



Uio • Universitetet i Oslo

MASTEROPPGAVE

Hvordan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede?

- Perspektiver fra pasienter og helsepersonell

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon.
Kull 34, høst 2022.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Sunniva J N Rognerud

Sammendrag

I denne kvalitative studien er det søkt å svare på hva aktørene i den akuttmedisinske kjede mener hindrer eller stimulerer til samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte. Fokusgruppeintervju og semistrukturerte individuelle intervju ble brukt for å utforske informantenes meninger, og dataanalysen ble foretatt i NVivo.

Samvalg betyr ikke at pasienten alltid skal få etterkommet sitt ønske, men prosessen skal gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten. Behandlingen skal også være innenfor det som tilbys av helsetjenester. Når ulike, men likeverdige strategier kan velges bør pasientens preferanser tillegges vekt.

Det finnes mye forskning og litteratur på samvalg. Når det gjelder samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte finnes flere studier fra andre vestlige land. De fleste er gjort på leger, og i en setting der pasienten allerede er i akuttmottaket på sykehuset. Det er imidlertid ingen studier fra Norge med legevakt og ambulansetjenesten. Studiene som er gjort viser at pasientene får større kunnskap, det er mindre konflikt rundt avgjørelsene, mer engasjement, mer fornøydhets rundt beslutningsprosessen, og pasientene velger sjeldnere avansert utredning. Studier viser også at samvalg er en lovende løsning for å redusere overtesting. Legene mener imidlertid at akuttmottaket er en utfordrende plass for samvalg, at mangel på tid og oppfølging hemmer muligheten for samvalg. Flere sykdommer og tilstander er pekt på som egnet for samvalg, men studier viser også at pasienter som skal ta «høyrisiko» avgjørelser opplever mer angst og usikkerhet når de blir presentert for vitenskapelig usikkerhet.

Funnene i denne studien fra det norske prehospitalt miljøet er i stor grad sammenfallende med tidligere forskning fra akuttmottak i USA. Studien peker også på nye forhold grunnet den særnorske organiseringen av helsevesenet. Kjennskap til pasienten trekkes blant annet frem som en fremmer for samvalg, noe som er kjernen i den norske fastlegeordningen. Noen av faktorene informantene mener er viktige, og som de mener påvirker samvalg er informasjon, kommunikasjonskunnskaper og -egenskaper, interesse, forståelse, trygghet, erfaring, tid, at pasienten får mulighet til å ta valg, og kultur. Det kan tyde på at disse faktorene vekselvirker og er avhengige av hverandre. Det vil si at de på egenhånd ikke er tilstrekkelige, men at en må modifisere flere faktorer for å påvirke samvalg i en betydelig grad. I tillegg er det store ulikheter i hvor lett de ulike faktorene kan modifiseres. Tid er det ikke lett å tilføre mer av, men basert på funnene i studien bør det undersøkes videre om samvalg fører til at pasientene velger mer eller mindre avansert og tidkrevende behandling. Studien bekrefter tidligere funn om at leger

ofte tillegger pasientene ønsker og meninger, og at de mener det er legens jobb å bestemme. Legene ønsker gjerne en engasjert, spørrende og oppdatert pasient, mens pasientene er redde for å spørre i fare for å få dårligere behandling. Pasientene mener en lege som gir de valg viser kunnskap, mens legene er redde for at pasientene tror de er inkompetente dersom de gir pasienten valg. Et godt lege-pasientforhold er viktig for både tillit og trygghet. Dette kan være skapt fra før, men kan også skapes ved første møte med empati, imøtekommenhet, og å gi pasienten følelse av å bli tatt på alvor. Kursing av helsepersonell i kommunikasjon og om samvalg er faktorer det relativt enkelt kan gjøres noe med, og som kan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede.

Når det gjelder tillitt og tilfredshet mener helsepersonellet i studien at dette ikke påvirkes av om pasientene tas med på samvalg. Pasientene i studien mener på sin side at tilliten og tilfredsheten økes ved samvalg forutsatt at de føler seg trygge.

Studien får frem hvilke faktorer informantene mener er viktige for samvalg, og at disse faktorene vekselvirker og er avhengige av hverandre. Neste skritt blir å undersøke videre om faktorene faktisk spiller den rollen informantene tror.

Summary

In this qualitative study, an attempt has been made to answer what the members in the emergency medicine chain believe are barriers and facilitators to shared decision making (SDM) in the case of low-risk pre-hospital chest pain. Focus group interviews and semi-structured individual interviews were used to explore the informants' opinions, and the data analysis was carried out in NVivo.

SDM does not mean that the patient's desire always will be fulfilled, but the process should give healthcare personnel knowledge about what is important to the patient. The treatment must also be within what is offered by healthcare services. When different, but equal strategies can be chosen, the patient's preferences should be emphasized.

There is a lot of research and literature on SDM. When it comes to SDM for low-risk pre-hospital chest pain, there are several studies from other Western countries. Most have doctors as informants and are done in a setting where the patient already is in the emergency department in the hospital. However, there is no studies from Norway with out-of-hours emergency primary health care and the ambulance. The studies that have been carried out show that the patients gain more knowledge, there is less conflict around the decisions, more involvement, more

satisfaction with the decision-making process, and the patients less often choose advanced investigations. Studies also show that SDM is a promising solution to reduce medically unnecessary diagnostic testing. The doctors also believe that the emergency department is a challenging place for SDM, that a lack of time and follow-up is barriers of SDM. Several diseases and conditions have been identified as suitable for SDM, but studies also show that patients who must make "high-risk" decisions experience more anxiety and uncertainty when they are presented with scientific uncertainty.

The findings in this study performed pre-hospital in Norway largely coincide with previous research from emergency departments in the USA. The study also points to new conditions due to the unique Norwegian organization of the healthcare system. Knowledge of the patient is highlighted, among other things, as a facilitator for SDM, which is the core of the Norwegian RGP scheme. Some of the factors the informants believe are important, and which they believe influence on SDM, are information, communication skills, interest, understanding, security, experience, time, that the patient has the opportunity to make choices, and culture. This may indicate that these factors interact and are dependent on each other. This means that they are not sufficient on their own, but that several factors must be modified to influence SDM to a significant extent. In addition, there are large differences in how easily the various factors can be modified. It is not easy to add more time, but based on the findings in the study, it should be further investigated whether SDM leads to patients choosing more or less advanced and time-consuming treatment. The study confirms previous findings that doctors often attribute wishes and opinions to patients, and that they believe it is the doctor's job to decide. Doctors want an engaged, inquiring, and up-to-date patient, while patients are afraid to ask at the risk of receiving worse treatment. The patients believe that a doctor who gives them choices shows knowledge, while the doctors are afraid that the patients will think they are incompetent if they give the patient choices. A good doctor-patient relationship is important for both trust and security. This could have been created earlier but can also be created at the first meeting with empathy, attentiveness, and giving the patient the feeling of being taken seriously. To educate health personnel in communication and SDM are factors that can be done relatively easily, and which can facilitate SDM in the chain of emergency care.

When it comes to trust and satisfaction, the health personnel included in the study believe that this is not affected by whether the patients participate in SDM. The patients in the study, for their part, believe that trust and satisfaction are increased by SDM if they feel safe.

The study reveals which factors the informants believe are important for SDM, and that these factors interact and are dependent on each other. The next step will be to investigate further whether the factors play the role the informants believe.

Forord

Studietiden var godt planlagt og sterkt ønsket, men ble helt annerledes enn tenkt. Når en kommuneoverlege i en pandemi samtidig tar en master i helseledelse, blir det mange samtidighetskonflikter. Mange mulige arbeidstitler til masteroppgave ble skrevet ned under forelesningene, og da valget måtte tas endte det på samvalg i den akuttmedisinske kjede. En bekymring over at problemstillingen var for snever ble fort erstattet av en visshet om at den måtte avgrenses og spisses. Kyndig veiledning til dette, og til resten av oppgaven har veileder Liv Ariane Augestad stått for. Takk for en god, tilpasset og fleksibel veiledning!

Oppgaven har gitt meg ny innsikt, og det er takket være informantene mine. Både leger, ambulansesarbeidere og pasienter har gitt av sin tid, og villig delt både erfaringer, kunnskap og meninger. I tillegg har jeg fått hjelp fra noen engasjerte ambulansesarbeidere og fastleger til å teste ut intervjuguiden, og til å skaffe informanter. Jeg håper jeg som takk kan bringe noe kunnskap tilbake.

Under studiene har jeg fått frihet av min arbeidsgiver, Steinkjer kommune, til å styre hverdagene mine selv, og tillitt til at jeg klarte både pandemi og studier. Stedfortreder har vært en absolutt nødvendighet, og jeg har vært usedvanlig heldig med to stødige stedfortredere. Alltid positive til å steppe inn.

Ikke alle samlingene kunne gjennomføres fysisk, men de gangene jeg dro til Oslo var min mor helt uunnværlig for de to barna som var igjen hjemme. En stor takk for det, og for all hjelp under alle prosjekt jeg har hatt oppgjennom årene som (evig) student.

To barn har hele livet hatt en mor som til stadighet er på farten til nye prosjekt. Samvittigheten har gnaget mange ganger, og gleden har vært stor når jeg alltid kommer hjem til noen som viser at en har vært savnet. Takk for at dere er de dere er!

Tusen takk til Cathrine som har tilbudt hjelp og korrekturlesing!

Tommy – min kloke klippe, som både har motivert, inspirert, støttet, og ikke minst lest korrektur. Aldri en negativ kommentar. Tenk å komme hjem til deg – tusen takk!

Steinkjer, november 2022

Sunniva J. N. Rognerud

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	2
Forord	5
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	9
2 Teori	11
2.1 Samvalg.....	11
2.2 Den akuttmedisinske kjede	12
2.3 Den kliniske situasjonen «Lavrisiko prehospital brystsmerter»	12
2.4 Lokale forhold	13
2.5 Samvalg i akuttmedisinen.....	13
2.6 Samvalgsverktøy	17
2.7 Akuttmedisinske tilstander egnet for samvalg	18
2.8 Tilfredshet og tillitt til helsevesenet	19
3 Metode.....	20
3.1 Studie design	20
3.2 Teori og intervjuguide	20
3.3 Etikk	20
3.4 Kriterier for kvalitet	21
3.4.1 Validitet og reliabilitet	21
3.4.2 Refleksivitet	22
3.4.3 Utvalg.....	22
3.5 Fokusgruppeintervju.....	22
3.5.1 Informasjonsstyrke	23
3.6 Semistrukturerte individuelle intervju	24
3.7 Praktisk gjennomføring og vurdering av kvalitet.....	24
3.7.1 Intervjuguide	24
3.7.2 Utvalg og intervju	25
3.7.3 Datahåndtering.....	27
3.7.4 Induktiv dataanalyse	27
4 Analyse og resultater.....	30

4.1	Dataanalyse	30
4.1.1	Egnethet for samvalg.....	30
4.1.2	Fremmere ved helsepersonell.....	31
4.1.3	Fremmere ved pasienter	32
4.1.4	Fremmere ved sykdommen.....	33
4.1.5	Fremmere ved omstendighetene.....	33
4.1.6	Hemmere ved helsepersonell.....	34
4.1.7	Hemmere ved pasienter.....	36
4.1.8	Hemmere ved sykdommen	38
4.1.9	Hemmere ved omstendighetene.....	39
4.1.10	Tilfredshet og tillitt til helsevesenet.....	39
4.1.11	Andre områder egnet for samvalg	40
4.2	Resultat.....	41
4.2.1	Samvalg i den akuttmedisinske kjede	41
4.2.2	Fremmere ved helsepersonell.....	41
4.2.3	Fremmere ved pasienter	43
4.2.4	Fremmere ved sykdommen.....	43
4.2.5	Fremmere ved omstendighetene.....	43
4.2.6	Hemmere ved helsepersonell.....	44
4.2.7	Hemmere ved pasienter	46
4.2.8	Hemmere ved sykdommen	47
4.2.9	Hemmere ved omstendighetene.....	48
4.2.10	Tilfredshet og tillitt til helsevesenet.....	49
4.2.11	Andre områder egnet for samvalg	49
5	Diskusjon	50
5.1	Studiens begrensninger og svakheter	51
5.2	Relevans, egnethet og overførbarhet.....	53
5.3	Informasjon og kommunikasjon, interesse og forståelse.....	54
5.4	Trygghet og erfaring	56
5.5	Tid	57
5.6	Egenskaper	58
5.7	Mulighet for valg	58
5.8	Pårørende/publikum	60
5.9	Kultur	60

5.10	Kunnskap om og organisering av helsevesenet.....	61
5.11	Oppfølging	62
5.12	Tilfredshet og tillitt med helsevesenet.....	62
5.13	Ny og gammel kunnskap.....	63
5.14	Samspillet mellom faktorene og modifisering av faktorene	63
6	Konklusjon	64
	Litteraturliste.....	67
	Vedlegg 1 – Intervjuguide	70
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv	72

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Som leder i helsevesenet har jeg i oppdrag å levere tjenester av god kvalitet, og Helse- direktoratet har bestemt at «involvering av brukere», altså samvalg, er et selvstendig mål på kvalitet i helsetjenesten (1,2). Samvalg er en rettighet og en selvfølge i store deler av helsevesenet.

Kommunen, og jeg som kommuneoverlege, har et ansvar for kvaliteten i den akuttmedisinske beredskapen til de som oppholder seg i kommunen. Akuttmedisinen er spesiell på mange områder, og samvalg i den akuttmedisinske kjede er lite studert, i alle fall i norske prehospital miljø. Samvalg krever aktiv involvering fra flere aktører, og et startpunkt for kunnskapen om hva som kan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede er å undersøke hvilke faktorer de involverte aktørene selv mener påvirker graden av samvalg. Denne kunnskapen må dernest overføres til ledere for ulike deler av den akuttmedisinske kjede. I tillegg til å svare på forskningsspørsmålet, og å finne hva som fremmer samvalg, har jeg som mål og gi denne kunnskapen tilbake til de enhetene som har bidratt inn i oppgaven.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen i oppgaven er «Hvordan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede?». Det er mange ulike kliniske problemstillinger i akuttmedisinen, og det er derfor utfordrende å studere hele feltet under ett. Problemstillingen er derfor nærmere spesifisert med samvalg ved lavrisiko prehospital brystmerter. Med dette menes brystmerter med liten sannsynlighet for alvorlig bakenforliggende årsak. Dette avgjøres ved at en medisinskfaglig vurdering, inkludert kliniske og parakliniske undersøkelser tilgjengelig prehospitalt, tilsier at innleggelse i sykehus kun er ett av alternativene. Dermed ligger det til rette for at pasientenes preferanse med hensyn til videre observasjon tillegges vekt. Målet med oppgaven er å finne hva som kan fremme samvalg ved lavrisiko prehospital brystmerter spesielt, og i den akuttmedisinske kjede generelt. Det er ut fra dette formulert et forskningsspørsmål – «Hva mener aktørene i den akuttmedisinske kjede hindrer eller stimulerer til samvalg?»

Den akuttmedisinske kjede består av fastleger, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulansse, samt akuttmottak i sykehus. I denne oppgaven har jeg avgrenset det til fastleger (som skal ha ø-hjelps-

timer og dermed i mange tilfeller fungerer som legevakt for sine pasienter på dagtid), legevaktsleger, og ambulansesarbeidere, og pasienter som har vært i kontakt med disse instansene. Årsaken til dette er både praktiske, da blant annet legevaktsentralen ikke i stor grad er med i samvalgsprosessen, og at jeg ønsket å holde det inn-hospitale som akuttmottaket utenfor.

Jeg har en hypotese om at det er lite samvalg i den akuttmedisinske kjede. Noe som understøttes av litteratur fra andre land, som sier at «shared decision making» er relativt nytt i akuttmedisinen (3,4,5,6,7,8,9). Meg bekjent er det i Norge gjort lite systematisk arbeid for å innføre rutiner som støtter samvalg prehospitalt. Ligger årsaken til dette hos de ulike profesjonelle aktørene? Ligger årsaken hos pasientene eller pårørende? Ligger årsaken på systemnivå? Er årsaken at helsepersonell ønsker å dekke ryggen sin, eller er årsaken at tid er så avgjørende ved akutt sykdom og skade at dette hindrer samvalg? Det er derfor viktig å få frem hva leger, ambulansesarbeidere og pasienter mener kan fremme samvalg i disse krevende situasjonene, og hva som hemmer samvalg. Samvalg fører generelt til økt tilfredshet og tillitt til helsevesenet. Gjelder dette også i den akuttmedisinske kjede? Eller fører introduksjonen av alternativer til at pasient og pårørende blir utrygge i en ellers krevende situasjon?

Avgrenset til den kliniske situasjonen med lavrisiko prehospitalt brystsmerte, ønsker jeg å få besvart informantenes mening om følgende:

- Hva fremmer samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte?
- Hva hemmer samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte?
- Egner den akuttmedisinske kjede seg for samvalg?
- Mener informantene at samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte fører til økt tilfredshet og tillitt til helsevesenet?
- Hvilke andre sykdommer og tilstander i den akuttmedisinske kjede mener informantene kan egne seg for samvalg?

Svarene fra leger, ambulansesarbeidere og pasienter er listet opp hver for seg. Det har imidlertid ikke vært et stort poeng i studien å skille hva ulike helsepersonell mener. Det har heller ikke vært noe poeng å skille innad i gruppene. Pasientenes opplevelser og medbestemmelsesrett har imidlertid vært sentralt.

2 Teori

2.1 Samvalg

Samvalg er den norske oversettelsen av «shared decision making», og defineres som:

«en felles beslutningsprosess hvor den forskningsbaserte kunnskapen, helsepersonells erfaringer og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for å ta et informert valg» (10).

Samvalg er en lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (11):

«Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon».

Samvalg er også definert som: «En tilnærming hvor kliniker og pasient deler de beste tilgjengelige bevisene når de må ta en beslutning, og hvor pasientene støttes til å vurdere alternativer, for å oppnå informerte preferanser.» (12). Samvalg er prosessen der legen og pasienten sammen kommer frem til avgjørelsen om helserelaterte valg etter å ha diskutert alternativene, fordelene og ulempene, og i tillegg vurdert pasientens verdier, preferanser og omstendigheter (13). Det er skjæringspunktet mellom pasientsentrerte kommunikasjonsevner og evidensbasert medisin, som sammen fører til god pasientbehandling (13). Det er helt avgjørende at evidens innlemmes i samvalg slik at pasienten tar et informert valg. Pasienten tas altså med på avgjørelser der det finnes flere medisinsk passende alternativer, og søker å balansere pasientens rett til autonomi med legens plikt til å ta vare på pasientens sikkerhet.

Som vist over er det små nyanseforskjeller i definisjonen på samvalg. For å få til samvalg er det imidlertid meget viktig med et godt lege-pasient-forhold for å fremme informasjonsdeling, og at pasientene støttes til å avgrense og uttrykke sine preferanser og synspunkter under samvalgsprosessen. For å oppnå dette, er det tre trinn: 1) introdusere et valg, 2) beskrive alternativer, og 3) hjelpe pasienten til å utforske preferanser og å ta en avgjørelse (12). Det finnes mye litteratur på hvordan samvalgsprosessen stegvis skal foregå. Ut fra problemstillingen i oppgaven har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på dette.

