos & Speed, 2012). Dette gir en fortsatt profesjonell dominans der pasientens bidrag inn i tjenesteskapingen sees som ikke relevant. Tidligere drøftede funn, privat helsesektor som et valgalternativ for pasienten, støtter opp om denne tilnærming til samproduksjon.

Denne profesjonelle dominans og funn som peker på en tilsynelatende mangel på interesse for pasientens bidrag i form av kunnskap om seg selv kan også forklares som en motvillighet til å ta inn over seg informasjon som ytterligere kompliserer valgsituasjon og dermed miste kontrollen over situasjonen. Gjennom å styre informasjon og kommunikasjonen kan man beholde sin maktposisjon uten å behøve tvinge sitt igjennom mot motstand (Østerberg, 2012, p. 116).

Empirien gir uttrykk for problemstillinger knyttet til forskjeller i behandlingsmuligheter for offentlig og privat helsesektor. Det beskrives hvordan Nasjonalt beslutningsforum setter opp standarder for behandling i offentlig sektor. Dette kan ses som en ”utenfor-individet-vurdering” og et middel i streben etter å oppnå et velferdspolitisk mål om rettferdighet (Olsen, 2006). Privat sektor trenger ikke i like høy grad å forholde seg til disse standarder. Her kan pasienten ”kjøpe seg” en behandling. Slike private aktører kan dels ses som et middel i streben etter et annet velferdspolitisk mål, nemlig *effektivitet*, dels kan det ses som en måte å tilfredsstille kravet om *individualisering og valgfrihet*. Det offentlige og det private helsetilbudet kan sies å være velferdspolitiske tiltak som springer ut fra hver sin velferdspolitiske tilnærming. Som medborgere har pasienten, i en demokrati- og rettighetsdiskurs, rett til offentlige helsetjenester, men da det samtidig etterstribes rettferdighet og effektivitet så settes det grenser for hvor langt disse rettighetene strekker seg. Som konsument, i en markedsdiskurs, skal pasienten ha mulighet til å velge fritt mellom ulike tjenester (Andreassen, 2005). Samvalg kan betraktes å springe ut fra en tredje velferdspolitisk tilnærming, et samproduksjonsperspektiv. I empirien fremkommer at respondentene har ulike tilnærminger til slik samproduksjon, dels en valgbasert, markedsinspirert, og dels en mer anerkjennelsesbasert tilnærming.

Ideen om pasienters aksept for behandlingsavslag kan tolkes som en anerkjennelsesbasert tilnærming. I et slikt velferdspolitisk samproduksjonsperspektiv har pasienten et medansvar i samskapingen av verdier. Gjennom å akseptere kriterier for prioritering og medfølgende konsekvenser i form av avslag på behandling så tar pasienten, sin pliktige, del i produksjonen av velferd (Hunter, 2009, i Palumbo, 2016).

Velferdsstaten får store utfordringer i fremtiden og har ikke nok ressurser til å ivareta alle pasienter i like høy grad som tidligere. Den medisinske utviklingen gir nye behandlingsmuligheter, ikke minst innen kreftbehandling. Kostbare behandlinger som det offentlige ikke har økonomiske muligheter å tilby til alle pasienter. Dette dilemma kan enten løses gjennom å nekte pasienter behandling, dvs ”tvinge igjennom” et avslag. Dette kan sies å representere en Webersk forståelse av makt og er dermed lite i trå med et brukermedvirkningsprinsipp (Østerberg, 2012). En mer tiltalende tilnærming er å appellere til pasienten gjennom argumenter om felles ansvar, involvering og samarbeid. På denne måte skal det samme resultatet oppnås, ikke gjennom tvang, men gjennom at pasienter ”manipuleres” til en forståelse og dermed aksept for behandlingsavslag. Samvalg

fyller her en funksjon som et *verktøy for å oppnå et felles ansvar* om samproduksjon og samskaping (Cruishank, 1999).

I dette kapitlet har jeg tatt i bruk det teoretiske rammeverket i et forsøk på å forklare mine funn. Funnen har blitt drøftet i lys av forskjellige teoretiske perspektiver og jeg har fått svar på de forskningsspørsmål som jeg stilte i avhandlingens innledning. I neste, og siste, kapittel kommer jeg med en oppsummerende diskusjon.