Samvalg er avgjørende når det ikke er klare standarder for omsorg eller retningslinjer for behandling, og når pasientens preferanser for risiko og fordeler ved intervensjoner påvirker valget (21). Mange studier viser at økt kunnskap hos pasientene, mer sikkerhet ved avgjørelser, mer aktiv pasientinvolvering og godt informerte pasienter fører til at pasientene velger mer

konservativ behandling (12,14). De fleste pasienter ønsker en viss involvering når det gjelder helsebeslutninger, og selv når pasienten foretrekker at legen tar den endelige avgjørelsen, ønsker nesten alle å få nøyaktig informasjon om behandlingsmuligheter og bli spurt om deres preferanser (15).

2.2 Den akuttmedisinske kjede

Den akuttmedisinske kjede defineres på følgende måte:

«Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulanse, samt akuttmottak i sykehus.» (16).

I denne oppgaven har jeg konsentrert meg om fastlegene, legevaktslegene og ambulansearbeiderne i bilambulanse. Årsaken til denne avgrensningen er nærmere beskrevet over.

Legen er den medisinskfaglig ansvarlige, og den som kan kategorisere brystsmertene som lavrisiko, og dermed at situasjonen er aktuell for samvalg. Det blir derfor legen som er hovedansvarlig for å initiere samvalg.

Ambulansearbeiderne er ikke sjelden de første i den akuttmedisinske kjede som er i fysisk kontakt med pasienter med brystmerter. De har en viktig rolle i forbindelse med initial undersøkelse og behandling. Er det lege til stede, er det legens ansvar å introdusere og ta pasienten med på samvalg. Er ambulansearbeiderne alene tas som regel pasienten med til legevakt/fastlegekontor, men det kan i noen tilfeller være riktig å kontakte medisinskfaglig ansvarlig lege for videre avklaring først. De vanligste alternativene er da videre undersøkelse på legevakt/fastlegekontor eller direkte transport til sykehus. Et annet alternativ er at pasienten er igjen hjemme uten videre undersøkelser. Ved det siste alternativet er ambulansearbeiderne sentrale i samvalget med pasienten selv om legen er ansvarlig for den medisinske avgjørelsen. Dersom pasienten skal tas med til legevakt/fastlegekontor, kan ambulansearbeiderne være sentrale med introduksjon av konseptet samvalg. De kan da forberede pasienten på ulike valg ved ulike utfall av undersøkelsene.

2.3 Den kliniske situasjonen «Lavrisiko prehospitalt brystmerter»

Brystmerter er et sentralt symptom på akutt koronarsykdom, som kan føre til hjerteinfarkt. Klinik, EKG og laborietester fører i tillegg til at 1,5 % av de med akutt koronarsykdom ikke identifiseres. Da hjerteinfarkt er en alvorlig diagnose å overse, fører det overstående til at

det er lav terskel for å legge inn pasienter med brystmerter (8,9). Noe som igjen fører til unødvendige innleggelses, risiko for falskt positive tester, og unødvendige invasive undersøkelser.

Proessen ved lavrisiko prehospitale brystmerter kan være noe ulik, men starter med at en pasient tar kontakt med fastlegekontoret, legevakt eller AMK grunnet brystmerter. Som beskrevet over kan forløpene være noe forskjellige, men kategoriseringen og avgjørelsen på at dette er lavrisiko (lav risiko for akutt kardiovaskulær sykdom) tilligger legen. En er da i en situasjon der ulike, men likeverdige strategier kan velges, og dette er typisk en situasjon hvor pasientens preferanser bør tillegges vekt, altså samvalg. Pasientens valg i en slik situasjon kan være innleggelse på sykehus, rekontakt ved nye smerter, råd om å ta kontakt med fastlegen neste dag, en poliklinisk undersøkelse på sykehus i løpet av få dager, eller innleggelse på kommunale ø-hjelpssenger i kommunen.

2.4 Lokale forhold

Steinkjer kommune har et areal på 2122 km² og 24.000 innbyggere. Det er 25 fastleger der alle hjemlene er per tiden besatt, men noen med vikar. Legevakten er døgnåpen med lege til stede hele døgnet, og er samlokalisert med blant annet ambulansestasjonen og DMS som har de kommunale ø-hjelpssengene. Steinkjer er administrasjonssenter i Trøndelag (ordførerfunksjonen er lagt til Trondheim), men har verken AMK-sentral eller sykehus. Nærmeste sykehus ligger i Levanger som er 40 km unna, og Steinkjer hører til AMK Nord-Trøndelag som ligger i Namsos.

2.5 Samvalg i akuttmedisinen

Det er gjort mye forskning og finnes mye litteratur om samvalg. Som beskrevet over er dette en lovfestet rettighet, og blant annet omtalt i nasjonal helse og sykehusplan (17) som «det normale», og det vi skal gjøre mer av. Pasienten skal få god informasjon om sin egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Det er som før krav om at helsehjelpen skal være forsvarlig, og behandlingen skal være innenfor det som tilbys av helsetjenesten. Samvalg betyr altså ikke at pasienten alltid skal få etterkommet sitt ønske, men prosessen skal gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten. For at samvalg skal kunne gjennomføres må tre faktorer være til stede: 1) klinisk likevekt, 2) at pasienten evner å ta en avgjørelse, 3) tilstrekkelig tid (9). Er en av disse ikke til stede, bør en velge andre fremgangsmåter enn samvalg.

I helsevesenet generelt, men antagelig spesielt i akuttmedisinen, er det komplekse interaksjoner mellom helsepersonell og pasient. I akuttmedisinen gjelder det spesielt at dette er ikke planlagte og ikke ønskede møter, og som regel ukjent behandler. Det dreier seg som regel om situasjoner som er følelsesladde og er meget viktige for pasienten. Helsepersonellet har som regel liten tid på å ta avgjørelser og pasientene har mindre mulighet til å søke råd hos familie og venner. Akutt syke pasienter ønsker også oftere at helsepersonell tar en mer dominerende rolle enn det pasienter med mindre akutte tilstander gjør (3,4,18). Dette har en klar betydning i forhold til om samvalg er egnet i den akuttmedisinske kjede. De fleste studier på området er fra vestlige land. Studier fra ikke-vestlige land mangler i stor grad. I tillegg må en være observant på ulikhetene på organiseringen av akuttmedisinen i vestlige land. Spesielt i forhold til den mer særnorske ordningen med legevakt. Det finnes ingen studier som belyser hvilken betydning dette har.

Helsepersonell som er motivert for å bruke samvalg er betydelige fremmere (6,19), på samme måte som lege og/eller pasient med negative holdninger til samvalg er åpenbare hemmere (6). Det samme gjelder helsepersonell med lite kjennskap til og erfaring med samvalg (6,7).

«*The chest pain choice decision aid: a randomized trial*» av Hess, E.P. et al. (20) er en prospektiv randomisert studie som involverte 204 pasienter over 17 år som henvende seg til akuttmottaket med ikke-traumatiske brystmerter og vurdert for innleggelse til observasjon og stresstesting innen 24 timer. Studien skulle inkludere kun lavrisiko brystmerter, slik at pasienter med forhøyet troponin-T, kjent koronar sykdom, kokainbruk i løpet av de siste 72 timer, eller graviditet ble ekskludert. Pasientene ble randomisert til samvalg med samvalgsverktøy eller vanlig konsultasjon, og fulgt i 30 dager. Studien viste at pasientene som hadde deltatt i samvalg hadde betydelig større kunnskap, opplevde mindre konflikt rundt avgjørelsene om type behandling, var mer engasjert i beslutningstaking, var mer fornøyd med beslutningsprosessen og bestemte seg sjeldnere for å bli innlagt på observasjonsenheten for stresstesting. Det var også færre som fikk utført stresstest i løpet av 30 dager. Det var ingen alvorlige uønskede hjertehendelser etter utskrivning i noen av gruppene.

Disse funnene og i tillegg funn om økt tillitt til legen, og i noen tilfeller også bedre resultat gjenfinnes i andre studier (4,7,14,21,22). En antagelse fra helsepersonellet om at samvalg forbedrer den kliniske prosessen og resultatet for pasienten er også fremmere (6,19).

«*Emergency Physician Perceptions of Shared Decision-making*» av Kanzaria, H. K., et al. (4) er en del av et større prosjekt om overtesting, og tar for seg resultatet fra et spørreskjema om

samvalg til 478 akuttmedisinere. 435 (91%) fullførte undersøkelsen. Akuttmedisinerne mente at det finnes flere alternativer for over halvparten av pasientene som kommer til akutt-mottaket, og at de benyttet seg av samvalg på 58 % av disse pasientene. Respondentene oppfattet samvalg som en lovende løsning for å redusere overtesting. På tross av dette hadde respondentene ofte oppfatninger som: "*Mange pasienter foretrekker at legen bestemmer*», "*Når de tilbys et valg, velger mange pasienter mer avansert behandling enn de trenger*» og "*Det er for komplisert for pasienter å vite hva de skal velge.*"

Studier viser også at legens beslutningsstil i under halvparten av tilfellene var i overensstemmelse med pasientenes preferanser (23). Leger går ofte ut fra at valg blir overveldende spesielt for pasienter med lav utdanning (14,15).

"*Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: an exploratory analysis.*" av Schoenfeld, E. M., et al. (7) er en kvalitativ studie der 15 akuttmedisinere med ulik bakgrunn har deltatt på semistrukturerte intervju med mål om å forstå når og hvorfor akuttmedisinere bruker samvalg, og når og hvorfor de føler det ikke er mulig å bruke samvalg. Studien viste at kommunikasjon rundt usikkerhet var utfordrende, og at verktøy som hjalp med å kommunisere risiko var fremmere. Både legens og pasientens intoleranse for usikkerhet var hemmere. Legene var også bekymret for at et dårlig utfall kunne bli en konsekvens dersom pasienten ønsket en mindre konservativ utredning. Flere håpet imidlertid at involveringen av pasienten ville føre til at de delte ansvaret dersom det ble et dårlig utfall. Legene påpekte også vanskene med å bygge tillit og ha gode samtaler med pasienter i akuttmottaket. Tross dette rapporterte storparten av legene at pasientene som regel ble mer fornøyd når de deltok i samvalg. Studien viste også at mangel på tid og ikke passende kliniske scenarier er to meget viktige hemmere. I tillegg kom det frem at mangel på oppfølging enten fra det vi i Norge regner som primærhelsetjenesten eller sykehus neste dag var en definitiv stopper for samvalg. Hyppige avbrytelser ble av flere nevnt som hemmer. En annen hemmer var at mange leger var involvert i den samme pasienten i mottaket. Flere leger påpekte også at samvalg ikke er «minste motstands vei». Det krever nesten alltid mer arbeid enn alternativet, og sannsynligheten for å gå inn i samvalg når det er mange pasienter som venter og det er tidspress, er lavere. Det samme gjelder omstendighetene. En seng i en gang passer ikke til samvalg. Legene påpekte at pasienter som virket engasjert og spurte var fremmere, mens pasienter som ikke klarte å ta avgjørelser, ikke tolererte risiko eller ikke forsto risiko, språkproblemer, pasienter som virket å ha en agenda eller var angstpreget var hemmere. Legene mente at erfaring og gode kliniske ferdigheter er fremmere for at legene bruker samvalg. I denne

studien hadde ingen formell opplæring i samvalg, men informantene mente imidlertid at dette ikke var en hemmer. Studien viste også at der det var toleranse for usikkerhet og god utnyttelse av ressursene ble samvalg brukt oftere. Noen følte at retnings-linjer ble en støtte for bruk av samvalg, mens andre følte retningslinjer hemmet friheten deres. Studien peker også på at frustrerte pasienter som har ventet lenge ønsker svar og ikke diskusjon.

Andre studier peker på mange av de samme momentene. I tillegg er mangel på lønn for bruk av mer tid, samt høy alder på legen vist å være viktige hemmere for samvalg i helsevesenet generelt (9,14,15,22,23). Det samme er hyppige avbrytelser (6,19). At prosessen foregår på et sted pasienten føler er trygt, viser seg å være en fremmer (9). Viktige fremmere fra pasientenes sin side, er at de føler det er tilstrekkelig med tid, tilstrekkelig med informasjon, og oppmuntres til å delta og stille spørsmål (6). En vanlig hemmer er at legen mener den gitte konteksten eller tilstanden ikke egner seg for samvalg (14,19,22). Det samme er redusert evne hos pasienten og pårørende til å forstå og bruke helse relatert informasjon (6). I tillegg synes mindre erfarne leger at det er vanskelig når veiledere ikke støtter eller er enige i å bruke samvalg (15). Mange leger er også bekymret for at pasientene oppfatter de som inkompetente eller ikke vet hva de skal gjøre dersom de introduserer valg for pasientene (15).

Mange pasienter forventer ikke å få presentert valg, og mange er redde for å bli oppfattet som vanskelige dersom de er uenige i det legen anbefaler, og dermed få dårligere behandling (14,15). På den andre siden synes leger det er vanskelig å balansere uenighet og samvalg når pasientene er uenige i anbefalingene (15). Legens spesialitet spiller også inn. Allmennleger er blant annet mer positive til å kommunisere vitenskapelig usikkerhet til pasientene enn indremedisinere (23). En pasientsentrert kommunikasjonsstil (kommunikasjonsstil som ser pasienten og sykdommen fra pasientens ståsted) er en viktig fremmer (15). En annen fremmer er at pasienten føler tillitt (6). Forhold som predikerer en mer paternalistisk stil hos legen er imidlertid ikke-hvit, kvinne og et høyt pasientvolum (23). Bruk av medisinske termer er på samme måte vist å hemme samvalg (6,7), og bruk av enkelt språk er vist å fremme (6,9). Viktige fremmere er ellers at legen oppfatter at pasienten har emosjonell støtte fra sine nære, at samvalg vil føre til et bedre resultat, økt kunnskap hos pasienten, større tillitt til legen, og at legen er villig til å delta i prosessen (14). Studier viser imidlertid også at pasienter som skal ta «høyrisiko» avgjørelser opplever mer angst og usikkerhet når de blir presentert for vitenskapelig usikkerhet (21).

2.6 Samvalgsverktøy

En enkel guide for å kommunisere risiko og fordeler ved samvalg i den akuttmedisinske kjede er (5):

- Bruk enkelt språk
- Bruk av tall forbedrer pasientene forståelse av risiko
- Husk variasjonene innad i gruppen pasienten tilhører og bruk piktogrammer ved behov
- Vurder å kun presentere den mest kritiske informasjonen som pasienten trenger for sitt valg, selv om dette går på bekostning av fullstendigheten
- Vær oppmerksom på tidsrommet risikoen strekker seg over

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (17) er også samvalgsverktøy beskrevet. Samvalgsverktøy er ikke avgjørende, men skal være til hjelp. Dette er evidensbaserte verktøy som på generell basis skal øke pasienten sin kunnskap og forståelse av valg og konsekvenser, fasilitere samtalen mellom pasient og helsepersonell, og forbedre pasientens engasjement (5). De skal også bidra til å formidle usikkerhet ved å tallfeste risiko (7). Verktøyene er derfor hjelpsomme for å fjerne noen av hemmerne for samvalg (6).

«The Chest Pain Choice decision aid» (20,18) er et slikt verktøy.

What's Next?

Prepared for:

1 Your Chest Pain Diagnosis
Our initial evaluation has NOT shown any evidence of a heart attack. This conclusion is based on a blood test (to look for troponins — enzymes that are released when the heart muscle is damaged) and an electrocardiogram (to check that your heart is getting enough oxygen and blood). Over the next five hours, two additional blood tests (troponins) will be taken to definitively rule out a heart attack. However, even if these tests do confirm our diagnosis, your chest pain may indicate possible warning signs of a FUTURE heart attack.

2 Further Tests
A STRESS TEST EVALUATION may more precisely determine if your heart is functioning correctly by viewing blood flow to your heart while at rest and under stress. Examining your risk will help you to determine whether you would like to have a stress test now or would like assistance in making a clinic appointment.¹

3 Your Personal Risk Evaluation
Your risk of having a heart attack or of having a pre-heart attack diagnosis within the next 45 days can be determined by comparing you to people with similar factors² who also came to the Emergency Department with chest pain.

4 Would You Like to Have a Stress Test Now or Make an Appointment?

- I would like to be admitted to the observation unit to have an urgent cardiac stress test. I realize that this could add to the cost of my evaluation and lengthen my emergency stay.
- I would like to be seen by a Mayo Clinic heart doctor within 24-48 hours and would like assistance in scheduling this appointment.
- I would like to schedule an appointment on my own to consult with my primary care physician.
- I would like my emergency department doctor to make this decision for me.

Of every 100 people with factors like yours who came to the emergency department with chest pain...

5 had a heart attack or a pre-heart attack diagnosis within 45 days of their emergency department visit, 95 did not.

¹Stress test options include nuclear stress testing, ultrasound stress testing, and exercise ECG (electrocardiogram) stress testing. Nuclear stress testing involves exposure to radiation which has been shown to be related to increased cancer risk over a lifetime. Your doctor can help you explore which option may be best for you.

²• Age
• Gender
• Race
• If chest pain is made worse when manual pressure is applied to the chest area
• If there is a history of coronary artery disease
• If the chest pain causes perspiration
• Findings on electrocardiograms (electronic tracings of the heart)
• Initial cardiac troponin T result

©2010 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Figure 1 Chest Pain Choice Decision Aid.

FIGUR 1 CHEST PAIN CHOICE DESISION AID (17)

The Chest Pain Choice skal fasilitere tilnærmingen til det medisinske valget, bedre pasientens kunnskap, deltagelse og fornøydhhet, og redusere bruk av ressurser på en sikker måte (9,18).

Verktøyet har fire trinn:

- 1) Diagnose og funn beskrives
- 2) Hva kan gjøres videre?
- 3) Vurdering av risiko for hjerteinfarkt visualiser av figurer
- 4) Fire ulike valg pasienten kan ta

Studier har vist at dette verktøyet har gitt pasientene bedre kunnskap og større engasjement, mindre konflikter rundt avgjørelsene, og færre innleggelse uten å øke forekomsten av alvorlig hjertesykdom (8,18). Samme studie viste også at når legene ikke hadde verktøyet tilgjengelig, gikk de tilbake til sitt gamle mønster med raske avgjørelser. Legene syntes også verktøyet var meget nyttig, og den ekstra tiden de brukte var 1,3 minutter (8). Bruk av verktøyet hadde ingen påvirkning på tilliten pasienten hadde til legen (8).

2.7 Akuttmedisinske tilstander egnet for samvalg

Samvalg egner seg i kliniske situasjoner som oppfyller minst ett av følgende kriterier: 1) likevekt av risiko og nytte; 2) en høyrisikointervensjon med usikker eller variabel effekt; 3) invasiv intervensjon med lavt utbytte; eller 4) mangel på definitive bevis vedrørende det optimale valget (5). Akuttmedisinere mener det er flere ulike akuttmedisinske tilstander som egner seg for samvalg (5):

- Lavrisiko brystmerter
- Lavrisiko hodetraume
- Behandling av slag
- Livets slutfase
- Mistenk nyresten
- Akutt mellomørebetennelse
- Stabil pasient med lungeemboli
- Stabil pasient med lungebetennelse
- Febril baby med god allmenntilstand
- Bronchiolitis
- Foreskriving av smertestillende/opioider
- Antibiotika for øvre luftveisinfeksjon

Det foreligger imidlertid lite empiriske data. Studiene er også fra amerikansk helsevesen, og kan ikke uten videre oversettes til norske forhold. I det norske helsevesenet er det få muligheter for å diagnostisere lungeemboli prehospitalt, og i det norske helsevesen med legevaktens portvokterfunksjon er den febrile baby med god allmenntilstand ikke like relevant.

2.8 Tilfredshet og tillitt til helsevesenet

Pasienter som skal ta «høyrisiko» avgjørelser kan oppleve mer angst og usikkerhet når de blir presentert for vitenskapelig usikkerhet (21). Vi ser imidlertid også at pasienter som deltar i samvalg med samvalgsverktøy opplever mindre konflikt rundt avgjørelse om type behandling, og er mer fornøyd med beslutningsprosessen (20). Flere studier viser også at samvalg gir økt tillit til legen (4,14,22), og at de fleste er mer fornøyd når de deltar i samvalg (7).

3 Metode

3.1 Studie design

Dette er en kvalitativ studie som skal se på samvalg i den akuttmedisinske kjede, nærmere bestemt ved lavrisiko prehospitale brystmerter. Dette skal undersøkes ved å gjennomføre fokusgruppeintervju med ansatte i den akuttmedisinske kjede og individualintervju med pasienter som har erfaring med brystmerter og den akuttmedisinske kjede.

Kvalitativ forskning vil si den systematiske innsamlingen, organiseringen og tolkningen av tekstmateriale hentet fra samtaler eller observasjon (24,25). Vi bruker gjerne kvalitative metoder for å få vite mer om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og metoden passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (24). Det kvalitative designet passer derfor godt i denne situasjonen da samvalg er en dynamisk prosess og feltet er fortsatt i utforskningsfasen.

Det finnes begrenset mengde forhåndskunnskap på området, og særs lite som uten videre kan oversettes til norske forhold. Dette ble derfor en eksplorativ studie med bruk av induktiv metode der en i stor grad går fra empiri til teori (26). Studien inkluderer kvalifiserte informanter, og deres synspunkter og opplevelser setter sammen disse til en teori.

3.2 Teori og intervjuguide

Teorien for oppgaven ble søkt etter i flere omganger, og endelig avsluttet i oktober 2021. Det ble brukt både norske kilder som helsebiblioteket og stortingsmeldinger, og søk i PubMed med søkeordene «shared decision making», «emergency departement», «primary helth care», «facilitator», «barriers», og «low risk chest pain». Referanselistene i artiklene ble deretter brukt til å finne nye artikler.

Kvaliteten på spørsmålene i intervjuene er avgjørende, og det må foreligge en intervjuguide (26). Utarbeidelsen av guiden bør foregå i fem trinn (27) der det første trinnet er å identifisere forutsetningene som er beskrevet i kapitlene over. Det andre trinnet er å innhente og bruke tidligere kunnskap. Trinn nummer tre er å utarbeide en guide på bakgrunn av den tidlige kunnskapen, og bør bestå av fem spørsmåls kategorier: Åpnings-, introduksjons-, overgangs-, nøkkel- og avslutningsspørsmål (28). Utarbeidelsen og bruken er beskrevet senere i oppgaven.

3.3 Etikk

Etikken i kvalitativ forskning går ut på å beskytte deltakernes interesser, uten å gå på akkord med forskningsdataene som kan komme andre til gode (28). Et balansert forhold mellom forsker og deltakere fasiliterer formidling, tillit og oppmerksomhet så vel som respekt for potensielle

etiske spørsmål (28). En skal imidlertid alltid være klar over at en kan komme inn på vanskelige og såre tema.

Det ble i forkant av gjennomføringen søkt NSD (Norsk senter for forskningsdata) om godkjenning da rådataene inneholder navn, kontaktinformasjon, og lydopptak, og REK (Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning) da den ene gruppen besto av pasienter. Alle informantene fikk informasjonsskriv som også inneholdt forespørsel om å delta (se vedlegg 2). Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene. Samtykket kunne trekkes tilbake når som helst.

Leger og ambulansesarbeidere ble ikke stilt personsensitive spørsmål, og pasientene ble kun stilt spørsmål rundt erfaringene med samvalg i forbindelse med kontakt med helsevesenet. Det er i denne oppgaven ikke viktig å vite nøyaktig alder eller erfaring til den informanten som ga informasjonen. Det er heller fokusert på gruppens utsagn og meninger. I selve oppgaven blir informantene kun omtalt med yrke, eller som pasient.

3.4 Kriterier for kvalitet

Det er satt ulike kriterier for god kvalitet på kvantitativ forskning. Begrepsbruken og hva som dekkes av de ulike begrepene varierer noe (28).

3.4.1 Validitet og reliabilitet

Validitet eller gyldighet sier noe om man har undersøkt det en skulle undersøke. Reliabilitet eller pålitelighet vil si konsistens og nøyaktighet.

Validitet kan deles i både intern og ekstern validitet. Den interne validiteten sier noe om gyldigheten av resultatet for det som er undersøkt. Den eksterne validiteten sier noe om overførbarheten eller generaliserbarheten. Altså i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner. Funnene i kvalitative studier kan ikke tolkes som fakta gjeldende for store populasjoner, men heller beskrivelser, forestillinger eller teorier som er gjeldende innenfor spesifiserte situasjoner (25). For å øke validiteten bør forskeren undervis i intervjuene sjekke sin egen oppfatning med å spørre informantene om han forsto de riktig. Forskerens egen kompetanse spiller også inn på validiteten, det samme gjør hvordan intervjuene er gjennomført, og hvordan intervjuene er transkribert. Dokumentasjon og begrunnelse for hva som er gjort er viktig for validiteten.

Reliabiliteten sier noe om i hvilken grad studien kan etterprøves, altså om andre forskere vil finne det samme. Reliabiliteten økes ved at praktiske forhold er gjennomtenkt, og transkripsjonen og analysen er nøyaktig. Forskeren bør beskrive konteksten godt og gi en

detaljert beskrivelse av fremgangsmåten som er brukt. Det er god praksis i kvalitativ forskning å samle informasjon inntil saturasjon. Det vil si frem til det ikke fremkommer nye ideer rundt problemstillingen i de ulike gruppene (24,28). Relabiliteten økes nettopp ved at datainnsamlingen har foregått frem til saturasjon er oppnådd. I kvalitativ forskning handler ikke målet om hvor representative dataene er, men heller om dybde og mangfoldet i informasjonen. Datainnsamlingen er derfor ferdig når materialet som samles inn er overflødig (24,28).

3.4.2 Refleksivitet

I kvalitativ forskning forsøker en å dokumentere refleksivitet, altså at forskningen er relevant og har betydning. Man har en forventning om at kunnskapen gir ny erkjennelse som kan brukes til noe (24). Forskeren må derfor ha en aktiv holdning til å lete etter konfrontasjoner med egne ideer, roller, bruk av metode, møte med informanter, tolkning etc. (24). Forskerens bakgrunn vil påvirke hva vedkommende velger å undersøke, samt vinklingen, metode, hvilke funn som er mest betydningsfulle, og hvordan konklusjonene formuleres og kommuniseres (25). For å få dataene og hele oppgaven så objektiv som mulig, er det viktig å ha det i bakhodet, og nettopp disse ulikhetene mellom ulike forskere gir oss økt forståelse.

3.4.3 Utvalg

Et representativt og tilfeldighetsbasert utvalg en er vant til fra kvantitative studier er ofte ikke det beste i en kvalitativ studie. Her må utvalget settes sammen slik at materialet blir rikt og variert (24). Et strategisk utvalg prioriterer informasjonssterke deltakere som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen (24,26). En annen form for utvalg er tilgjengelighetsbasert – de deltakerne som er mulige å få tak i inkluderes (24).

3.5 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er i denne oppgaven definert som (28):

... group discussions organized to explore a specific set of issues ... The group is focused in the sense that it involves some kind of collective activity ... crucially, focus groups are distinguished from the broader category of group interview by the explicit use of the group interaction as research data.

Det er viktig å merke seg forskjellen mellom fokusgruppeintervju og gruppe intervju. Gruppeintervju er mer basert på en-til-en dybdeintervju, mens i fokusgruppeintervju har forskeren en mer perifer rolle og opptrer som en fasilitator og fasiliterer gruppediskusjonen blant medlemmene i gruppen, og ikke mellom seg selv og de andre deltakeren i gruppen (28). Fasilitator skal sikre at flest mulig deltakere kommer til ordet med mest mulig nyanserte og personlige innspill, og aller helst inspirert av hverandre (26). Det er også viktig å følge med på

gruppedynamikken som kan styre kunnskapsutvekslingen, og sørge for konkret forankring til temaet (24). Det er også gjerne en sekretær eller observatør til stede (26).

Fokusgruppeintervju egner seg best i en tidlig fase med lite undersøkte emner (28), og når en ønsker å få innsikt i erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (24). Fordelen med fokusgruppeintervju versus individuelt intervju er at mer informasjon kan samles på kortere tid. Medlemmene i gruppen kan også reagere på, og bygge på, de andre medlemmenes sin respons. På den andre siden blir ikke alle medlemmene like deltakende, og enkelte dominerende individ kan ta over. Gruppedynamikken kan også stenge for avvikende synspunkter eller hindre at opplysninger om sensitive forhold kommer opp (24). Fasilitatoren kan også ha problemer med å håndtere gruppen og få frem informasjonen som er ønsket, og er avgjørende for at materialet ikke blir overfladisk og ensidig (24).

3.5.1 Informasjonsstyrke

Informasjonsstyrke er et sentralt tema, og ved høy informasjonsstyrke trengs færre intervjuer (24). Forhold som bidrar, er (24):

«fokusert problemstilling, deltakere som kan formidle mye og variert informasjon om problemstillingen, et relevant og tydelig teorigrunnlag, samtaler med gode utvekslinger og langsgående analysestrategi.»

Sammensetningen av gruppene er også avgjørende. Noe av det viktigste er at de riktige personene er invitert. Dette kan kontrollere seg selv da de mest engasjerte melder seg. De som er generelt engasjerte fra før kan en anta har lettere for å melde seg. Det samme kan en anta at gjelder for de som er spesielt engasjert i temaet. For det tredje – er komposisjonen rett i forhold til diskusjonen som skal foregå. Både homogene og heterogene grupper kan ha sine fordeler. Homogenitet innad i gruppen fører til at deltakerne gjenkjenner og identifiserer seg med hverandres erfaringer, noe som øker assosiasjonseffekten (26). Dette må imidlertid balanseres opp mot variasjon ettersom det er mangfoldet i erfaringene som skaper nyanser, noe som igjen fører til at en kan utvikle nye og relevante beskrivelser (26). Den tidligere oppfatningen av at deltakerne i fokusgruppeintervju ikke skulle kjenne hverandre er nå mer nyansert. En kan lettere få flyt i diskusjonen dersom deltakerne kjenner hverandre, men fasilitator må under intervjuet være observant på om samtalen følger gamle spor, og da stille kritiske spørsmål (26). Det er også i analysefasen viktig å tenke over hvordan bekjentskapet påvirker det som ble sagt (26).

Det er ingen strenge regler for antall grupper. Sammensetningen av gruppen er minst like viktig, og det underliggende prinsippet er saturasjon (28). Gruppen bør være stor nok til ulike meninger

og perspektiver, og liten nok slik at alle deltakerne kan delta og bli hørt (28). Dersom gruppen er for liten kan hver deltaker føle seg presset til å snakke, noe som kan føre til et gruppeintervju og ikke et fokusgruppeintervju. Den optimale størrelsen på gruppen er seks til ti deltakere, men tre til fire deltakere er mulig, og for noen områder er dette også å foretrekke (28). Det er heller ingen faste regler for hvor lenge et fokusgruppeintervju skal foregå. Det beste er å planlegge for en til en og en halv time (28). Lengden vil da avhenge av emnet og engasjementet til deltakerne. Det er i tillegg viktig å huske at både deltakere og fasilitator blir slitne. Som regel samles gruppene kun en gang.

Når mennesker er under påvirkning av omgivelsene, virker dette inn på hvordan synspunkter utformes og uttrykkes. Tre ulike strategier er da (26): 1) Etterlevelsens- eller poseringsbias – respons deltakeren regner med at fasilitator eller andre deltakere liker å høre, 2) Identifikasjon eller innsmyringsbias – respons som skal plassere deltakeren i samme båt som en vedkommende beundrer eller ønsker å få medhold av, 3) Internalisering – holdninger, synspunkter og erfaringer med høy grad av integritet og personlig forankring. Det er viktig for fasilitator å fremme den siste strategien og forebygge de to første. Dette kan gjøres ved for eksempel å foreslå gjensidig taushetsplikt, poengtere at negative erfaringer er like viktige som positive, gi god oppmerksomhet og anerkjennelse til alle i gruppen, og etterspørre konkrete fortellinger.

3.6 Semistrukturerte individuelle intervju

Forutsetningen for å få gode data er at deltakerne kjenner seg trygge og ivaretatte. Selv om fokusgruppeintervju også egner seg godt til å studere ulike pasientgruppers erfaringer i møte med helsetjenesten (24), kan det være mindre egnet når det er snakk om sensitive eller personlig informasjon, og i disse tilfellene egner en-til-en intervju seg bedre (28). Individuelle intervju egner seg når en ønsker å gi deltakere tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som trenger trygghet og ettertanke når det skal deles (24).

3.7 Praktisk gjennomføring og vurdering av kvalitet

3.7.1 Intervjuguide

På bakgrunn av den tidlige kunnskapen som ble innhentet, ble det utarbeidet en intervjuguide, som finnes i sin helhet i vedlegg 1. Kjernen var hva som kan fremme, og hva som kan hemme samvalg i den akuttmedisinske kjede. I tillegg var det fokus på at guiden skulle være så fleksibel at den kunne inkludere tema som ble introdusert under intervjuet. Den inneholdt også stikkord hentet fra tidligere teori som kunne innlede nye refleksjoner dersom deltakerne enten sto fast eller kom utenfor det som skulle diskuteres. Guiden ble pilotert på en fra hver gruppe,

og diskutert med vedkommende for å øke validiteten. Ettersom stikkordene var hentet fra tidligere forskning, kan de ha ført til en viss bekreftelse av tidligere forskning uten å bidra til ny informasjon.

3.7.2 Utvalg og intervju

I utgangspunktet var både antall grupper, gruppestørrelsen og intervju type bestemt. Dette ble imidlertid endret underveis. Rekrutteringen burde ha foregått mer trinnvis, og analyser burde blitt foretatt mellom nye rekrutteringer og intervjuer. Dette for å være sikker på å holde på til saturasjon var oppnådd for å bedre reliabiliteten.

Planen var å bruke et strategisk utvalg både av helsepersonell og pasienter. Pandemien første imidlertid til et ønske om å ikke samle mange. Spesielt ikke de som tilhørte risikogruppen og helsepersonell. I tillegg ble det en meget travel hverdag både for fastlegene og meg. Dette førte til at utvalget i stor grad ble tilgjengelighetsbasert.

Det ble planlagt å gjennomføre tre fokusgruppeintervju der gruppene skulle ha 4-5 deltakere. En gruppe skulle bestå av leger der fastleger både med og uten legevakt var representert. Fastlegene er pliktige til å ha akutt-timer for sin listepopulasjon i vanlig åpningstider av legekontoret. Noe som gjør de til en del av den akuttmedisinske kjede da de kan få pasienter med lavrisiko brystmerter på disse timene. Årsaken til at både fastleger med og uten legevakt skulle være representert var ønsket om å få med de eventuelle ulikhetene dette kan gi rundt samvalg. Det var også planlagt at leger fra ulike legekantor og med ulik erfaring skulle være representert. Ved rekrutteringen henvendte jeg meg derfor kun til noen leger i starten, men grunnet rekrutteringsvansker henvendte jeg meg til slutt til alle kommunens 25 fastleger. Gruppen med leger ble bestående av fem deltakere (hvorav fire møtte opp). Det var to kvinner og to menn, en meget erfaren som ikke lenger kjørte legevakt, to på slutten av spesialiserings-løpet og en LIS1 (lege i spesialisering del 1) alle fra ulike kontor. På tross av at utvalget ble tilgjengelighetsbasert ble ønsket om en bredt sammensatt gruppe likevel tilfredsstillt. En kunne imidlertid med fordel hatt fem deltagere.

Den andre gruppen besto av ambulansesarbeidere. Ambulansen er en sentral del av den akuttmedisinske kjede, og en avgjørende ressurs ved prehospitalt brystmerter. Det er ingen tidligere studier på samvalg i den akuttmedisinske kjede med ambulansesarbeidere. Av disse to årsakene er det verdifullt å få belyst deres syn. Disse ble rekruttert ved at jeg henvendte meg til stasjonssjefen ved Helse Nord-Trøndelag sin ambulansestasjon på Steinkjer. Stasjonen har 19 personer som jobber klinisk. Gruppen ble bestående av fem ambulansesarbeidere (hvorav kun

tre møtte opp). Det var en kvinne og to menn, to var meget erfarne og en hadde to år med fagbrev. Denne gruppen ble dessverre liten. Gruppen hadde en variert representasjon, og det var antagelig de mest engasjerte som meldte seg.

Den siste gruppen skulle bestå av pasienter som hadde erfaring med prehospitalt brystsmerte og kontakt med helsevesenet. Pandemien og dens restriksjoner ble avgjørende for at semi-strukturerte individuelle intervju ble valgt ved intervju av pasientene. Muligheten for samhandling mellom deltakerne gikk jeg derfor glipp av i denne gruppen. De fleste studier på samvalg omhandler helsepersonell, men det kan være vanskelig å belyse hva som er viktig for pasientene uten å ha de med som informanter. Jeg sendte i starten ut en forespørsel til de fastlegene som ikke ble forespurt om å delta i fokusgruppe om de kunne finne pasienter som hadde hatt lavrisiko brystsmerte, og forespørte de om jeg kunne kontakte de med forespørsel om de vil delta i forskningsprosjektet. Grunnet rekrutteringsproblemer ble forespørselen etter hvert sendt ut til alle fastlegene. Jeg fikk da tre pasienter som ble intervjuet separat. Dette var alle menn, to unge og en eldre.

At studien har med flere typer informanter; leger, ambulansesarbeidere og pasienter, øker reliabiliteten av studien. Da rekrutteringen var særdeles vanskelig er informasjonsstyrken et sentralt tema. Ved høy informasjonsstyrke trengs færre intervjuer. Ved sammensetningene i dette prosjektet var homogene grupper i form av bakgrunn viktigere enn holdning da dette kunne få frem de ulike synspunktene. I gruppen med leger og ambulansesarbeidere kjente informantene hverandre. I tillegg kjente jeg informantene. Et nært forhold både mellom informantene, og mellom fasilitator og informantene kan påvirke både hva informantene formidler og hvordan informasjonen tolkes. Det er umulig å si med sikkerhet, men mitt inntrykk er at det var en åpen diskusjon uten hindringer for å ytre egne meninger. Jeg har i tillegg forsøkt å være bevisst mitt kjennskap til informantene når jeg har transkribert og tolket. Under intervjuene kunne jeg vært flinkere til å stille kontrollspørsmål om jeg hadde forstått de riktig, noe som hadde økt validiteten.

Alle informantene fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 2). Det ble også før intervjuet startet foretatt en generell orientering og forsikring om at alle var innforstått med hva samvalg betyr og innebærer.

Intervjuene med leger og ambulansesarbeidere ble gjennomført i januar 2022 og varte henholdsvis 50 og 43 minutter. Intervjuene med pasientene ble endret fra fokusgruppeintervju

til semistrukturerte individuelle intervju av tre pasienter, ble gjennomført i februar 2022 og varte mellom 45 og 56 minutter.

Jeg var selv fasilitator i alle intervjuene. Intervjuguiden ble brukt aktivt både for å komme gjennom de planlagte tema, men også for å komme med stikkord dersom samtalen ikke gikk av seg selv. Jeg har ikke hatt mulighet til å ha med en sekretær/observatør. Både fordi jeg skrev oppgave alene og fordi det ikke er lett å rekruttere noen til denne type frivillig arbeid i en hektisk hverdag. Involvering av flere forskere hadde imidlertid økt validiteten.