## 7 Oppsummerende diskusjon

Arbeidet med avhandlingen har vært en strevsom, men også en meget engasjerende og lærerik prosess. I dette avsluttende kapittel redegjør jeg for hvordan min problemstilling har blitt besvart. Videre kommer jeg med noen betraktninger om min egen rolle og det teoretiske rammeverkets betydning. Jeg forsøker også å plassere min studie og mine funn i forhold til eksisterende forskning. Til slutt peker jeg på noen mulige retninger for videre forskning innen avhandlingens område.

### 7.1 Hvordan håndterer spesialisthelsetjenesten føringer for samvalg?

Politiske føringer for samvalg finnes hovedsakelig på et nasjonalt nivå. I disse føringer presenteres samvalg i en kontekstuell sammenheng som er en sammenveving av tre forskjellige velferdspolitiske diskurser.

De politiske føringernes fremstilling av samvalg har de karakteristiske trekken til presentasjonen av en populær organisasjonsoppskrift. Denne fremstillingen gir samvalg en moteriktig og tillokkende fremstilling, som syfter til å legitimere begrepet. Spredningen av ideen samvalg foregår på samme måte som en *populær organisasjonsoppskrift*, og organisasjonen, og lederne, oppfatter, og tar følgelig også i mot samvalg som en populær organisasjonsoppskrift (Røvik, 2007).

Når ideen om samvalg møter den lokale praksisen, så skjer det en *kontekstualisering i flere trinn*. Ideen tilpasses hver enkelt kontekst den møter. Den vannes ut og får en noe mer innholdsløs form, som gjør at den lettere ”sklir inn” i den eksisterende praksis. Dermed kan de ansatte i hver enkelt kontekst fortsette med samme praksis som før. Samtidig som lederne, og de ansatte selve, opplever at ideen samvalg er implementert og operasjonalisert. Samvalg tilpasses videre til den enkelte pasientspesifikke kontekst (ibid.). Det synes som at ledere, og klinikere, til enhver tid gir samvalg en slik form at de, i mest

mulig grad, kan beholde kontrollen over det endelige utfallet. Gjennom å på denne måte ”omfavne” *prinsippet* samvalg, til fordel for praksisen samvalg, så er de institusjonelle omgivelsenes forventinger oppfylt.

Samvalg kan betraktes som et *reformuttrykk*, da det har til hensikt å *integre* de *motstridende krav* som følger av de overordnede velferdspolitiske målsetninger. Parallellt med dette kan det sies å være selvinnsynende, da det baserer seg på normer om rasjonalitet, intensjonalitet og det unike individet (Brunsson, 2006). Videre kan samvalg også betraktes som et *symbol*. Dette kommer av at det synes å legemliggjøre en velferdspolitisk samproduksjonstenking (Palumbo, 2016).

Samvalg innebærer ikke et fravær av maktutøvelse. Det er mer slik at makten har endret karakter. Den har gått fra et Webersk, tvingende uttrykk for makt, til en makt som er usynlig og velmenende, og mer i tråd med Foucault`s maktperspektiv.

I et slikt perspektiv av governmentality blir *samvalg et verktøy*, technology for citizenship, som har til hensikt å *forme og styre individene*. Individenes handlinger skal kontrolleres, slik at de blir samfunnsansvarlige, frie og selvstyrende, innen gitte rammer, Dermed får individet, medborgeren den form som best tjener til å nå de velferdspolitiske målen (Dean, 1999; Foucault, 2002, p. 341).

## **7.2 Noen betraktninger – min egen rolle og det teoretiske rammeverket**

Det å forske på ”egen organisasjon” og et tema man selv er berørt av har både fordeler og ulemper. Jeg har tatt i bruk ulike virkemidler for å redusere eventuelle negative effekter av dette. I innledningen har jeg beskrevet min egen hermeneutiske prosess knyttet til begrepet samvalg. Jeg mener at denne innsikt har bidratt til at jeg har klart å holde den nødvendige distansen til temaet. Samtidig har min egen innsikt i, og interesse for tematikken, bidratt til at jeg har kommet dypere i studien. Min erfaring fra spesialisthelsetjenesten har også bidratt til dette. Da jeg har vært åpen om min egen rolle og min egen hermeneutiske prosess, og dessuten beskrevet min metodiske tilnærming nøye, lar jeg det være opp til leseren å vurdere hvilke eventuelle konsekvenser, fordeler og/eller bakdeler, dette har hatt.