3.7.3 Datahåndtering

Egen telefon ble brukt til opptak. Lydkvaliteten ble testet i flere situasjoner og avstander i forkant av det første intervjuet. Når intervjuene var ferdige, ble lydfilene umiddelbart sendt til egen PC og kryptert der. Det ble i tillegg tatt sikkerhetskopi til en minnepinne. Lydfilene ble så slettet fra egen telefon.

Da det kun er jeg som inngår i prosjektet, ble lydopptakene transkribert av meg. Jeg kunne da sikre en nøyaktig transkripsjon for å øke reliabiliteten, og det var på mange måter en fordel å transkribere selv da det er lettere å oppfatte nyanser i intervju jeg selv var med i. Transkriberingen ble i tillegg første skritt for å få oversikt over dataene. Det ble noe avstand i tid mellom de ulike intervjuene. Det ble da enklere å ta dette som læring frem til neste intervju. Da jeg kjenner alle legene og ambulansearbeiderne som deltok var det uproblematisk å høre hvem som sa ulike replikker. Hver deltaker fikk et pseudonym, og nøkkel ble oppbevart separat fra transkriptet. Transkriptene ble lagret i kryptert format. Etter hver arbeidsøkt, ble det tatt sikkerhetskopi.

Det er viktig å ha respekt for hva deltakerne mente med det som ble sagt. Direkte gjengivelse av et muntlig utsagn kan imidlertid gi et mindre seriøst inntrykk av deltakeren enn det som stemmer. På den andre siden skal en være meget varsom med redigering og meget observant på hva den enkelte kan ha ment å uttrykke. Dette er to hensyn som må balanseres, og igjen er det en fordel at den som transkriberer var til stede under samtalen.

3.7.4 Induktiv dataanalyse

For at dataene skal gi nyttig informasjon, må de analyseres på en systematisk og refleksiv måte, og hva som er gjort må formidles slik at forskningen kan følges (26). Som beskrevet tidligere finnes det ikke mye tidligere systematisk forskning på området som uten videre kan oversettes til norske forhold. Informantenes synspunkter og opplevelser ble derfor i denne eksplorative studien gjenstand for en induktiv dataanalyse, og det ble foretatt en tematisk, tverrgående og

datastyrt analyse. Den teoretiske referanserammen spilte derfor en begrenset rolle for hvordan kategoriene ble utviklet (26).

Transkriptene ble importert inn i analyseprogrammet NVivo og en systematisk tekst-kondensering (24,26,29) i fire trinn ble foretatt: 1) få et totalinntrykk, 2) identifisere meningsfulle enheter, 3) trekke ut innholdet i individuelle meningsfulle enheter, og 4) oppsummere betydningen (25). Først trinn ble selve transkripsjonen. Før kodingen startet ble nodene valgt. Dette var:

- Prehospital lavrisiko brystmerter sin egnethet for samvalg
- Fremmere:
 - Helsepersonell
 - Pasienter
 - Sykdom
 - Omstendigheter
- Hemmere
 - Helsepersonell
 - Pasienter
 - Sykdom
 - Omstendigheter
- Tilfredshet og tillitt ved samvalg ved prehospital lavrisiko brystmerter
- Andre akuttmedisinske områder egnet for samvalg

Ordskyer, ordtre og tankekart ble vurdert til å ikke gi den informasjonen studien trengte. Query Wizard var imidlertid meget godt egnet til å samle referansene som var kodet under de ulike nodene. Dette ble da utgangspunktet for resultatet og analysen. De delene av teksten som sa noe om problemstillingen ble valgt ut. I denne sammenheng ble det gjort forsøk på å være meget bevisst på at det var min forståelse og referanser som avgjorde hva som ble oppfattet som relevant, altså refleksivitet.

Det ble i tillegg funnet meningsbærende enheter som gikk på tvers av nodene nevnt over:

- Informasjon og kommunikasjon, interesse og forståelse
- Tid
- Mulighet for samvalg

- Trygghet og erfaring
- Egenskaper
- Kunnskap om og organisering av helsevesenet
- Pårørende/publikum
- Oppfølging
- Kultur

Ved induktive analyser vil det alltid være data som ikke kan «plasseres» noe sted. Det er viktig å ikke eliminere disse dataene selv om de ikke passer inn i noen av temaene. Både for å få bedre oversikt over dette, og for å se om alle elementene som hørte inn under de ulike nodene var fanget opp, ble transkriptene lest på nytt etter at den initiale analysen var foretatt.

4 Analyse og resultater

4.1 Dataanalyse

Fokusgruppeintervju gir mange typer data. Både om personer, gruppediskusjon og gruppeinteraksjon. Noe av det viktigste er å identifisere enighet og uenighet som oppstår. I tillegg er stillhet en viktig faktor.

«Query wizard» i NVivo førte til god samling og fremstilling av innholdet i de enkelte nodene. Funnene for hver node ble samlet i hver sin fil. Ut fra dette viste det seg at alle nodene var å finne i alle transkriptene bortsett fra en – kun en av transkriptene inneholdt noden «fremmere med sykdommen». Selv om alle transkriptene inneholdt «andre områder i akuttmedisinen egnet for samvalg» var det til sammen kun 8 referanser. «Hemmere ved sykdommen», om «prehospitale lavrisiko brystmerter er egnet for samvalg», og «tillit og tilfredshet» var representert med færrest referanser (mellom 12-14 referanser). Klart flest referanser hadde «hemmere hos helsepersonell» med til sammen 59 referanser. Dernest kom «fremmere hos helsepersonell» med 41 referanser.

4.1.1 Egnethet for samvalg

Det første spørsmålet på alle intervjuene var «I hvilken grad synes dere at akuttmedisinske problemstillinger egner seg for samvalg mellom pasient og helsepersonell». Ambulansearbeiderne mente akuttmedisinske problemstillinger egnet seg, men var usikre på hvor flinke de var til å bruke samvalg. De mente imidlertid at de hadde blitt bedre de senere årene.

Legene mener det varierer veldig med problemstilling. Noen grupper ønsker innleggelse uten at det er klinisk indisert,

«Folk føler seg utrygge, og det er krevende pedagogisk å forklare hvorfor de ikke skal legges inn.»

Andre ønsker ikke innleggelse selv om det er klinisk indisert. Legene mente imidlertid at de brukte samvalg, mer eller mindre bevisst.

Kun en av pasientene hadde deltatt i samvalg ved lavrisiko prehosptale brystmerter. En mente det helt åpenbart er mulighet for mer samvalg i akuttmedisinen. Han fortalts også om egen erfaring der samvalg kunne ført til mindre overbehandling. Pasientene hadde også ønske om å påvirke og bli hørt, men sa de hadde stor tro på at fagfolk kan jobben sin, og at de derfor ville ha fulgt råd de fikk. Er problemstillingen akutt og alvorlig vil de også at andre tar valgene.

«Står det om liv ville jeg at noen som har bedre kompetanse enn meg tar alle valgene.»

4.1.2 Fremmere ved helsepersonell

Ambulansearbeiderne snakket om flere viktige fremmere de selv hadde erfaring med som helsepersonell. Et grunnleggende spørsmål til pasienten er:

«Hva er det dere egentlig ønsker hjelp til? Hva ønsker dere egentlig at vi skal gjøre her nå.»

En viktig faktor er også at legen har tillitt til undersøkelsene og vurderingene de som ambulansearbeidere har gjort. De trekker også frem informasjon til pasienten som et meget viktig moment, spesielt for å trygge. Faglig trygghet hos helsepersonellet er viktig, noe de mener de har på brystsmarter. De mener både ønske og muligheten til å bruke tid hos pasienten er viktig. Gode kommunikasjonskunnskaper er viktig, og selv om kunnskapen hos ambulansepersonellet er lik, har de ulike måter å kommunisere på. Kjennskap til hva andre aktører innen helsevesenet har å tilby er viktig, og en forutsetning for å gi pasientene best mulig hjelp.

Legene påpekt at pasientene må være godt informert for å delta på samvalg, og en lege som ønsker en informert pasient er en fremmer. En annen side av behovet for en godt informert pasient er hvor godt helsepersonellet klarer å informere. Som en annen lege beskrev det:

«Vår evne til å gjøre det forståelig.»

Og en tredje:

«At vi får til å forklare det.»

Et annet viktig moment som ble diskutert grundig var legens evne til å tåle usikkerhet. Dette ble av noen koblet opp mot erfaring:

«Hvordan man tåler utryggheten og usikkerheten har mye med erfaring å gjøre. Både i år som lege, men også å ha sett de kliniske bildene av ulike ting. På legevakt i større grad enn på fastlegekontoret.»

En av pasientene mente at det var viktig at helsepersonellet initiere samvalgsprosessen dersom de mener pasienten er i stand til å delta, og spørre «Hva tenker du?». I tillegg ble empati og interesse hos helsepersonellet nevnt. En av pasientene mente også at det antagelig var en ny generasjon med leger, som nettopp var mer interessert i samvalg, og nevnte også at kvinner antagelig var flinkere til samvalg. I tillegg ble imøtekommenhet nevnt som et viktig moment:

«Det lille smilet og en anerkjennelse av at du er der som person. Det åpner dører og er en inngangsport.»

Her ble også erfaring nevnt, i tillegg til evnen til å møte endring og ny kunnskap:

«(...) *fartstid samtidig som du er åpen for forandring og ny kunnskap så tror jeg du har veldig mange forutsetninger til stede.*»

Trygghet hos helsepersonellet mener en av pasientene er viktig. I tillegg til at de bruker tid og sørger for at informasjonen er forstått. Samtidig som helsepersonell må kommunisere med et enkelt språk og enkle svar. Det å få innsikt i hva som er gjort øker tryggheten, og en blir da tryggere på å ta egne valg. Viktigheten av gode forklaringer, og at fordeler og ulemper legges frem nevnes også. Det ble også kommunisert at det er av betydning at helsepersonellet tar seg tid, og at pasienten har følelsen av å bli tatt seriøst.

4.1.3 Fremmere ved pasienter

Ambulansearbeiderne oppgav samtykkekompetanse først når det gjaldt fremmere ved pasienter, og dette ble utdypet videre og gjentatte ganger med viktigheten av å kunne kommunisere både generelt og uten kognitiv svikt. Videre utdyping var en opplyst og reflektert pasient:

«*Jeg synes kanskje den informerte pasienten. Den pasienten som også er litt klar over alternativene og litt risiko det er å ta det valget jeg tar. At pasienten også kan begrunne. Og som har forstått beskjeden som fastlegen eller kardiologen ga.*»

En annen fremmer er når pasientene har tillitt til helsepersonellet, noe ambulansen føler pasientene har spesielt når det gjelder brystmerter.

En lege mente samvalg på dette området var enklest hos de eldre. Legene var enige om at en godt informert pasient som har evne til å ta inn og vurdere informasjonen, og som forstår rasjonale til legen var viktige fremmere:

«*Det er mer motiverende å få en som har lest på internett. Det er mer morsomt å diskutere.*»

Men det ble også kommentert at:

«*Det er ikke alltid slik at jo mer en vet jo lettere er det med samvalg.*»

Både alder, utdanning og sosioøkonomisk status ble nevnt av legene, og de mente det var lettere å få en felles forståelse med høyere utdannede pasienter. I tillegg er det viktig at de kan

kommunisere godt. På samme måte som for helsepersonell, ble det påpekt at det er ulikt hvor mye usikkerhet pasientene tolererer.

Pasientene mente det var viktig med pasienter som er samtykkekompetente og som kan bidra inn i prosessen. Pasienter som kjenner sykdomsbildet sitt godt, er også en viktig fremmer. En som kjenner igjen sykdomsbildet er også roligere og tryggere. De mente også at pasienter som ønsket å delta i prosessen selv måtte ta initiativ. Lettest er det med en pasient som er interessert og spør. I tillegg er det viktig med forståelse og trygghet for det som blir gjort for å kunne bidra inn i en samvalgsprosess.

4.1.4 Fremmere ved sykdommen

Det var kun en av pasientene som kom med fremmere ved sykdommen. For det første ble det nevnt at dette kan være pasienter som kjenner sykdomshistorikken sin godt, noe som kan fremme samvalg. I tillegg er det en situasjon der det alvorlige med stor grad er utelukket. En pasient kan derfor lettere presenteres for ulike alternativer.

4.1.5 Fremmere ved omstendighetene

Ambulansearbeiderne mener muligheten de har til å investere tid hjemme hos pasienten og at de alltid er to er viktige fremmere. De kan undersøke og samhandle samtidig, og de er tryggere på avgjørelsene ettersom de kan spille på hverandre. At det er annet helsepersonell til stede, er også en fordel. Både for å få til samvalg, og for å spare andre helseressurser. De kan også kaste ball seg mellom. De er noe delt når det kommer til samvalgsverktøy, og påpeker også at de ikke har gode prosedyrer for når pasientene med brystmerter kan være igjen hjemme. Det nevnes at en sjekklister kan være positivt. Både som et verktøy for å vite hva du har å spille på, og som en kvalitetssikring. I tillegg kunne skriftlig informasjon til pasienten vært til hjelp. Dersom pårørende er til stede, er det en trygghet at flere har fått informasjonen. Veilederne ambulansarbeiderne har i lærlingetiden er viktig både når det gjelder samvalg og kunnskap om hva andre i helsevesenet har å tilby.

Legene var tydelige på at tid er viktig. I tillegg er samvalg lettere som fastlege på legekantoret der de kjenner pasienten og har all tidligere informasjon:

«Det er langt fra alle som er oppdatert selv. Kanskje er de ikke i stand til å informere om hva som har skjedd før og nå, og medisiner. Kanskje det ikke er noe hjelp i legevaktjournalen heller. Det er derfor kanskje større sjans for samvalg på fastlegekontoret.»

I tillegg er det viktig med informasjon som øker sikkerheten ved valgene deres, som troponiner.

I forhold til sjekklister mener de at dette må være innarbeidede rutiner, og ikke papirlister, ettersom det er akuttmedisin. Pårørende som er hjemme, er en fremmer. Det trygger pasientene. Det er enighet om at mulighet for en snarlig vurdering på sykehus er en viktig fremmer.

En av pasientene påpekte at en god mulighet for samvalg er når bekreftelsen på at dette ikke er farlig kommer, når ting har roet seg. De mente også at en skriftlig informasjon er positivt:

«Du får informasjonen via flere sanser. (...) Skriftlig informasjon, god tid og sørger for at informasjonen er forstått så vil det fungere.»

«Et skjematisk oppsett trygger deg på at her er det gjort en grundig og systematisk undersøkelse.»

En av pasientene mente også at sjekklister kunne være tidsbesparende:

«Det er de samme undersøkelsene du må gjennom ved brystmerter, så det er ikke slik at de må lage en ny presentasjon for alle som kommer. Du har det ferdig, og slikt sett kan det være tidsbesparende for å få pasienten til å forstå hva legen sier og mener. (...) Da kan det tvert om lette jobben til helsepersonellet.»

En av pasientene nevner også et en forsikring om oppfølging hos fastlege eller sykehus innen kort tid er en fremmer. Pårørende i nærheten og mulighet til å snakke med de er en viktig fremmer i en situasjon der mange er redde.

4.1.6 Hemmere ved helsepersonell

Ambulansearbeiderne beskriver flere eksempler med uenighet mellom helsepersonell som fører til at pasientens ønske ikke blir hørt. I tillegg ønsker ofte ambulansearbeiderne at legen tar avgjørelsen når det handler om brystmerter, og påpeker at de uansett skal ha troponiner. De trekker også frem lite erfarne, men også eldre leger, som en hemmer. Kompetanse på samvalg er viktig, og ofte er opp til hver enkelt om de ønsker å tilegne seg dette. Det er også viktig å vite hva andre i andre deler av helsevesenet kan tilby for å kunne ta med pasienten på samvalg. Noen (også helsepersonell) har kun en forventning til ambulansen om at de skal transportere pasienten til legevakt eller sykehus. Dette er mangel på kunnskap hos helsepersonell som hemmer samvalg. Muligheten pasienter har til samvalg hindres også av og til av annet helsepersonell som ikke ønsker å ta ansvar for pasienten.

Ambulansearbeiderne mener at både de og andre i helsevesenet kan tillegge pasienter et ønske om å legges inn når de først har kontaktet helsevesenet med brystmerter, uten at vi vet om det er det de ønsker. I tillegg er manglende ønske om å bruke tid en viktig faktor.

«Har du bestemt deg før du går inn til pasienten om at dette skal jeg gjøre kort og greit fordi han skal være med uansett, så får du til det.»

Det er også enkelt å kontakte legen og be vedkommende ta avgjørelsen. Da har de ryggen fri. Helsepersonell som står alene, kan være mer utrygge i avgjørelsen kontra de som jobber i team.

Ambulansen kontakter som regel legevakten da det er vanskelig å få tak i fastlegen. Der er kjennskapen til pasienten ofte minimale. Er en faglig utrygg, er det også vanskeligere å kommunisere det viktige på en god måte. Kommunikasjonskunnskapene og -egenskapene er ulike. Ambulansearbeiderene sier også at legevaktslegene ikke alltid er like villige til å høre på hva de har funnet:

«Vi har kanskje hatt pasienten i tre kvarter, men legevaktslegen ønsker ikke å høre hva vi har funnet ut. Det er jo interessant.»

På samme måte som at veileder kan være en viktig fremmer, kan en veileder som ikke har kjennskap til samvalg eller ikke ønsker å bruke samvalg være en betydelig hemmer.

Noen av legene jeg intervjuet mener at når det kommer til brystsmarter må legen ta avgjørelsen uansett, og påpeker også at når han først har gjort seg opp en mening, følger han den uansett:

«I noen tilfeller gjør vi opp oss en mening. Hva er det, hva tror vi selv. Og da hører jeg ikke på pasienten. For da behandler du ut fra det du mener er riktig.»

En annen påpeker også at han ikke har noe bevisst forhold til samvalg. Alle legene mener at de vet hva pasientene vil og ønsker. De har også en oppfatning av at når pasientene først kommer på legevakten og føler seg syke, så ønsker de innleggelse:

«Få pasientgrupper som ikke vil på sykehus når de kommer i akuttmedisinen. De fleste føler seg syke og vil legges inn.»

«Jeg liker å tro at vi føler hva som er riktig. At vi plukker opp om de er engstelige eller ikke, hva de vil.»

«Jeg tror alle som kommer på legevakten med brystsmarter er livende redde for at det er noe med hjertet. Da tenker jeg at de vil på sykehuset for å sjekke at hjertet er bra. (...) Jeg tenker at pasientene tenker det. Jeg tillegger de nok den tanken.»

Samvalg krever informasjon, og det tar tid. Har legen liten tid kan en fort gjør seg opp en mening:

«En gjør seg ganske fort opp en mening om dette skal inn eller ikke. Og har en begynt å tenke at dette skal inn, legger en ikke mye mer tid i det. Da blir man nok dårligere på samvalg. En tar ikke de ekstrarundene.»

En av legene mener også at det er legen sin jobb å leve med usikkerheten, slik at dette er det ikke behov for å drøfte med pasienten:

«Jeg tar ikke og drøfter med pasienten, for da måtte jeg ha informert om alle usikkerheter. For det er jo litt av legerollen, vi lever med sannsynligheter og usikkerhet, og satser på at det går bra.»

Det påpekes også at legene er ulike når det gjelder å gjøre informasjonen forståelig for pasientene. En av legene synes det er vanskelig å akseptere risikoen det er å sende en pasient med brystmerter hjem, og om pasienten virkelig tar rekontakt ved behov. Legene mener at toleranseevnen for utrygghet øker med erfaringen. Både med år som lege, men også med antallet kliniske bilder en ser.

«Lavrisiko prehospitalt brystmerter kan ofte sendes hjem uten sykehusopphold. Dersom en tørr.»

Noen av legene tenker også at pasientene kan oppfatte dem som inkompetente dersom de gir pasienten et valg. I tillegg påpekes det at de har vansker med å akseptere pasientens valg dersom de mener det ikke er den beste løsningen. Kulturforskjeller kommer også frem da spørsmålet om hva pasienten ønsker og forventer ikke er vanlige i alle land:

«Slike spørsmål finnes ikke i Øst-Europa.»

Pasientene påpeker at hadde de fått mulighet til å påvirke hadde en antagelig unngått en del overbehandling, men de har forståelse for at legene ønsker å være sikre på at det ikke er noe alvorlig. En av pasientene tenker også at de som jobber innen akuttmedisinen er en egen type som liker fart og spenning, og kanskje tenker litt mer maskinelt og samlebånd. Det kommer også innspill på at menn er mindre flinke til samvalg. Samtidig kan de unge og uerfarne føle at de ikke har den balasten som trengs for å sette i gang slike prosesser som samvalg. På den andre siden nevnes det at en gammel og erfaren lege også kan være en hemmer. Pasientene har også tanker om at mange helsepersonell har bestemt seg på forhånd.

4.1.7 Hemmere ved pasienter

Ambulansepersonellet påpeker at det ofte (ikke bare hos pasientene) er en forventning om at ambulansen kun transporterer.

«I 80-90 % av tilfellene vi kalles ut er det forventet i andre enden at nå kommer ambulansen for å hente, ikke for å undersøke eller se til pasienten.»

I tillegg kan pasientene ha høyere forventninger enn hva som er realistisk behandling. De er også ofte redde, noe som reduserer evnen de har til å ta inn informasjon og å kommunisere. Noen resignerer.

«Dersom de ikke har fått nok informasjon og er redde, så er jo den redselen nok til at de kommuniserer dårligere og tar informasjon dårligere. De forstår mindre og yter mindre fordi de er redde. De har kanskje ikke forstått, og sitter med følelsen av at vi kommer og er den smarte part og overkjører. «Da får dere bare gjøre hva dere vil med meg, fordi jeg vet jo ikke noe jeg. Og sist forsto jeg heller ikke noe.»»

Legene nevner også redsel og utrygghet. I tillegg er det mange pasienter som ikke er oppdatert på egen helse, og det er stor variasjon på hva de forstår av informasjon, både grunnet bakgrunn, utdanning og alder. Legene diskuterer om det er lettere å legge inn pasienter med lavere sosioøkonomisk status eller ikke. Noen mener de oftere legger inn de for sikkerhets skyld, andre at det er lettere å si at de ikke skal inn. Legene mener også at noen pasienter virker og ikke ønske å delta i samvalg, og legger hele sin skjebne over til helsevesenet. Har pasienten lav tillitt til helsevesenet hemmer også dette muligheter for samvalg. Kulturen pasienten kommer fra kan hemme samvalg ved at de kan være preget av at de må kreve og stå på. Dette gjelder spesielt enkelte innvandrere. Det samme gjelder kulturer der en ikke skal ha dialog rundt utredning og behandling. Legene opplever da at de kan oppfattes som inkompetente dersom de spør pasienten.

«Det er kulturforskjeller. Spør du utenlandske pasienter – hva tenker du? Virker det nesten som de synes jeg er en elendig lege som åpner opp for samvalg.»

Språk og ulik begrepsbruk gjør også samvalg vanskelig, spesielt ved brystmerter der differensialdiagnosen kan være angst. Det er også store ulikheter i forhold til hvor mye usikkerhet pasientene aksepterer.

Pasientene mener at de fleste pasienter er i stand til å bidra, med mindre de for eksempel er for smertepåvirket eller på andre måter er ute av stand til å ta valg. Pasientene tror også at mange vil si at de ikke har forutsetninger til å si noe om det. Det skjer ofte så mye at pasientene blir overveldet, og pasientene også kan oppleve angst og frykt. De nevner også at pasienter som er

meget ivrige, kompetente, jobber innen fagfeltet eller har klare meninger om hvordan ting skal være kan hemme muligheten for samvalg. Helsepersonell nevnes spesielt:

«En for overivrig pasient, en veldig kompetent, eller en som jobber med det samme eller har klare forestillinger om hvordan det skal gjøres kan være problematisk. Helsepersonell er slike pasienter.»

Pasientene kan også være redde for å stille spørsmål. Både fordi spørsmålet kan virke dumt, og fordi de er redde for å ikke forstå svaret. Noen kan være redde for å virke vanskelige når de stiller spørsmål, men mange vet nok ikke hva de skal spørre om. Noen ønsker ikke å være en belastning, og velger derfor det som er minst belastende. Andre ser at det er mange andre pasienter, og teker at de trenger nok hjelpen mer enn seg selv.

4.1.8 Hemmere ved sykdommen

Ambulansepersonellet har en følelse av at flere og flere pasienter blir igjen hjemme med unntak av brystsmertepasientene, og en av de forteller om de gangene de selv har lagt igjen brystsmertepasienter hjemme og dagen etter vært på dødsfall på samme pasient:

«(...) de gangene at de har vært igjen hjemme også har de vært iskald dagen etterpå, og det er ikke noe du ønsker å ha på skuldrene.»

Legene mente at spesielt ved brystmerter måtte de bestemme:

«Når det gjelder brystmerter føler jeg legen må ta avgjørelsen.»

Legene er liberale med å legge inn, og de mener de må ha troponiner. De nevnte også spesifikt brystmerter hos kvinner, og at infarkt hos kvinner ofte arter seg annerledes.

Pasientene påpekte at er pasienten smertepåvirket er det vanskelig å delta i samvalg. De har også inntrykk av at brystmerter klassifiseres som såpass alvorlig at de ikke får noe valg. Ofte er det også mye som skjer ved brystmerter og pasienten blir da fort overveldet. Da er det vanskelig å delta i samvalg.

«Det er mye som skjer og det er fort å bli overveldet spesielt dersom du ikke vet hva som skjer. Blir du overveldet, og paff er det bare å glemme samvalg.»

Pasientene føler også at det er begrenset med muligheter ved brystmerter, og opplever som regel brystmerter som alvorlig, og blir da lett overveldet og resignerer.

4.1.9 Hemmere ved omstendighetene

Ambulansearbeiderne føler ofte det er pårørende eller publikum som er pådrivere, og som da hemmer samvalgsprosessen. Selv om de har nok tid, og har fordel med å være to, ser de at tid kan hemme prosessen for andre, og at de som står alene kan utfordres. En hemmer for ambulansen er imidlertid at det er vanskelig å få tak i fastlegen som kjenner pasienten godt.

For legene er tid en hemmer:

«Det handler om at de må være informert. Og skal de være informert må du bruke masse tid. Og det er det ikke sikkert du har.»

Legene påpeker også at de prøver å gjøre seg opp en mening uavhengig av om det er travelt eller om de er trøtte, men at dette kan påvirke. De mener at de ofte føler behov for troponiner, noe de ikke har tilgjengelig på legevakten eller fastlegekontorene. Legevaktjournalen trenger heller ikke å være til hjelp når pasienten ikke selv kan gi all informasjon. Det er også ofte mangel på observasjonsmuligheter, og valget blir da ofte innleggelse.

Pasientene ser flere utfordringer for legen. Både mangel på kontinuitet, tidspress og manglende informasjon:

«Du møter heller ikke den samme legen hele tiden. Det er en ny case for legen, og hvor lang tid har han på å lese gjennom journalen. Jeg har forståelse for at det er vanskelig å ha nok bakgrunnsinformasjon til å stole på det pasienten sier.»

I tillegg kommer moment som også ble nevnt spesifikt for sykdommen – det skjer mye, det er mange folk, pasienten blir overveldet, og det blir vanskelig å ta valg.

Pasientene sier også at de blir påvirket av pårørende rundt som er engstelige. Pårørende kan også svare for pasienten, og ikke nødvendigvis i henhold til det pasienten ønsker. I tillegg er det en veldig privat situasjon, en er veldig blottlagt. Blir en ikke skjermet godt nok er det vanskelig å delta:

«Det er veldig privat. Du havner i en ubekvem setting. Du er veldig blottlagt. Har du smerter og er du redd er det ikke sikkert et skjerm Brett er nok.»

4.1.10 Tilfredshet og tillitt til helsevesenet

Ambulansearbeiderne mener at samvalg ikke endrer tilliten til helsevesenet, men de er sikre på at pasientene har stor tillitt til de når det gjelder brystmerter. Mye av dette skyldes at de er trygge selv.

«Jeg føler de har tillit til meg når jeg kommer. Spesielt ved brystmerter. (...) Det er en dagligdags problemstilling. Vi er ganske drillet på å håndtere de. Akkurat på brystmertepasienten tror jeg vår trygghet vises. Da er det lettere å få den tyngden du trenger.»

Legene mener at pasientens fornøydhets og tillitt er sammensatt, og ofte baserer seg på flere elementer som tidligere erfaringer, og hvordan det ender, og at det ikke spiller så stor rolle for pasientene om de blir tatt med på råd.

«Det spiller ikke så stor rolle om du ble tatt med på råd, men hvordan det gikk.»

Pasientene er noe delt. Den ene mener at pasientene kan få redusert tillitt dersom de opplever å måtte bestemme selv når de er redde og tror det er noe farlig. I mindre akutte situasjoner vil det imidlertid bidra til å øke tilliten. Den andre pasienten mener at dersom han blir presentert for alternativer er legen kunnskapsrik. Erfaringen deres er at de fikk økt tillit og ble mer fornøyde der de ble tatt med i prosessen og fikk valg. De mener også at får en presentert alternativer har en selv mulighet til å bidra, noe som fører til større eierskap til problemstillingen eller sykdommen, og at en da har større forutsetninger for å forstå hva som skjer.

«Er du redd for at det er noe ordentlig ille og du får beskjed om at du kan bestemme selv, så kan det bidra til å redusere tilliten. «Vet dere ikke hva dere holder på med?»

Den ene sier også at dersom valget førte til et dårlig utfall vil det nok komme spekulasjoner på om det var riktig at han fikk ta valget.

«Hadde det forringet livskvaliteten etterpå kunne en har stilt seg spørsmålet om det var rett at en fikk ta det valget.»

4.1.11 Andre områder egnet for samvalg

Ambulansearbeiderne mener de i økende grad bruker samvalg og legger igjen pasientene hjemme – oftest på andre tilstander enn brystmerter.

«Jeg har begynt å legge igjen mange flere pasienter hjemme, men dersom vi skal snevre det inn til brystmertepasienten er jeg fortsatt litt dårlig.»

«Det gagnar jo pasienten å være igjen hjemme. Ser vi bort fra brystmertepasienten har jeg et inntrykk av at flere blir igjen hjemme.»

Andre tilstander kan da være der det ikke er sterk mistanke om brudd, lett redusert allmentilstand, ryggmerter og KOLS-forverring.

Legene mener magesmerter er godt egnet for samvalg.

Pasientene nevner de mindre alvorlige situasjonene egner seg for samvalg, og at det i de tilfellene er veldig positivt å kjenne på at en kan være med å ta ansvar for egen situasjon,

«I de mindre akutte situasjonene tror jeg den gode samtalen, og mulighet for å velge og kjenne på å ta ansvar for egn situasjon.»

En av pasientene tenker at barn i økende grad kan bli tatt med i en samvalgsprosess.

«Jeg skal ikke si at det er rett å gi en 8 åring full mulighet til samvalg. Men jeg vet hvor flott hun har blitt tatt imot noen ganger og blitt forklart. Det øker barnets trygghet og forståelse.»

I tillegg mener pasientene at forkjølelse og tilstander der antibiotika er et alternativ egner seg godt for samvalg.

4.2 Resultat

For å lette systematiseringen av fremmere og hemmere som går igjen hos de ulike gruppene, er noen av kapitlene under fremstilt hovedsakelig som tabell.

4.2.1 Samvalg i den akuttmedisinske kjede

Alle informantene var enige i at egnetheten kommer an på hvilken sykdom eller situasjon en står ovenfor i akuttmedisinen. Ved akutte og livstruende problemstillinger må helsepersonell tar avgjørelsen. Ved mindre akutte tilstander er det flere fordeler med samvalg, som ønske fra pasientene om å bli hørt og kunne påvirke. Samtidig som de mener det kan redusere belastningen på helsevesenet. Helsepersonell kan antagelig bli flinkere til å initiere prosessen.

Ambulansearbeiderne og legene mente de benyttet samvalg mer eller mindre bevisst. Pasientene hadde på en eller annen måte deltatt i samvalg, men ikke alle hadde deltatt i samvalg i akuttmedisinske situasjoner.

4.2.2 Fremmere ved helsepersonell

Under følger hva informantene (leger, ambulansearbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er fremmede egenskaper hos helsepersonell.

TABELL 1 FREMMENDE EGENSKAPER HOS HELSEPERSONELL SOM KOMMER FRA DE ULIKE INFORMANTENE

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON,	Informasjon til pasienten	Gode evner til å informere pasientene	Enkelt språk Enkle svar

INTERESSE OG FORSTÅELSE	Gode kommunikasjonskunnskaper	Ønske om en informert pasient	Gode forklaringer på fordeler og ulemper Informasjon om hva som er gjort Sørger for at informasjonen er forstått Interesse for samvalg
TID	Ønske om å bruke tid		Tar seg tid
MULIGHET FOR VALG	Spør: «Hva er viktig for deg?»		Initierer samvalgsprosessen
TRYGGHET OG ERFARING	Faglig trygghet Tillitt helsepersonell mellom	Evne til å tåle usikkerhet, noe som i noen tilfeller har med erfaring å gjøre	Trygghet Erfaring Tillitt fra pasienten til helsepersonellet
EGENSKAPER			Empati Imøtekommenhet – smil og anerkjennelse Kvinne Evne til å møte endring og ny kunnskap Gir pasienten følelsen av å bli tatt seriøst
KUNNSKAP OM OG ORANISERING AV HELSEVESENET	Kjennskap til hva annet helsepersonell tilbyr		

4.2.3 Fremmere ved pasienter

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er fremmede egenskaper hos pasienter.

TABELL 2 FREMMENDE EGENSKAPER HOS PASIENTER SOM KOMMER FRA DE ULIKE INFORMANTENE

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON,	Opplyst	Informert, selv tilegnet seg	Bidrar
INTERESSE OG FORSTÅELSE	Samtykke- kompetanse	kunnskap Høyere utdanning Forstår begrunnelsen til legen	Samtykke- kompetanse Kjenner eget sykdomsbilde Interessert Spørrende Tar initiativ til å delta Forståelse
EGENSKAPER	Reflektert	Eldre Kommuniserer godt Toleranse for usikkerhet	Rolig
TRYGGHET OG ERFARING	Tillit til helsepersonellet		Trygg

4.2.4 Fremmere ved sykdommen

Det var som beskrevet tidligere kun pasientene som kom med fremmere av samvalg ved sykdommen lavrisiko prehospitalt brystmerter. Det kom frem følgende fremmere:

- Enkelte pasienter med brystmerter kjenner sykdomshistorikken sin godt
- Alvorlig sykdom er utelukket med høy sannsynlighet

4.2.5 Fremmere ved omstendighetene

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er fremmere ved omstendighetene.

TABELL 3 FREMMERE VED OMSTENDIGHETENE SOM KOM FREM FRA DE ULIKE INFORMANTENE

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
TID	Kan investere tid hjemme hos pasienten Mulighet til å investere tid	Tilstrekkelig med tid	
PÅRØRENDE/ PUBLIKUM	Pårørende til stede som får samme informasjon	Pårørende hjemme	Pårørende med i prosessen
OPPFØLGING		Snarlig vurdering på sykehus	Forsikring om oppfølging innen kort tid
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON, INTERESSE OG FORSTÅELSE	Skriftlig informasjon til pasienten Sjekkliste	Undersøkelser som bygger opp under valgene, som troponiner Kjent pasient Tilgjengelig informasjon og historikk	Skriftlig informasjon om sykdommen og undersøkelsene Avkreftefarlig tilstand gir mer ro
KUNNSKAP OM OG ORGANISERING AV HELSEVESENET	Arbeid i team Veileder som er god på samvalg		

4.2.6 Hemmere ved helsepersonell

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er hemmende egenskaper hos helsepersonell.

TABELL 4 HEMMENDE EGENSKAPER HOS HELSEPERSONELL SOM KOMMER FRA DE ULIKE TYPENE INFORMANTER

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
TRYGGHET OG ERFARING	Lite erfaring Eldre leger	Lite erfaring Legen ønsker ikke å informere pasienter om usikkerhet	Ung og uerfaren Gammel og erfaren

	<p>Rollemodeller og veiledere som ikke bruker samvalg</p> <p>Ønske om at annet helsepersonell tar avgjørelsen</p> <p>Redsel for å ta ansvar</p> <p>Usikkerhet ved å jobbe alene</p> <p>Faglig utrygghet</p>	<p>Liten toleranse for usikkerhet og utrygghet</p>	<p>Ønsker en bekreftelse på at det ikke er noe farlig</p>
MULIGHET FOR VALG	<p>Liten kompetanse på samvalg</p> <p>Tillegger pasientene ønsker, og viljer de ikke har</p>	<p>Intet ønske om å bruke samvalg</p> <p>Ikke bevist forhold til samvalg</p> <p>Tillegger pasientene ønsker og tror de vet hva pasientene vil</p> <p>Tror pasientene kan oppfatte de som inkompetente dersom de gir pasienten et valg</p> <p>Vansker med å akseptere pasientens valg dersom de mener det ikke er det beste valget</p>	<p>Gir ikke pasientene mulighet til å bli hørt eller til å påvirke</p> <p>Bestemt seg på forhånd</p> <p>Akuttmedisinere liker fart og spenning, tenker mer maskinelt og samleband</p>
KULTUR		Kulturforskjeller	
TID	Manglende ønske om å bruke tid	Manglende ønske om å bruke tid	
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON, INTERESSE OG FORSTÅELSE	Dårlige kommunikasjonskunnskaper og -egenskaper	Dårlig evne til å gjøre informasjonen forståelig	

KUNNSKAP OM OG ORGANISERING AV HELSEVESENET	Uenighet mellom helsepersonell
	Liten kompetanse om hva andre i helsevesenet tilbyr
	Vanskelig å få tak i fastlegen
	Lite ønske om å utnytte kompetanse i helsevesenet
EGENSKAPER	Menn

4.2.7 Hemmere ved pasienter

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er hemmende egenskaper hos pasientene.

TABELL 5 HEMMENDE EGENSKAPER HOS PASIENTER SOM KOM FREM FRA DE ULIKE TYPENE INFORMANTER

	AMBULANSE-ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
TRYGGHET OG ERFARING	Redsel som fører til at de tar inn mindre informasjon og resignerer	Redsel Utrygghet Resignasjon Liten aksept for usikkerhet	Overveldelse Frykt Angst Resignasjon Redd for å stille dumme spørsmål Redd for å ikke forstå svaret på spørsmål Red for å virke vanskelig når de stiller spørsmål
KULTUR	For høye forventninger	Kommer fra kulturer der en må stå på og kreve innen helsevesenet	

		Kommer fra kulturer der en ikke har dialog rundt utredning og behandling	
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON,		Ikke oppdatert på egen helse	Vet ikke hva de skal spørre om
INTERESSE OG FORSTÅELSE		Liten forståelse av informasjon grunnet bakgrunn utdannelse eller alder	
		Språkvansker	
KUNNSKAP OM OG ORGANISERING AV HELSEVESENET	For liten kompetanse om hva ambulansen kan		
TILLIT		Lav tillit til helsevesenet	
EGENSKAPER			Mener de ikke har forutsetninger til å mene noe
			Sterke meninger
			Pasienten er selv helsepersonell
			Ønsker ikke å være til belastning
			Mener andre trenger hjelpen er enn de

4.2.8 Hemmere ved sykdommen

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er hemmere ved sykdommen.