Avhandlingens tema er drøftet i et relativt bredt spekter av teoretiske perspektiver. Det hadde vært mulig å bruke færre perspektiver, men det er da en risiko for at mine tolkninger av det empiriske materialet hadde blitt altfor snevre og enkle.

### **7.3 Mine funn – relevans og plassering i forhold til eksisterende forskning**

Min avhandling føyer seg til den eksisterende forskning, som konkluderer med at mangel på ressurser, uenighet og usikkerhet bruken av samvalg, og utfordringer i situasjoner der lege og pasient har ulike preferanser, er hemmende på en operasjonalisering av samvalg. Videre støtter min avhandling også opp om den forskning som tilsier at helsevesenet har en positiv holdning til samvalg men at det likevel ikke gjennomføres i praksis.

Min forskning følger videre opp det område som det anbefales, av Mathias et al. (2013) og Alison & Pilnick (2016), at videre forskning bør fokusere på, nemlig hvordan implementering og utøvelse av samvalg påvirkes av den kontekst det skal praktiseres i.

### **7.4 Retning for videre forskning**

Foruten å besvare problemstillingen, så har jeg hatt en ambisjon om å kunne bidra med ”et litet fnugg” av kunnskap innen avhandlingens teoretiske område.

Min avhandling er ikke ”grensesprengende”. Den viser til at diskursiv praksis, i dette case, er konstituerende på sosial praksis.

Jeg tenker at min avhandlings styrke ligger i at jeg har undersøkt både den diskursive og den sosiale praksis, i et relativt bredt spekter av teoretiske perspektiver. En styrke er også at disse praksiser, til slutt, har blitt analysert samlet. Dermed har analysen fått et samfunnsvitenskapelig preg. Jeg tenker at min avhandling kan ha to implikasjoner for videre forskning. Videre forskning bør fortsette å undersøke hvordan opplevelsen og operasjonaliseringen av samvalg påvirkes av den kontekst det skal implementeres i. Det bør gjøres studier i et større antall, og et bredere spekter av helsekontekster. Det bør også gjøres studier av den videre translasjonen av samvalg, fra ledernivå til klinisk nivå. Ytterligere studier på dette område kan bidra til å identifisere faktorer som er av vesentlig betydning, både for forståelsen av den kliniske kontekstens betydning, men også for forståelse av det komplekse begrepet samvalg. Dette kan så legge et ytterligere grunnlag for politiske beslutninger.

Den andre implikasjonen er at den metodiske fremgangsmåten, og deler av de teoretiske perspektiver, jeg har brukt i min avhandling, kan appliseres på andre områder innen offentlig sektor der det foreligger politiske føringer. I offentlig sektor er det et mangfold av individer, som, i prinsippet, kan tolke og operasjonalisere føringer ut fra sin egen ”private” kontekst. Den metodiske fremgangsmåten gir muligheten til å avdekke forskjellige

tolkninger av politiske føringer. Dette kan, i en forlengelse, være av betydning for hvordan man formulerer seg i politiske føringer. Dermed kan det kanskje på sikt bidra til en mer hensiktmessig fremstilling av de politiske tiltak som man *faktisk* har en intensjon om å realisere.



## Referanseliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologi*. Oslo. Abstrakt Forlag
- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared-Decision making and Evidence-based Practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105. Doi: 10.1007/s10597-0059005-8
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och refleksjon: Vetenskapfilosofi och kvalitativ metod*. Lund. Studentlitteratur.
- American Cancer Society. (2014). *Informed Consent*. Hentet 01.02.2016, fra <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003014-pdf.pdf>
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Steele, D. J., & McDaniel, R. R. (2005). Case Study Research: The View from Complexity Science. *Qualitative Health Research*, 15(5), 669-685. Doi: 10.1177/1049732305275208.
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (2016) 2:24-36.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning* (2017) 20(2), 134-149. Doi: [10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03)
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: What's the Problem Represented to be?* French Forest: Pearson Australia.
- Balint, M., Hunt J., Joyce D., Markiner M., & Woodcock J. (1970). Treatment or diagnosis – a study of repeat prescriptions in general practice. *Drug and Therapeutics Bulletin*, 9(64). Doi:10.1136/dtb.9.16.64
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, P. A. (2012). Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care. *The New England Journal of Medicine*. 366(9), 780-781. Doi: 10.1056/NEJMp1109283
- Bergström, G., & Boreus, K. (2005). *Textens mening och makt: metodebok i samhällsvetenskapelig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Blair, L., & Legare, f. (2015). Is Shared Decision making a Utopian Dream or an Achievable Goal? *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 8(6), 471-476. Doi: 10.1007/s40271-015-0117-0

- Blanc, X., Collet, T. H., Auer, R., Fisher, R., Rocatelli, I., Iriarte, P., Krause, J., Legare, F., & Cornuz, J. (2014). Publication trends of shared decision making in 15 high impact medical journals: a full-text review with bibliometric analysis. *BMC Medical Informatics and Decision making*, 14(71). <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/14/71>
- Bom, A. K. (2015). *Diskursanalytisk metode*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brunsson, N. (2006). *Mechanisms of hope: Maintaining the Dream of the Rational Organisation*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brunsson, N. (2006). *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunge, M. (2004). How Does It Work? The Search for Explanatory Mechanisms. *Philosophy of the Social Science*, 34(2), 182-210. Doi: 10.1177/0048393103262550
- Christensen, K., & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik. *Tidsskrift for velferdsforskning*. (2016) 19(3), 261-277.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chewning, B., Bylund, C., Shah, B., Neeraj, K. A., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9-18. Doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004
- Coulter, A., Härter, M., Moumjid-Ferdjaoui, N., Perestolo-Perez, L., & van der Weijden, T. (2015). European Experience with Shared Decision Making. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 5(1), 9-14.
- Coulter, A. C., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. London: The Kings Fund.
- Creswell, J. W. (2014) *Research Design*. 4th edition. London: Thousand Oaks Sage.
- Cruishank, B. (1999) *The Will to Empower: Democratic Citizens and other Subjects*. London: Cornell University Press.
- Davis, K., Stremikis, K., Squires, & Schoen, K. (2014). Mirror, mirror on the wall – How the performance of the U.S. Healthcare System Compares Internationally. The Commonwealth Fund. Hentet fra [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf)
- Dean, M. (2013). *The Signature of Power: Sovereignty, Governmentality and Biopolitics*. London. Sage Publications Ltd.
- Dean, M. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London. Sage Publications Ltd.

- Dunn, K., Neumann, I. B. (2016), *Undertaking Discourse Analysis for Social Research*, Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Edwards, A., Elwyn, G., Wood, F., Atwell, A., Prior, L., & Houston, H. (2005). Shared decision making and risk communication in practice: A qualitative study of GP's experiences. *British Journal of General Practice*, 55(510), 6-13.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266236/>
- Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations. A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling*, 75(2009), 37-52. Doi. 10.1016/j.pec.2008.09.025
- Edwards, M., Hill, S., & Edwards, A. (2009). *Health literacy-achieving consumer "empowerment" in health care decisions*. I: Edwards, A., & G. Elwyn (Red.)
- Ekeland, T., J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS.
- Elwyn, G., Edwards, A. & Thompson, R. (2016). *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.
- Elwyn, G., & Edwards, A. (2001) Evidence-Based Choice? I: Elwyn, G., & Edwards, A. (Red.) *Evidence-Based Patient Choice: Inevitable or Impossible?* Oxford: Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Doi: 10.1126/science.847460
- Entwistle, V. A., Cribb, A., & Watt, I. S. (2012), Shared decision-making: enhancing the clinical relevance. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105, 416-421. Doi. 10.1258/jrsm.2012.120039
- Evidence Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404801>
- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual analysis for social Research*. London: Routledge.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse. En tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fivelsdal, E. (2007) (Red.) *Makt og byråkrati*. Oslo. Gyldendal
- Focault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo. Spartacus Forlag AS.
- Focault, M., Senellart, M., Fontana, A. & Ewald, F. (2008). *The Birth of Biopolitics, Lectures at the College de France 1978-1979*. Palgrave Macmillan.