TABELL 6 HEMMERE VED SYKDOMMEN SOM KOM FREM FRA DE ULIKE TYPE INFORMANTENE

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
EGENSKAPER	Symptom på potensielt meget farlig sykdom	Symptom på potensielt meget farlig sykdom Kvinner kan ha atypiske symptomer	Symptom på potensielt meget farlig sykdom Smertene i seg selv kan vanskeliggjøre samvalg
KUNNSKAP OM OG ORGANISERING AV HELSEVESENET			Få valgmuligheter
TRYGGHET OG ERFARING			Mye som skjer - kan overvelde pasienten

4.2.9 Hemmere ved omstendighetene

Under følger hva informantene (leger, ambulansesarbeidere eller pasienter) under intervjuene mente er hemmende med omstendighetene.

TABELL 7 HEMMERE VED OMSTENDIGHETENE SOM KOM FREM FRA DE ULIKE TYPENE INFORMANTER

	AMBULANSE- ARBEIDERE	LEGER	PASIENTER
TID	Mangel på tid	Mangel på tid Travelt	Tidspress
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON, INTERESSE OG FORSTÅELSE	Vanskelig å få kontakt med fastlegen	Manglende informasjon i legevaktjournalen Mangel på troponiner	Manglende informasjon Manglende kontinuitet
PÅRØRENDE/ PUBLIKUM	Pårørende eller publikum som pådrivere		Engstelige pårørende Pårørende som svarer for pasienten

**KUNNSKAP OM OG
ORGANISERING
AV
HELSEVESENET**

Arbeider alene

Trett lege

Dårlig skjerming
fra andre

Manglende
observasjons-
muligheter

Mye folk, styr og
støy

4.2.10 Tilfredshet og tillitt til helsevesenet

Både leger og ambulansesarbeidere mener samvalg ikke endrer tillitten til helsepersonell. Legene mener det er tidligere erfaringer og utfallet som spiller en rolle. Ambulansesarbeiderne mener pasientene uansett har stor tillitt til de ved brystmerter.

Pasientene mener at samvalg i mindre akutte situasjoner øker tilliten og de blir mer fornøyde, og at samvalg viser en kunnskapsrik lege. Samvalg fører også til større eierskap til problemstillingen eller sykdommen, og at en da har større forutsetninger for å forstå hva som skjer. På den andre siden kan det før til redusert tillitt dersom pasienten opplever å måtte bestemme selv når de er redde og tror det er noe farlig. Er utfallet dårlig kan det også føre til at pasienten tviler på om det var riktig at en fikk ta valget.

4.2.11 Andre områder egnet for samvalg

Andre områder innen akuttmedisinen som kan egne seg for samvalg er:

Ambulansesarbeidere:

- Spørsmål om brudd der det ikke er sterk mistanke om brudd
- Lett redusert allmenntilstand
- Ryggsmerter
- KOLS forverring

Leger:

- Magesmerter

Pasienter:

- Mindre alvorlige tilstander
- Barn
- Forkjølelse
- Tilstander der antibiotika er et alternativ

5 Diskusjon

For å fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede må vi minimere det som hindrer samvalg, og jobbe for å styrke det som stimulerer til samvalg. I situasjonen med prehospitale lavrisiko brystmerter er det en lege som er medisinskfaglig ansvarlig, og som må ta avgjørelse rundt hvilken type brystmerter dette kan være. De er derfor meget sentrale i prosessen og i muligheten for å benytte seg av samvalg. Det er også viktig å ha med seg at pasienter som skal ta «høyrisiko» avgjørelser kan oppleve mer angst og usikkerhet når de blir presentert for vitenskapelig usikkerhet.

Ingen av legene jeg intervjuet brukte samvalg systematisk i akuttmedisinen. Dette er noe overraskende. En av de yngre legene påpekte selv at det ikke var tradisjon for samvalg der han hadde studert (østeuropeisk land). Ambulansearbeiderene sa de brukte samvalg i større grad på andre problemstillinger enn prehospitale lavrisiko brystmerter. Informantene mine som var pasienter var positive til samvalg, og hadde et ønske om involvering i prosesser rundt egen helse. Mangel på tid og samtykkekompetanse var tema det var fokus på fra alle typer informanter. Begge er imidlertid forhold som fører til at en bør velge andre metoder enn samvalg.

Teorien viser viktigheten av helsepersonellet sin egen motivasjon. Noe som generelt er viktig for helsepersonell er resultatet for pasienten, og teorien viser at dersom helsepersonellet antar at samvalg forbedrer den kliniske prosessen og resultatet, er det en viktige fremmere. Tidligere studier viser også at dersom pasienten føler engasjement fra behandlerne fremmer dette prosessen. Mine informanter poengterte at manglende ønske om å bruke samvalg, ikke bevisst forhold til samvalg, og manglende kompetanse på samvalg hemmet samvalgs-prosessen. Disse forholdene er grunnleggende. Kunnskap om samvalg vil føre til mer bevisst forhold, og antagelig økt ønske om å bruke samvalg.

Utsagnene fra mine informanter viser at de har tanker og forestillinger som legges til grunn i møtet mellom pasient og helsevesen. Pasientene sier at en lege som initierer samvalg viser en kunnskapsrik lege. Legene sier de tror pasientene oppfatter de som inkompetente dersom de gir pasientene et valg. Legene sier også at de tror de som regel vet hva pasientene ønsker. På bakgrunn av dette kunne det vært interessant i en senere studie å ha en fokusgruppe sammensatt av både leger, ambulansearbeidere og pasienter.

I studien dukket mange av de samme kategoriene opp både som fremmere og hemmere, bare med motsatt fortegn. Dette er inngående diskutert under, og inndelingen i fremmere og

hemmere gir en dypere innsikt i hvordan kategoriene fungerer som fremmere og hemmere. Noen kategorier ble imidlertid nevnt med bare hemmende eller fremmende egenskaper. Kulturforskjeller både hos helsepersonell og pasienter ble nevnt kun som hemmere. Når pasient og/eller lege kommer fra en kultur der det ikke er tradisjon for dialog rundt utredning og behandling er dette en hemmer for samvalg. Andre hemmere var pasienter som kommer fra en kultur eller et miljø med for høye forventninger, og pasienter som er vant til å måtte stå på og kreve. Når det gjelder omstendighetene ble videre oppfølging nevnt som en fremmer. Dette ble imidlertid satt i sammenheng med dagens situasjon der nettopp dette kan være vanskelig. Da det kom til selve sykdommen var det distinkte ulikheter på fremmere og hemmere, og ingen med motsatt fortegn. Som fremmere ble det nevnt at enkelte pasienter med bryst smerter kjenner sykdomshistorikken sin godt, og med forutsetningene som er satt i studien er alvorlig sykdom utelukket med høy sannsynlighet. Når det kommer til hemmerne var alle opptatt av at bryst smerter er symptom på potensielt meget farlig sykdom. Legene hadde fokus på at kvinner kunne ha atypiske symptomer. Pasientene hadde fokus på at smerter kunne vanskeliggjøre samvalg, at pasientene kan bli overveldet når mye skjer, og at de følte det var få valgmuligheter i den gitte situasjonen.

5.1 Studiens begrensninger og svakheter

Studien ble planlagt som en kvalitativ studie som skulle se på samvalg ved lavrisiko pre-hospitale bryst smerter. Pasientene sitt perspektiv var viktig da studien dreier seg om hva som er viktig for dem. Pasientene ble imidlertid ikke intervjuet ved fokusgruppeintervju, noe som førte til at en gikk glipp av muligheten for samhandling mellom deltagerne og den ytterligere informasjonen det kunne gitt.

Når det gjelder rekrutteringen, var det antagelige de mest engasjerte som meldte seg og deltok. Studien omfatter imidlertid kun informanter fra et meget begrenset geografisk område. Lokale kulturer kan derfor være utslagsgivende. Studien sier derfor ingenting om hvordan og hvor mye samvalg gjøres andre steder. Informantene i fokusgruppene kjente også hverandre fra før, og selv om det antagelig bidro til at det ble god flyt i diskusjonene og at de følte seg såpass trygge at det er deres egne holdninger og synspunkter som fremmes, kan det fort føre til at samtalen følger gamle spor.

Alle pasientene var menn og kun en var eldre. Det hadde vært en styrke å få med minst en kvinne. Det planlagte antallet informanter i hver gruppe var fem, og det antallet var tenkt som stort nok til å ta høyde for at en falt fra. Under de videre forberedelsene ble det klart at et høyere antall kunne vært en fordel, men da rekrutteringen ble såpass vanskelig ble det ikke forsøkt å

rekruttere flere enn fem. Da det i tillegg viste seg at to falt fra på den ene gruppen ble dette en liten gruppe. Ved små grupper er det vanskelig å dekke alle meninger og perspektiver. Ved små grupper kan også deltakerne føle seg presset til å snakke. Når det gjelder pasientene ble det kun tre informanter, men hvert av individualintervjuene varte like lenge som hvert fokusgruppeintervju. Selv om alle i gruppene var meget aktive, og jeg passet på at alle kom til ordet i størst mulig grad, er det en svakhet at jeg var alene. Dersom en til hadde deltatt kunne den fanget opp nyanser og presiseringer jeg ikke fikk med meg. Det hadde også vært en styrke om en annen forsker hadde inngått i analysen av dataene. Oppgaven ble utsatt grunnet stor arbeidsmengde på jobb, noe som også førte til at oppgaveskrivingen ble betydelig mer oppstykket enn ønskelig.

Pandemien førte ikke bare til vansker med å rekruttere informanter og gjennomføre intervjuene som planlagt. Den førte også til at det tok betydelig lengre tid enn planlagt å fullføre studien. En svakhet ved dette er at litteratursøket ble avsluttet over ett år før oppgaven leveres. Det kan på denne tiden ha kommet mye ny forskning som kunne gitt verdifull informasjon.

Studien omfatter informantenes meninger om hva som er fremmere og hemmere av samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystsmerte. Deres mening er basert på den enkeltes erfaringsgrunnlag, og gjenspeiler ikke nødvendigvis hva som er fakta eller riktig. I tillegg må en ta i betraktning at helsepersonellet har erfaring med mange pasienter med prehospitalt lavrisiko brystsmerte. Pasientene på sin side har en noe mer begrenset erfaring, og som regel kun sin egen episode. Jeg har fått frem ulike perspektiv fra ulike informanter, og kan ikke uten videre generalisere dette. Funnene kan imidlertid gi innsikt i samvalg i den akuttmedisinske kjede, og kan være et utgangspunkt for empiriske undersøkelser for å teste hvorvidt eller i hvilken grad de faktisk er hemmere eller fremmere. Studien inkluderer også informantenes meninger i forhold til om samvalg kan være egnet i andre akuttmedisinske situasjoner. Det kommer frem flere områder, men om samvalg kan overføres til disse områdene må undersøkes videre.

En bekymring før intervjuene startet var at spesielt pasientene, på tross av informasjonen, ikke visste hva samvalg var, og at det derfor ble utfordrende å holde diskusjonen innenfor det aktuelle området. Det viste seg imidlertid at pasientene var godt informert. Gruppen som var tyngst å holde innenfor temaet lavrisiko prehospitalt brystsmerte var legene. Antagelig er gruppen med pasienter en selektert gruppe med spesielt interesserte pasienter. Årsaken til at det var noe mer utfordrende å holde legene innenfor temaet kan ha med det store erfaringsgrunnlaget deres å gjøre.

Hemmere og fremmere hos helsepersonell hadde helt klart flest referanser i materialet. Det var flest helsepersonell som ble intervjuet, og en kan da tenke seg at en lettere kan referere til seg selv og sin egen hverdag. På den andre siden kan det være lettere å ha fokus på den profesjonelle part og hvordan den kan bidra. Fremmere ved selve sykdommen lavrisiko prehospitale brystmerter var kun å finne i ett transkript. Årsaken kan være at det ikke finnes mange fremmere ved sykdommen, men kan på den andre siden tyde på manglende saturasjon. Det samme gjelder for «andre områder i akuttmedisinen egnet for samvalg», «hemmere ved sykdommen», om «prehospitale lavrisiko brystmerter er egnet for samvalg», og «tillitt og tilfredshet».

I kvalitativ forskning skal informasjon samles inntil saturasjon er nådd, altså til det ikke kommer nye ideer og den informasjonen som kommer frem er overflødig. Det er vanskelig å si om saturasjon er nådd, men små grupper og funn av få forekomster av enkelte noder kan tyde på at saturasjon ikke er nådd. Det hadde vært en stor styrke dersom rekrutteringen hadde foregått mer trinnvis, og at analyse av dataene hadde foregått mellom hver rekruttering for å vurdere saturasjon og eventuelt behov for nye grupper og flere intervju.

5.2 Relevans, egnethet og overførbarhet

Det finnes et økende antall studier om samvalg i den akuttmedisinske kjede fra andre vestlige land som viser at både brystmerter og andre tilstander i akuttmedisinen er egnet for samvalg. De fleste av disse studiene er gjort på leger, men noen inkluderer pasienter. Jeg fant imidlertid ingen studier fra Norge eller studier som inkluderte ambulansetjenesten. Min studie har derfor høy relevans da den er gjort på det norske prehospitale miljøet, og inkluderer både leger, ambulansesarbeidere og pasienter.

Informantene mine var delt både i bruken, men også i synet på samvalg i akuttmedisinen. Pasientene påpeker viktigheten av å kunne påvirke og bli hørt – «Hva er viktig for deg?». Nettopp essensen i samvalg, og mener det er mulighet for mer samvalg i akuttmedisinen. Det interessante er at pasientene også mener samvalg kan redusere belastningen på helsevesenet ved at pasientene velger mer konservative alternativer. Dersom pasienter også er mer bevisst muligheten for samvalg, kan dette antagelig bidra til å øke bruken.

Legene jeg intervjuet mener det varierer veldig med problemstilling om akuttmedisinen er egnet for samvalg, og var generelt mer negative til samvalg enn både ambulansesarbeiderene og pasientene jeg intervjuet. Legene var også opptatt av at noen grupper ønsker innleggelse uten

at det er klinisk indisert, mens andre ønsker ikke innleggelse selv om det er klinisk indisert. Dette er en kjent problemstilling, men faller utenfor samvalg og tema for denne oppgaven.

Fremmere og hemmere som gjelder selve sykdommen kan si noe om egnetheten for samvalg ved prehospitale lavrisiko bryst smerter. Jeg har ikke funnet litteratur som ser på fremmere ved sykdommen lavrisiko prehospitale bryst smerter i seg selv, men det er verdt å merke seg at pasientene selv ser dette. De påpekte at enkelte pasienter med bryst smerter kjenner sykdomshistorikken sin godt, noe de oppfattet som en fremmer. Med de forutsetningene som er gitt ved lavrisiko prehospitale bryst smerter er også alvorlig sykdom utelukket med høy sannsynlighet, noe som også fremmer samvalg. Det kom imidlertid også frem flere hemmere som er spesifikke ved sykdommen lavrisiko prehospitale bryst smerter. Alle informantene nevnte at bryst smerter er symptom på mulig farlig sykdom. Legene nevnte også at kvinner ofte har atypisk sykdomsbilde. Pasientene mener at smerter vanskeliggjør samvalg og de føler det er få valgmuligheter. I tillegg er det ofte mye som skjer, spesielt i starten, noe som fort overvelder pasientene.

Det kom også frem flere andre tilstander innenfor akuttmedisinen som informantene mente egnet seg for samvalg. Disse er delvis sammenfallende med funn fra tidligere studier, men det er viktig å se på overførbarheten i lys av organiseringen av norsk helsevesen. Det hadde derfor vært interessant å se nærmere på samvalg ved:

- Rygg smerter: Dette er nevnt av ambulansesarbeiderene, og tidligere studier peker på foreskriving av smertestillende/opioider.
- KOLS forverring: Dette er nevnt av ambulansesarbeiderene, og er pasienter som ofte kjenner sykehistorien sin godt.
- Antibiotikaforskriving: Dette er nevnt av pasientene, og tidligere studier peker på akutt mellomørebetennelse, bronchiolitis og antibiotika ved øvre luftveisinfeksjon.

5.3 Informasjon og kommunikasjon, interesse og forståelse

Jeg har valgt å gruppere informasjon og kommunikasjon, og interesse og forståelse sammen. Informasjon og kommunikasjon dreier seg ofte om helsepersonellet, mens interesse og forståelse i de fleste tilfellene dreier seg om pasientene. Likevel har de mange fellestrekk slik at en sammenslåing ble en pragmatisk løsning. Dette var den desidert største gruppen av de meningsbærende enhetene på tvers med flest både hemmere og fremmere, men flest fremmere. Bakgrunnen for dette kan være at disse fire ordene i stor grad dekker de første trinnene i samvalg

som leder opp til det faktiske valget. I likhet med de andre gruppene er det glidende overganger, og utsagn som vanskelig kategoriseres.

Alle mine informanter mente at viktige fremmere for samvalg er informasjon og kommunikasjon. Helsepersonell bør ha gode kommunikasjonsegenskaper slik at de gir pasienten informasjonen på en god måte. Dårlige kommunikasjonsekunnskaper og -egenskaper, samt dårlig evne til å gjøre informasjonen forståelig ble på den andre siden nevnt som hemmere. Pasientene jeg intervjuet ga også eksempler på hva en god informasjon består av – enkelt språk, enkle svar, gode forklaringer på fordeler og ulemper, og informasjon om hva som er gjort. Dette støttes av tidligere studier som også viser at bruk av medisinske termer er en hemmer. Viktigheten av en pasientsentrert kommunikasjonsstil, at pasienten har tilstrekkelig informasjon, og at helsepersonell bruker enkelt språk er også tidligere vist. Dette henger også sammen med språkbarrierer som legene jeg intervjuet oppga som hemmer. Bruk av tolk om nødvendig er viktig for å gi tilstrekkelig informasjon. Studier viser også at en viktig fremmer er når helsepersonell oppmuntrer pasienten til å delta, og oppmuntrer til å stille spørsmål. Tidligere studier viser også at den engasjerte og kunnskapsrike pasienten som føler eierskap til prosessen er en viktig fremmer. Det er antagelig viktig for en pasient å få informasjon, forståelse og oppmuntring for å få frem sitt engasjement.

Når en ser på den siden jeg tolker som pasientens side av informasjon la flere av informantene samtykkekompetanse til grunn. De oppga ellers at den informerte og interesserte pasienten som viser forståelse er en viktig fremmer. Høyere utdanning ble spesifikt nevnt, samtidig som liten forståelse for informasjonen grunnet bakgrunn, utdanning eller alder ble nevnt som hemmer. Informantene mente også at en pasient som ikke var oppdatert på egen helse, ikke visste hva den skulle spørre om eller språkvansker var hemmere. Dette må i tillegg sees i sammenheng med trygghet, og pasientene på sin side er redde for å stille dumme spørsmål, ikke forstå svaret, eller å virke vanskelige når de stiller spørsmål. Tidligere studier har også vist at leger ikke involverer pasienter med lav utdanning, samt at pasienter og pårørende med små evner til å forstå og bruke helserelatert informasjon er hemmere. Det samme er språkbarrierer.

Litteraturen peker på at verktøy som bidrar til å formidle usikkerhet ved å tallfeste risiko er nyttig. Samvalgsverktøy skal også øke pasientens kunnskap og forståelse, fasilitere samtalen og fremme engasjement. Mine informanter som var leger, mente at samvalgsverktøy eller en sjekkliste vil ta for mye tid. Ambulansearbeiderne er noe delt på om samvalgsverktøy kunne vært nyttig, men mener at en sjekkliste og skriftlig informasjon til pasientene hadde vært en fremmer. Pasientene mener også at skiftelig informasjon om undersøkelsene og sykdommen

hadde vært en fremmer, men problematiserer en visuell fremstilling av risiko. Dette kan på den ene siden tydeliggjøre en reell risiko, noe som enkelte pasienter kan føle på som mer skremmende. På den andre siden er en visuell fremstilling som regel lettere å forstå. Pasientene er heller ikke sikre på at et slikt verktøy ville tatt mer tid for helsepersonellet da det i stor grad bidrar til å svare på spørsmål. Studier fra USA viser nytte av samvalgsverktøy, og at bruken i gjennomsnitt tok 1,3 minutter lengre tid. Det finnes ingen norske samvalgsverktøy på dette område, men dette er et interessant område å se mer på.

Omstendighetene i seg selv kan både legge til rette for eller hemme informasjonen og kommunikasjonen. Tilgjengelig historikk både i form av journal og kjent pasient er nevnt som viktige fremmere. På samme måte som manglende informasjon, som spesielt kan forekomme i legevaktjournalen eller når det er vansker å komme i kontakt med fastlegen hemmer samvalg. Pasientene mener også at manglende kontinuitet hemmer samvalg. Legene mener undersøkelser som bygger opp under valgene eksemplifisert med troponiner fremmer samvalg, og på den andre siden hemmer den begrensede tilgang vi per i dag har til troponiner prehospitale samvalg. Dette er imidlertid en situasjon som er i ferd med å endre seg da troponiner i økende grad er tilgjengelig prehospitalt.

5.4 Trygghet og erfaring

Trygghet og erfaring var den tverrgående enheten med nest flest utsagn. Både som fremmer og hemmer, men det var flest utsagn rundt den hemmende effekten.

Mine informanter mente at trygghet, og spesielt faglig trygghet hos helsepersonellet er fremmere. Evnen til å tåle usikkerhet, noe de mente kunne ha med erfaring å gjøre, ble nevnt som fremmer. På den andre siden oppgis utrygghet i flere former, og liten toleranse for usikkerhet og utrygghet hos helsepersonell som hemmere. Samtidig oppgis det at både ung og uerfaren, og gammel og erfaren er hemmere ved helsepersonell. Informantene oppga også utrygghet for pasientene som hemmere. Frykt og angst kan føre til at pasientene ikke klarer å ta inn informasjon og resignerer. Utrygghet kan også føre til at de ikke stiller spørsmål, enten fordi de tror de kan virke dumme eller er redde for at de ikke forstår svaret. Pasientene kan også ha liten aksept for usikkerhet. Nervøse og utrygge pasienter er også fra tidligere studier vist å hemme samvalg.

Ambulansearbeiderne sier det antagelig er økt usikkerhet hos de som jobber alene kontra de som jobber i team. De ser også at både hos de selv og hos andre som for eksempel hjemme-sykepleien er det ofte et ønske om at annet helsepersonell tar ansvaret. Noe som av og til fører

til at pasienten aldri blir hørt. Det er korrekt at andre enn ambulansen tar den endelige avgjørelsen på at det gitte tilfellet dreier seg om lavrisiko prehospitale brystsmarter, men for at samvalg i det hele tatt skal bli et alternativ for pasienten, kan det i noen tilfeller være avgjørende at ambulansen introduserer det. Når det først er konstatert at det dreier seg om prehospitale lavrisiko brystsmarter, kan ambulansarbeiderene eller hjemmesykepleie inngå i samvalgsprosessen med pasienten. Det er lite litteratur på nettopp dette område fra før, og det kan skyldes at det er et mer særnorsk fenomen på bakgrunn av organiseringen vi har av helsevesenet.

Pasientene sier de forstår at helsepersonell ønsker en visshet om at det ikke er noe farlig. Legene nevner at dersom de har lav toleranseevne for usikkerhet og er utrygge, hemmer dette samvalg. Tidligere studier peker på det samme – både legen og pasienten kan mangle aksept for usikkerhet, noe som igjen hemmer samvalg. Redsel og utrygghet hos pasientene kan lett føre til at de blir overveldet og resignerer, noe som ble nevnt av alle informantene mine. Nervøse og utrygge pasienter er også fra tidligere studier vist å hemme samvalg. Dette henger sammen med hemmere ved selve sykdommen lavrisiko prehospitale brystsmarter som er diskutert senere i oppgaven. Legene jeg intervjuet mente at det til dels er deres jobb å leve med utryggheten, og at de ikke ønsker å informere pasientene om usikkerhet. Noe som også hemmer samvalg da pasienten aldri får valget. Dette er også diskutert senere i oppgaven.

Informantene hadde mindre fokus på tillitt til helsepersonell som er forutsetning for (i motsetning til følge av) samvalg enn antatt, men det ble nevnt av alle. Informantene mente at en fremmer for samvalg var at pasientene hadde tillitt til helsepersonellet, men også tillitt helsepersonell mellom. Legene mente at pasienter med lav tillitt til helsevesenet var en hemmer for samvalg. Tidligere studier har også vist at tillit til helsepersonell og et godt lege-pasient-forhold er en viktig fremmer.

5.5 Tid

Tid er et moment som ble nevnt både som hemmer og fremmer av alle informantene, men fikk mindre fokus enn forventet.

På den ene siden er tiden helsepersonellet har til rådighet, og på den andre siden er tiden helsepersonellet velger å bruke. Alle informantene mine oppga mangel på tid som hemmer for samvalg. De oppga også helsepersonell sitt ønske om å bruke tid som en fremmer, samtidig som de oppga manglende ønske hos helsepersonell om å bruke tid som en hemmer. Som fremmere ble det nevnt muligheten til å investere tid generelt, men også muligheten til å

investere tid hjemme hos pasienten. Teorien viser at tilstrekkelig med tid er viktig, og at en viktig fremmer er når pasienten føler det er tilstrekkelig med tid, noe som ikke nødvendigvis er det samme som at helsepersonell har god tid, men helsepersonell sin evne til å skape ro.

Liten tid er en viktig og kjent hemmer fra tidligere studier. Et annet aspekt er en forestilling om at samvalg tar mye tid, en forestilling som bekreftes fra tidligere studier og er beskrevet som at samvalg ikke er «minste motstands vei». Høyt pasientvolum, noe det ofte er på norske legevakter, er også tidligere vist å være en hemmer for samvalg. Tidligere studier har også trukket frem mangel på lønn for bruk av mere tid som hemmer. Selv om dette ikke ble nevnt spesifikt av legene, skal en ikke se bort fra at dette kan være en hemmer da normaltariffen ikke legger opp til økt honorering ved samvalg.

5.6 Egenskaper

Egenskaper er i denne sammenheng ment som alt fra kjønn til mer personlige egenskaper.

Pasientene jeg intervjuet trakk frem flere egenskaper ved helsepersonellet som de mente fremmet samvalg – empatisk, imøtekommende, kvinne, evne til å møte endring og ny kunnskap, og å gi pasienten følelse av å bli tatt på alvor. Samtidig som de mente at menn er mindre gode på samvalg begrunnet med mindre empati enn kvinner. Empati er nok en viktig forutsetning for samvalg. En tidligere studie har imidlertid vist at kvinner benytter seg av samvalg i mindre grad enn menn.

Egenskaper hos pasientene som fremmer samvalg mener mine informanter er den eldre pasienten, pasienten som kommuniserer godt, er rolig og trygg, og tolererer usikkerhet. Kommunikasjon og toleranse for usikkerhet er også bekreftet fra tidligere studier. Informantene mine som var pasienter sa også at pasienter som selv syntes de ikke hadde forutsetninger til å mene noe, eller på den andre siden hadde meget sterke meninger hemmet samvalg. Pasienter som setter andre først ved å ikke ønske å være til belastning eller mener andre trenger hjelpen mer enn de selv er også hemmere ifølge pasientene.

5.7 Mulighet for valg

I denne kategorien er fokuset at pasienten gis mulighet til å gå inn i en samvalgsprosess, noe som ble nevnt av alle informantene mine. Alle trakk frem ulike hemmere som fører til at pasienten aldri får anledning til å ta et valg.

Ambulansarbeiderene brukte frasen «Hva er viktig for deg?», og mente at nettopp det spørsmålet var en viktig fremmer. Pasientene mente det var viktig at helsepersonell initierte prosessen. For å initiere prosessen er det viktig at helsepersonell har kunnskap om, et bevist

forhold til, og ønske om å bruke samvalg. Både lite kompetanse på og manglende ønske om å bruke samvalg ble nevnt som hemmere. Dette er diskutert tidligere i oppgaven.

Alle informantene hadde meninger om at helsepersonell har en tendens til å tillegge pasienter ønsker og meninger som ikke stemmer, at helsepersonell tror de vet hva pasientene vil, eller at helsepersonell har bestemt seg på forhånd. Tidligere studier viser også at pasientene ikke får noe valg, blant annet fordi legen mener at pasientene foretrekker at legen bestemmer, eller at det er for komplisert for pasienten å ta et valg. Tidligere studier viser også at noen leger mener at det er legens jobb å bestemme. Legene jeg intervjuet har mye av de samme holdningene, og mener at pasientene forventer og ønsker at legen bestemmer, og at det er legens jobb å bestemme. Det er også vist i tidligere studier at leger mener pasientene velger mer avansert utredning og behandling dersom de får valget. På den andre siden viser studier også at legene er bekymret for et dårligere resultat dersom pasienten velger mer konservativ behandling. Legene har også vansker med å akseptere pasientens valg dersom de mener det ikke er det beste valget, og synes det er vanskelig å balansere uenighet og samvalg når pasienten er uenig i anbefalingene. Noe som kan bety at legene ønsker å bestemme, og ha lite toleranse for usikkerhet. Tidligere studier viser også at akutt syke pasienter oftere vil at helsepersonell tar en mer dominerende rolle enn pasienter med mindre akutte tilstander. Det er også vist at pasienter involvert i samvalg velger mer konservativ behandling, og at samvalg er en lovende løsning for å redusere overtesting. Informantene mine som var pasienter, mener at helsevernet kunne blitt spart for mye utredning dersom pasientene i økende grad hadde fått valget.

Legene jeg intervjuet mener at pasientene kan oppfatte de som inkompetente dersom de gir pasienten et valg. Denne oppfatningen blant leger bekreftes av tidligere studier. Pasientene sier imidlertid at de oppfatter en lege som kunnskapsrik dersom de får informasjon og blir gitt muligheten til å ta valg, spesielt ved mindre akutte tilfeller. Tidligere studier viser også at pasientene er redde for å bli oppfattet som vanskelige dersom de er uenige i det legen anbefaler, og av den grunn får dårligere behandling. Her er vi antagelig inne på to meget viktige og sentrale hemmere for samvalg - legen gir aldri pasienten muligheten for samvalg i frykt for å virke inkompetente, og ønsker heller ikke å gjøre pasienten utrygg. Pasienten på sin side tørr ikke gå inn i samvalgsprosessen i frykt for å få dårlig behandling.

Tidligere studier har også vist at leger mener det er mer sannsynlig at de blir saksøkt eller får sanksjoner dersom de ikke tar de beste avgjørelsene for pasientene sine. I Norge er det lite tradisjon for søksmål, slik at dette er ikke like aktuelt her, men reaksjoner fra tilsynsmyndighetene er meget relevant også her i Norge.

En av pasientene trekker frem at de som jobber i akuttmedisinen antagelig liker fart og spenning, og kanskje derfor tenker litt mer maskinelt og på samlebånd. I Norge er den akuttmedisinske kjede sammensatt, og det er store ulikheter fra fastlegekontoret til luftambulansse. Tidligere studier har vist at det er forskjeller mellom lege-spesialiteter når det kommer til samvalg, og at allmennleger er bedre på samvalg enn indremedisinere. Refleksjonene pasienten har gjort seg kan nok stemme, men grunnet den store divergensen i den akuttmedisinske kjede, kan antagelig refleksjonene stemme bedre for andre deler enn det denne studien omfatter.

5.8 Pårørende/publikum

Pårørende og publikum sin betydning ble nevnt av alle informantene, og i like stor grad som fremmer og hemmer.

Pårørende kan ha flere roller, og mine informanter mente at pårørende som var med i prosessen, fikk samme informasjon som pasienten, og var hjemme og da ga trygghet var fremmere for samvalg. Akuttmedisinen er også spesiell på den måten at pasienter har mindre mulighet til å søke råd hos familie og venner. På den andre siden ble pårørende og publikum også nevnt som hemmere da de kunne være pådrivere i prosessen. Pårørende kan også svare for pasienten uten at det nødvendigvis er pasienten sine ønsker de fremmer.

Tidligere studier peker også på viktigheten av emosjonell støtte fra de nærmeste. Jeg har ikke funnet studier som ser på effekten av pårørende eller publikum som pådrivere, men dette kan være noe av det samme fenomenet som gjelder for helsepersonell som tillegger pasientene ønsker og mener. Det kan være at pårørende tror de vet hva sine nærmeste ønsker og vil, og derfor svarer for dem. Publikum til hendelser kan også lett ta det som en selvfølge hva pasienten vil. Noe som igjen fører til at pasienten aldri får muligheten til å delta i samvalg.

5.9 Kultur

Pasientene jeg intervjuet var ikke inne på kultur, men helsepersonellet hadde flere eksempler der kultur ble fremhevet som en hemmer. Helsepersonellet kan komme fra en kultur der det ikke er vanlig å involvere pasientene i den grad samvalg krever. Det samme kan pasientene. Pasientene kan også komme fra en kultur der en må stå på og kreve for å få behandling av helsevesenet. En annen kultur som kan hemme samvalg er når pasientene har for høye forventninger. Samvalg skal gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten, og betyr ikke at pasienten alltid skal får etterkommet sitt ønske. Helsehjelpen skal være forsvarlig og behandlingen skal være innenfor det som tilbys av helsetjenesten.

Jeg har ikke funnet studier som ser på de nevnte kulturforskjellene, men flere studier nevner behovet for å undersøke området nærmere. Studier som tar for seg ulikhetene mellom vestlige og ikke-vestlige land hadde vært interessant. Det er også verdt å merke seg kommentaren fra en av legene om at spørsmål om hva som er viktig for pasienten ikke er vanlig å stille i Østeuropeiske land.

Litteraturen peker på at legene føler de deler på ansvaret ved et dårlig utfall ved å involvere pasientene, og at dette er en fremmer for dem. Dette er noe informantene mine som er leger ikke ser seg enige i. Pasientene derimot mener de får mer ansvar dersom de tas med i beslutningsprosessen. Årsaken til at leger i tidligere studier føler mer ansvar legges over på pasientene kan være at disse studiene er fra USA.

5.10 Kunnskap om og organisering av helsevesenet

Dette er en kategori som ble nevnt av alle informantene mine, og i aller størst grad som en hemmer. Ambulansearbeiderene mener at når helsepersonell har liten kompetanse om hva andre i helsevesenet har å tilby eller manglende ønske om å utnytte kompetansen i helsevesenet hemmer dette samvalg. Det samme gjør uenighet helsepersonell mellom, og en organisering som gjør det vanskelig å få tak i fastlegen. Ambulansearbeiderene nevner også at noen pasienter kun tenker på de som en transporttjeneste, noe som vanskeliggjør samvalg. De presiserer imidlertid at en viktig fremmer er når helsepersonell kjenner til hva annet helsepersonell tilbyr. Teamarbeid ble påpekt som en fremmer, og arbeid alene på den andre siden som en hemmer. Det ble også påpekt at en sliten lege, mye folk, styr og støy hemmer samvalg. Det samme gjør mangel på observasjonsmuligheter eller skjerming.

Teorien sier at en viktig fremmer, er at samvalgsprosessen forgår på et sted pasienten føler seg trygg. En hemmer er manglende kontinuitet i behandlingen og skjerming ved viktige samtaler. Det samme er hyppige avbrytelser, og at frustrerte pasienter som har ventet lenge ikke ønsker en diskusjon, men svar. Alt dette er for mange en dagligdags beskrivelse av en norsk legevakt.

Påvirkning fra rollemodeller og veiledere trekkes også frem av ambulansearbeiderene, og det er vist i tidligere studier at dersom veileder ikke støtter bruken av samvalg er dette en betydelig hemmer. Det er i denne forbindelse viktig å ha veiledere som er oppdaterte, og som ønsker å benytte seg av ny kunnskap og nye metoder.

Organiseringen av det norske helsevesenet er i noe grad ulik fra land der tidligere studier er utført. I Norge tas vurderinger av akuttmedisinske tilstander ofte prehospitalt, og vi har en

fastlegeordning der mye ansvar for og kjennskap til pasientene ligger hos fastlegen. Kjennskapen til denne mer særnorske organiseringen er nevnt som en fremmer.

5.11 Oppfølging

Både legene og pasientene nevner snarlig vurdering på sykehus eller oppfølging av fastlege om kort tid som en viktig fremmer. Tidligere studier viser også at muligheten for rekontakt og god oppfølging er viktige femmere. Denne faktoren kan imidlertid være mer aktuell i Norge enn andre steder grunnet den særnorske fastlegeordningen der alle skal ha en lege å forholde seg til. Denne legen har ansvar for pasientene på listen sin, i prinsippet et kjennskap til pasientene, og et tilbud om ø-hjelpstimer på dagtid. En annen side av dette er behovet for å kjenne hva andre deler av helsevesenet har å tilby som beskrevet over.

5.12 Tilfredshet og tillitt med helsevesenet

Tidligere studier fra andre deler av helsevesenet har vist at samvalg øker tillitt til og tilfredsheten med helsevesenet, mens studiene fra akuttmedisinen er mer sprikende. Informantene som var helsepersonell, mener samvalg ikke øker tillitt og tilfredshet, mens pasientene selv er mer sprikende. De mener at samvalg ved mindre akutte situasjoner øker tilliten. De blir mer fornøyde da de får mer eierskap og større forutsetninger for å forstå det som skjer. De oppfatter også en lege som initierer samvalg som en kunnskapsrik lege, noe som settes i forbindelse med tillitt. En av pasientene bemerker at tilliten kan reduseres og føre til utrygghet dersom en pasient som er redd får inntrykket av at han selv skal bestemme. I tillegg nevnes det også at dersom utfallet er dårlig kan det fort komme tanker om det var riktig at en selv skulle ta valget. Nettopp dette er nok kjernen i det legene også problematiserer – det er utfallet som spiller en rolle for tilfredshet og tillitt.

Her har igjen helsepersonellet jeg intervjuet en noe annen oppfatning enn pasientene selv. Akuttmedisinen kan være et noe mer komplisert område å innføre samvalg på enn mange andre områder i helsevesenet. Det kan også være at introduksjon av alternativer i utrygge og krevende situasjoner fører til mer utrygghet og redusert tilfredshet, men det betyr ikke at samvalg generelt innenfor akuttmedisinske tilstander er uegnet da pasientene er tydelige på at de ønsker eierskap, informasjon og deltagelse. Tidligere studier viser også at de fleste pasienter ønsker en viss involvering når det gjelder helsebeslutninger, og selv når pasienten foretrekker at legen tar den endelige avgjørelsen, ønsker nesten alle å få nøyaktig informasjon om behandlingsmuligheter og bli spurt om deres preferanser.