- Foucault, M. & Gordon, C. (1980). *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Pantheon books
- Foucault, M. (2000). *The Subject and Power* i *Power* (Red.) Faubion, J. New York. The New Press. (326-348).
- Frosch, D.L., Suepattra, May, S. G., Rendle, K. A. S., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled "Difficult" Among Key Obstacles To Shared Decision making. *Health Affairs*, 31(5), 1030-1038. Doi: 10.1377/hlthaff.2011.0576
- Gadamer, H. G. (1999). *Truth and Method*. 2nd revised edition. New York: The Continuum Publishing Company.
- Glynnos, J. & Speed, E. (2012). Varieties of co-production in public services : Time banks in a UK health policy context. *Critical Policy Studies*. Vol 6, No 4, pp 402-433. Doi: 10.1080/19460171.2012.730760
- Godolphin, W. (2009). Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*. 12, 186-190. Doi:10.12927/hcq.2009.20947
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine. A movement in crisis? *BMJ*, 348. Doi: 10.1136/bmj.g3725
- Groenewegen P.P., & Westert P. (2004). Is there a time trend in medical practice variations? A review of the literature and a critical analysis of theoretical approaches. *Journal of Public Health*. 12(3), 229-236. Doi: 10.1007/s10389-004.0039-0
- Grue, J. (2011). Discourse analysis and disability: Some topics and issues. *Discourse and Society*. (2011) 22(5), 532-546. Doi : 10.1177/0957926511405572.
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking-det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 120(2330). Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/150835>
- Hansen, H., & Rieper, O. (2009). The Evidence Movement: The Development and consequences of Methodologies in Review Practices. *Evaluation*, 15(2), 141-163. Doi: 10.1177/1356389008101968
- Helenius, R. (1990). *Förstå och bättre veta. Om hermeneutiken i samhällsvetenskaperna*. Stockholm: Carlssons Bokforlag.
- Helse Sør øst. (2017) *Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Telemark HF*. Hentet fra <https://www.helsesorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2017/Oppdrag%20og%20bestilling%202017%20-%20Sykehuset%20Telemark%20HF.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. 11 (2016-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. 12 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. 13 2016-2017) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* (Meld. St. 34 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Oppdragsdokument 2017, Helse Sør-Øst RHF*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument\\_helse\\_sor-ost\\_rhf\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf)
- Hermeneutisk spiral, [Bilde] (2017). Hentet fra <https://tekstarbejdepaatvaers.systime.dk/index.php?id=222>
- Hesse-Biber, S. N. & Leavy, P. (2011). *The Practice of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Hofstede, S. N., Marang-van de Mheen, P. J., Wentink, M. M., Stiggelbout, A. M., Veggeert-Lankamp, C. L. A., Vliet Vlieland, T. P. M., & van Bodegom-Vos, L. (2013) Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation Science*, 8(95). Doi: 10.1186/1748-5908-8-95
- Hovi, J., Malnes R. (red.). (2011). *Anarki, makt og normer. Innføring i internasjonal politikk*. Abstrakt forlag AS. Oslo.
- Hunter, D. J. (2009). The case against choice and competition. *Health Economics, Policy and Law*. Vol 4, No 4 pp 489-501. Doi: 10.1017/S1744133109990089
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikasjon – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Jepson, R. G., Hewison, J., Thompson, A. G. H., & Weller, D. (2005). How should we measure informed choice? The case of cancer screening. *Journal of Medical Ethics*, 31, 192-196. doi:10.1136/jme.2003.005793
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(2014), 291-309. Doi: 10.1016/j.pec.2013.10.031

- King, G., Keohane, R. O. & Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific inference in qualitative research*. Princeton: Princeton University Press.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J.L. (1998). The history and development of the field of health communication. I: Jackson, L. D., & Duffy, B. K. (Red.). *Health Communication Research: Guide to Developements and Directions*. Westport: Greenwood Press.
- Kunnskapscenteret. (2015) *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/kunnskapsbasert-praksis>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Law, M., & MacDermid, J. (2008). *Evidence-Based Rehabilitation: A guide to practice*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Legare, F., & Stacey, E. (2009). Shared decision-making: The implications for health care teams and practice. In Edwards, A., & Elwyn, G. *Shared Decision-Making in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Legare, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Library*.12(5).  
Doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub2.
- Legare, F., Politi, m. C., Drolet, R., Desroches, S., Stacey, D., & Bekker, H. (2012). Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Education and Counseling*, 88(2012), 159-169.  
Doi: 10.1016/j.pec.2012.01.002
- Legare, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*. 32(2), 276-84.  
Doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078.
- Legare, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*, 32(2):276-84.  
Doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078.
- Legare, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 281-286.  
Doi: 10.1016/j.pec.2014.06.014.
- Lovell, B., Lee, R. T., & Brotheridge, C. M. (2010). Physician Communication: barriers to Achieving Shared Understanding and Shared Decision Making with Patients. *Journal of Participatory Medicine*. <http://www.medscape.com/viewarticle/>
- Matthias, M. S., Salyers, M. P., & Frankel, R. M. (2013). Re-thinking shared decision-making: Context matters. *Patient Education and Counseling*, 91(2013), 176-179.  
Doi: 10.1016/j.pec.2013.01.066

- Merriam, S., B. (2009). *Qualitative research – A guide to design and implementation*. San Francisco: Josey-Bass.
- Neumann, I. B. (2010). *Mening, materialitet og makt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington D. C: The National Academies Press. Hentet fra <http://www.nap.edu>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(53). Doi: 10.1186/s13012-015-0242-0
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget
- NOU 2015:11. (2015) *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>
- NOU 2016:25. (2016) *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. doi: 349-364. Doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- O'Brien, M. A., Ellis, P. M., Whelan, B. M., Charles, C., Gafni, A., Lovrics, P., Mukherjee, S. D., & Hodgson, N. (2011). Physician-related facilitators and barriers to patient involvement in treatment decisions making in early stage breast cancer: perspectives of physicians and patients. *Health Expectations*, 16(2011), 373-384. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00712.x
- Olsen, J., A. (2006). *Helseøkonomi: Effektivitet og rettferdighet*. J. W. Cappelens Forlag AS. Oslo
- Osborne, S. P. & Strokosh, K. (2013). It takes two to tango? Understanding the Co-production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. *British Journal of Management*, 24(2013), 31-47.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

- Patton, M., Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector Social Services in Europe. I Pestoff, V., Brandsen, T., Verschuere, B. : New Public Governance, the third Sector and Co-production. New York London : Routledge
- Pettersen, S. (2003). Er også naturfagdidaktik godt for helsen? I: Bungum, B., & Jorde, D.(red) *Naturfagdidaktik. Perspektiver-Forskning-Utvikling*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.
- Pilnick, A., & Zayts, O.(2016). Advice, authority and autonomy in shared decision-making in antenatal screening: the importance of context. *Sociology of Health & Illness*. 38(3), 343-359. Doi: 10.1111/1467-9566.12346
- Politi, M. C., Dizon, D. S., Frosch, D. L., Kuzemchak, M. D., & Stiggelbout, A. M. (2013). Importance of clarifying patient's desired role in shared decision making to match their level of engagement with their preferences. *BMJ*. 2013(347). Doi: 10.1136/bmj.f7066
- Pollard, S., Bansback, N., & Bryan, S. (2015). Physician attitudes towards shared decision making: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(2015), 1046-1057. Doi: 10.1016/j.pec.2015.05.004
- Pope, C. (2003). Resisting evidence – the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*, 7(3), 267-282. Doi: 10.1177/1363459303007003002
- Popper, C. (1945). *The Open Society and its Enemies*. Routledge & sons. London
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1986). *Making Health Care Decisions: A report on the Ethical and Legal implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship, Volume 2: Appendices: Empirical Studies of Informed Consent*). Hentet fra <http://handle.net/10822/792349>
- Russell, B. (1938). *Power: A New Social Analysis*. London. Allen & Unwin.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Selfregulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, selfdetermination, and will? *Journal of Personality*, 74, 1557-1586. Doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (2012). Organisasjonsendring som organisasjonsgjøring. *Magma*, 15(8), 49-58. Hentet fra: <https://www.magma.no/organisasjonsendring-somorganisasjonsgjoring>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M. J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>



- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone. Edinburgh.
- Schanning, E. (2000) Fortiden i våre hender: Historisk praksis. Oslo. Unipub Forlag.
- Schattner, A., Bronstein, A., & Jellin, N. (2006). Information and shared decision making are top patient's priorities, *BMC Health Services Research*, 6(21). Doi: 10.1186/1472-6963-6-21
- Shay, L. A., & Elston Lafata, J. W. (2015) Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 35(1), 114-131. Doi:10.1177/0272989X14551638.
- Simons, S. (1974). Health education as a sosial policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Smith, S. G., Pandit, A., Rush, S. R., Wolf, M. S., & Simon, C. J.(2016). The Role of Patient Activation in Preferences for Shared Decision Making: Results from a National Survey of U.S. Adults. *Journal of Health Communication*. 21, 67-75. Doi: 10.1080/10810730.2015.1033115
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og ”empowerment-tenkingens” relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, H. A., Mittelmark, M. B. (Red.) *Helsefremmende i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Stewart, M., & Brown J. B. (2003). Patient-centered medicine: Transforming the Clinical Method. *Radcliffe Medical Press Ltd*. Abingdon.
- Store medisinske leksikon. (2017) *Pasientsentrert metode*. Hentet fra [https://sml.snl.no/pasientsentrert\\_metode](https://sml.snl.no/pasientsentrert_metode)
- Store norske leksikon. (2009) *Spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://snl.no/spesialisthelsetjeneste>.
- Store norske leksikon. (2017) *Velferdsstat*. Hentet fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Social science insights. (2015) *Bertrand Russell*. Hentet fra <http://socialscienceinsights.com/2015/05/22/social-science-quote-bertrand-russell-power/>
- Thompson, J. L. (1990). Hermeneutic Inquiry. I: Moody L. E. (red.) *Advancing nursing science through research. Nonstatistical Approaches. Volume 2*. Nesbury Park: Sage.
- Thorne, S., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2012). Communicating shared decision-making: Cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, 90(2013), 291-296. Doi: 10.1016/j.pec.2012.02.018
- Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 18;319(7212), 766-771. Doi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10488010>
- Tuckett, D., M. Boulton, C. Olson A., & Williams. (1985). *Meetings between Experts. An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. New York: Routledge.

- Vassnes, S. M. (2010). Fastlegers erfaringer med pasienters health literacy. Lillestrøm: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Vik, L., J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I: Ekeland, T., J., & Heggen, K. (red.) *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M., & Tummers, L. G. (2014). A systematic review of co-creation and co-production. Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*. <http://dx.doi.org/10.1080/1479037.2014.93.0505>
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord – Ord og begreper I psykisk helsearbeid*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <http://kbtmidt.no/nb/publikasjoner>
- Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2003). A typology of Shared Decision making, Informed Consent, and Simple Consent. *Annals of Internal Medicine*, 140(1), 54-59. Doi: 10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012
- Winther Jørgensen, M., Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Zeuner, R., Frosch, D. L., Kuzemchak, M. D., & Politi, M. C. (2014). Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice. *Health Expectations*, 18, 2465-2476. Doi: 10.1111/hex.12216
- Zoffmann, V., Harder, I., & Kirkevold, M. (2008). A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 670-685. Doi: 10.1177/1049732307311008.
- Østerberg, D. (2012). *Sosiologiens nøkkelbegreper*. Cappelen Damm AS. Oslo.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsbrev til respondentene

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

Vedlegg 4: Kapittel 4.1.2 Tekstmaterialet, oversikt