5.13 Ny og gammel kunnskap

Funnene i denne studien er i stor grad sammenfallende med tidligere forskning. Det er gunstig å finne overføringsverdi til den norske organiseringen med legevakt fra forskning gjort i akuttmottak andre steder. Funnene viser også de mer særnorske fenomenene med ønske om å få tak i fastlegen for mer informasjon, og poengtering av at legevaktjournalen inneholder mindre informasjon enn fastlegejournalen. Ingen andre studier har med ambulanspersonell. Informantene fra ambulansen i denne studien ga i stor grad informasjon som sammenfalt med tidligere studier og de andre informantene. De var imidlertid mer opptatt av å spille på hele helsevesenet.

Selv om legen er den som må ta avgjørelsen på om det dreier seg om lavrisiko brystmerter, er ambulanspersonellet som beskrevet tidligere, meget sentrale i den norske organiseringen av prehospitale akuttmedisinske tjenester. De kan også være mer erfarne med brystmertepasienter enn legevaktlegen som har legevakt av og til. De mener selv de utstråler trygghet i disse situasjonen, og at pasientene føler seg trygge når de kommer. De er også viktige observatører, og kan formidle informasjon både til pasient, pårørende og lege. Direkte spørsmål om hva som er viktig for pasienten ble eksplisitt nevnt av ambulanspersonellet, og er en fin måte å få pasienten til å tenke over egne behov og preferanser.

5.14 Samspillet mellom faktorene og modifisering av faktorene

Samvalg er en sammensatt prosess, og et viktig poeng er vekselvirkningen mellom de ulike faktorene. Dette fører til at en må modifisere flere faktorer for å få et betydelig resultat. Selv om tid er et sentralt tema, hjelper det ikke med mer tid dersom denne ikke brukes til å gi bedre informasjon til pasientene. Det hjelper imidlertid ikke med mer informasjon dersom det er manglende tillit til helsepersonell og pasienten derfor fortsatt er utrygg. Det hjelper ikke å gjennomføre kompetanseheving blant helsepersonell dersom det er for dårlig skjerming fra andre og for mye ståk og støy til å gjennomføre en god samtale.

På den andre siden er det forskjell på hvor lett faktorene kan modifiseres. Kjønn og alder på legen er vanskelig å gjøre noe med. Tid kan modifiseres med flere leger på vakt, men dette er kostbart. Informasjon og kommunikasjon, og muligheten for valg kan modifiseres ved å kurse helsepersonell, eller lage rutiner som sikrer at pasienten medvirker. Trygghet for helsepersonell kan modifiseres ved tilgjengelige veiledere som selv er gode på samvalg. Redsel og utrygghet hos pasienter med brystmerter er naturlig, og noe som ikke uten videre kan gjøres noe med. Manglende informasjon i legevaktjournalen kan modifiseres med Helseplattformen (for vår del). Noe som ligger en stund frem i tid for oss som ikke har innløst opsjon.

6 Konklusjon

Jeg ønsket å undersøke hvordan samvalg i den akuttmedisinske kjede kunne fremmes. Bakgrunnen for dette var en hypotese om at det er lite samvalg i den akuttmedisinske kjede, og et ønske om å få pasienter og helsepersonell sitt perspektiv på dette. Det finnes et økende antall studier på området fra andre vestlige land som viser at både brystmerter og andre tilstander i akuttmedisinen er egnet for samvalg. De fleste er imidlertid gjort på leger. Jeg fant ingen studier fra Norge eller studier som inkluderte ambulansetjenesten. Når studien omhandler samvalg, er pasientenes meninger om hva som er viktig for dem meget viktig å undersøke. Det var derfor av stor interesse å få med pasienter som informanter. Det var viktig å finne hva mine informanter mente fremmet og hemmet samvalg. Jeg ville også undersøke informantenes mening i forhold til om samvalg i den akuttmedisinske kjede fører til økt tilfredshet og tillitt til helsevesenet slik det gjør i andre deler av helsevesenet. I tillegg ville jeg undersøke deres mening i forhold til om andre sykdommer og tilstander i den akuttmedisinske kjede er egnet for samvalg. Forskningsspørsmålet «Hva mener aktørene i den akuttmedisinske kjede hindrer eller stimulerer til samvalg?» er sett i lys av den kliniske situasjonen med lavrisiko prehospitalt brystmerter.

Jeg nådde antagelig ikke saturasjon, noe som reduserer påliteligheten av studien. Dette innebærer ikke at vi ikke kan stole på det som kom frem, men at jeg kan ha gått glipp av noen perspektiv og faktorer som kan påvirke graden av samvalg. Studien er imidlertid unik og har høy relevans da den er gjort på det prehospitalt norske miljøet og inkluderer både leger, ambulansarbeidere og pasienter. Funnene er i stor grad sammenfallende med tidligere forskning, og det er gunstig å finne overføringsverdi til det norske prehospitalt miljøet fra forskning gjort i akuttmottak i andre land. Samvalg er en sammensatt prosess, og et viktig poeng er at faktorene mine informanter mener er viktige, og som de mener påvirker samvalg, vekselvirker og er avhengige av hverandre. Det vil si at en faktor på egenhånd ikke er tilstrekkelige, men at en må modifisere flere faktorer for å påvirke samvalg i en betydelig grad. På den andre siden er det store ulikheter i hvor lett de ulike faktorene kan modifiseres.

I denne studien er det klart at informantene som er leger ikke bruker samvalg systematisk ved prehospitalt lavrisiko brystmerter. Dette sier ikke noe om hva som gjøres andre steder. Legene er imidlertid essensielle å ha med dersom en skal øke bruken av samvalg.

Vi har per i dag stort fokus på hvordan vi skal utnytte ressursene i helsevesenet best mulig. Tid er en faktor det ikke er lett å tilføre mer av. Noe en bør undersøke nærmere er imidlertid om

samvalg fører til at pasientene velger mer eller mindre avansert og tidkrevende behandling. Mine informanter var delt på dette område da legene mente pasientene ofte valgte mer avansert behandling når de deltok i samvalg, mens pasientene mente helsevesenet kunne spare mye ressurser ved mer bruk av samvalg. Samvalgsverktøy er i Norge tilgjengelig for en del andre tilstander, og i USA også for lavrisiko prehospitalt brystmerter. Mine informanter var delt i synet på bruk av samvalgsverktøy, blant annet fordi legene mente det ville ta for lang tid. Det hadde vært interessant og gjort studier på en norsk versjon av «The chest pain choice decision aid».

De ulike forestillingene helsepersonell og pasienter har om hverandre kan påvirke graden av samvalg. Det kom frem at leger ofte tillegger pasientene ønsker og meninger, tror de vet hva pasientene vil, og at de mener det er legens jobb å bestemme. Legene ønsker gjerne en engasjert, spørrende og oppdatert pasient, mens pasientene er redde for å spørre i fare for å virke dumme eller vanskelige, og dernest få dårligere behandling. Pasientene mener en lege som gir de valg viser kunnskap, mens legene er redde for at pasientene tror de er inkompetente dersom de gir pasienten valg. Om dette har med trygghet å gjøre er umulig å si, men et godt lege-pasientforhold er viktig for både tillit og trygghet. Dette kan være skapt fra før, men kan også skapes ved første møte med empati, imøtekommenhet, og å gi pasienten følelse av å bli tatt på alvor. Pårørende er også viktig for tryggheten. På den andre siden er det også viktig at heller ikke de tillegger pasienten ønsker eller meninger, og svarer for pasienten. Oppfølging innen kort tid gir både pasientene og helsepersonell trygghet.

Informantene pekte på viktigheten av gode kommunikasjonsegenskaper. Dette kan til dels læres, og er en forutsetning for tilpasset informasjon. Dette er viktige momenter i møte med alle pasienter, men spesielt med tanke på andre kulturer og ulike kognitive evner hos pasientene. Tilgjengelig informasjon er også viktig, og det kommer for vår del til å bli interessant å se effekten av Helseplattformen. Når det gjelder oppfølging og tilgjengelig informasjon gir denne studien ny informasjon da Norge har en noe annen organisering av helsevesenet enn mange andre land. Vurderingen av akuttmedisinske tilstander tas ofte prehospitalt, og fastlegen har ofte kjennskap til pasienten på forhånd og et ansvar for oppfølging. Noe som oppgis av informantene som fremmere.

I studien kom det frem at manglende ønske om å bruke samvalg, ikke bevisst forhold til samvalg, og manglende kompetanse på samvalg hemmet samvalgsprosessen. Kunnskap om samvalg er antagelig den faktoren det er enklest å gjøre noe med da kursing av helsepersonell og rutiner som sikrer at pasienten medvirker relativt lett kan gjennomføres. Det er i denne

sammenheng viktig å prioritere kunnskapsheving hos veiledere, da deres sentrale rolle ble fremhevet i studien. Økt kunnskap kan i neste runde føre til et mer bevisst forhold til og sterkere ønske om å bruke samvalg. Dette kan så føre til at helsepersonell gjør andre prioriteringer av tid. Det ble også pekt på viktigheten av at helsepersonell initierte samvalgsprosessen. I denne sammenhengen er kunnskap om samvalg essensielt. Økt kunnskap vil i tillegg føre til mer trygghet, noe som også ble nevnt som fremmede for samvalg.

Når det gjelder om samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystmerter øker tillitt og tilfredshet mener helsepersonellet at tillitt og tilfredshet ikke påvirkes av om pasientene tas med på samvalg. Det er utfallet som er avgjørende. Pasientene mener at tilliten og tilfredsheten økes ved samvalg forutsatt at de føler seg trygge. De ønsker uansett eierskap, informasjon og deltagelse. Pasientene er imidlertid også inne på det samme som helsepersonellet - dersom utfallet er dårlig kan det fort komme tanker om det var riktig at en selv skulle ta valget.

Som en fremmer ved lavrisiko prehospitalt brystmerter ble det påpekt at enkelte av disse pasientene kjenner sykdomshistorikken sin godt, og forutsetningene tilsier at alvorlig sykdom er utelukket med høy sannsynlighet. Dette er momenter som er nyttig å ha med seg når en senere skal vurdere egnetheten for samvalg av andre sykdommer i den akuttmedisinske kjede. Informantene kom også med flere konkrete forslag til problemstillinger innen akuttmedisinen de mener kan egne seg for samvalg. Det hadde på bakgrunn av dette vært interessant å se nærmere på samvalg ved akutte ryggmerter, KOLS-forverring og antibiotikaforskrivning.

Studien har nå gitt informasjon om hvilke faktorer mine informanter mener påvirker samvalg ved lavrisiko prehospitalt brystmerter. Neste skritt er å teste om disse faktorene faktisk påvirker samvalg. Andre områder det bør vurderes videre studier på er om samvalg fører til at pasientene velger mer eller mindre avansert og tidkrevende behandling, en studie på en norsk versjon av «The chest pain choice decision aid», og samvalg ved akutte ryggmerter, KOLS-forverring og antibiotikaforskrivning. På bakgrunn av funnene og ønsket mitt om å bringe noe tilbake til enhetene jeg har studert, skal det lokalt gjennomføres kunnskapsheving om samvalg både generelt og i den akuttmedisinske kjede. Det skal også lages rutiner som sikrer at pasientene medvirker. I tillegg pågår det nå et arbeid på legevakten og i styringsgruppen for en akuttbil lokalisert ved legevakten som skal se på bruk av troponiner prehospitalt.

Litteraturliste

1. Helsedirektoratet [Internett] Dato [hentet 2022-06-30].
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
2. Meld. St. 6 (2017-2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2016 [Internett] Dato [hentet 2022-06-30] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/?ch=3>
3. Flynn, D., et al. (2012). "Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision-making: a systematic review." Acad Emerg Med **19**(8): 959-967.
4. Kanzaria, H. K., et al. (2015). "Emergency Physician Perceptions of Shared Decision-making." Academic Emergency Medicine **22**(4): 399-405.
5. Melnick, E. R., et al. (2016). "Development and Testing of Shared Decision Making Interventions for Use in Emergency Care: A Research Agenda." Academic Emergency Medicine **23**(12): 1346-1353.
6. Armstrong, M. J. (2017). "Shared decision-making in stroke: an evolving approach to improved patient care." Stroke Vasc Neurol **2**(2): 84-87.
7. Schoenfeld, E. M., et al. (2019). "Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: an exploratory analysis." Emerg Med J **36**(6): 346-354.
8. Hess, E. P., et al. (2016). "Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial." BMJ **355**: i6165.
9. Probst, M. A., et al. (2018). "Shared Decision-Making as the Future of Emergency Cardiology." Can J Cardiol **34**(2): 117-124.
10. Helsebiblioteket [Internett] Dato [hentet 2021-11-26].
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/samvalg>
11. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63
12. Elwyn, G., et al. (2012). "Shared decision making: a model for clinical practice." J Gen Intern Med **27**(10): 1361-1367.
13. Hoffmann, T. C., et al. (2014). "The connection between evidence-based medicine and shared decision making." Jama **312**(13): 1295-1296.

14. Pollard, S., et al. (2015). "Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review." Patient Educ Couns **98**(9): 1046-1057.
15. Zeuner, R., et al. (2015). "Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice." Health Expectations **18**(6): 2465-2476.
16. Helse- og omsorgsdepartementet, Høring til Nasjonal helseplan, «Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle». 2011
17. Meld. St. 7 (2019-2020) – Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
18. Anderson, R. T., et al. (2014). "Effectiveness of the Chest Pain Choice decision aid in emergency department patients with low-risk chest pain: study protocol for a multicenter randomized trial." Trials **15**: 166.
19. Légaré, F., et al. (2008). "Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions." Patient Educ Couns **73**(3): 526-535.
20. Hess, E. P., et al. (2012). "The chest pain choice decision aid: a randomized trial." Circ Cardiovasc Qual Outcomes **5**(3): 251-259.
21. Politi, M. C., et al. (2011). "Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making?" Health Expectations **14**(1): 84-91.
22. Coronado-Vázquez, V., et al. (2020). "Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review." Medicine (Baltimore) **99**(32): e21389.
23. Portnoy, D. B., et al. (2013). "Physicians' attitudes about communicating and managing scientific uncertainty differ by perceived ambiguity aversion of their patients." Health Expectations **16**(4): 362-372.
24. Malterud, Kirsti. (2018). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Universitetsforlaget.
25. Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. [London] ; [New York] :: 483-488.
26. Malterud, Kirsti. (2018). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget.
27. Kallio, H., et al. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. [Oxford, England] :: 2954-2965.

28. Stalmeijer, R. E., et al. (2014). "Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91." Med Teach **36**(11): 923-939.
29. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scandinavian journal of public health. 2012;40(8):795-805

Vedlegg 1 – Intervjuguide

- I hvilken grad synes dere at akuttmedisinske problemstillinger egner seg for samvalg mellom pasient og helsepersonell?
 - Er det tilstander eller situasjoner som er mer aktuelt enn andre.
- Har dere noen gang benyttet dere av samvalg/vært deltagende i samvalg?
 - Spesielt i den akuttmedisinske kjede, eller generelt
- Har dere eksempler på forhold som kan **fremme** samvalg ved lavrisiko **prehospitale brystermer**?
 - Helsepersonell
 - Formidlingsevne. Klart og enkelt språk. Tallfestet risiko. Presentere kun den viktigste informasjonen. Kunnskapen til helsepersonellet/god informasjon, pasientsentrert kommunikasjon. Helsepersonellet tror pasienten har støtte emosjonelt. Helsepersonellet tror på at SDM bedre utfallet og er motivert. Helsepersonellet ønsker å bruke SDM. Helsepersonellet har ikke sterke preferanser. Få mennesker/profesjoner involvert. Prosedyrer. Deler ansvar for resultatet med pasienten. Deltagelse fra hele behandlingsteamet. Reduserer overbehandling.
 - Pasienten
 - Pasientens kunnskapsnivå/evne til å forstå det som formidles. Alder på pasienten. Engasjert pasient, pasienten selv spør om alternativ, viser interesse. Tillitt til helsepersonellet. Dårlig etterlevelse. Reduserer konflikter om valget. Pasientene er mer komfortable med avgjørelsen. Informerte pasienter velger ofte mer konservativ behandling.
 - Sykdommen
 - Mange alternativer å velge mellom. Flere fornuftige behandlinger/utredninger
 - Omstendighetene
 - Et enkelt og spesifikt samvalgsverktøy. Fasiliteter prosessen og fjerner mange av barrierene. Stille og trygt sted.
- Har dere eksempler på forhold som kan **hemme** samvalg ved lavrisiko **prehospitale brystermer**?
 - Helsepersonell
 - kommunikasjon, uerfarenhet, inntrykk pasienten får fra andre. Hvordan helsepersonellet tror pasienten takler usikkerhet. Alder, kjønn, spesialisitet. Erfarenhet, mener scenarioet ikke passer for SDM. Mener pasienten ikke er i stand til å eller ikke vil delta. En type behandling støttes. Glemmer. Ikke enig i eller ikke kjenner til SDM. For dårlig tid. Tror at pasienten ikke ønsker å delta. Frykt for at pasientene oppfatter de som inkompetente/ikke vet hva de skal gjøre når de gir pas valg. Helsepersonell tillegger pasientene lite kompetanse, ønsker. Veileder som ikke kan eller ha tro på SDM. Vansker med å balansere uenighet om behandlingen og SDM. Bør kostnad diskuteres med pasientene? Vanker med å akseptere at pasienten ikke velger «riktig». Hele teamet jobber ikke for SDM. Lite økonomisk lønnsomt. Helsepersonellet er ikke trent i SDM. Helsepersonellet mener det er deres jobb å ta beslutning om undersøkelse og behandling. Vanskelig å kommunisere usikkerhet, spesielt uten verktøy. Frykt for å overse alvorlig sykdom og alvorlige følger. Vanskelig språk.
 - Pasienten
 - Ønsker ikke informasjon eller å delta i beslutningen. Forstår ikke informasjonen. Pasienten sosioøkonomisk status. Klarer ikke å delta i beslutningsprosessen. Dårlig etterlevelse. Føler de ikke mestrer diskusjoner. Forventer ikke å ha valg. Ikke mentalt klar for å delta i SDM. Frykter å bli oppfattet som vanskelig og derfor få dårligere helsehjelp. Lav kunnskap om helse. Uten tradisjon for at pasientene tar autonome avgjørelser. Ikke mulighet til å bruke tid på å lese seg opp, eller ta med seg informasjonen hjem. Liten toleranse for usikkerhet.

Frustrerte og utålmodige pasienter ønsker svar og ikke spørsmål. Angst. Sårbar pasient da kontakten med helsevesenet er ikke-planlagt og ikke frivillig. Annen agenda. Språkvansker. Lav toleranse for risiko. Sårbar emosjonell status og ønsker derfor at avgjørelser skal tas for dem. Urealistiske forventninger.

- Sykdommen
 - Historikk hos pasienten. Alder. Konsekvenser/juss. Ingen ferdigutviklet samvalgsverktøy. Manglede kunnskap om evidens og risiko. Potensielt livstruende sykdom.
- Omstendighetene
 - Hentet i ambulanse. Språk. Tlf tolk. Mentale evner. Legevakt vs fastlegekontor – kjenner pasienten fra før. Portvokterfunksjonen. Liten tid. Akuttmedisin. Er det i det hele tatt mulig å bruke samvalgsverktøy – dette er vist å lette prosessen. Upassende setting. Mangel på oppfølging hjemme. Hyppige avbrytelser. Mange ulike profesjoner og mennesker involvert. Flere som hører på/bak skjerm Brett. Utrygt sted. Manglende kontinuitet.
- **Kun til pasienter:** Kan dere fortelle litt i forhold til om samvalg endrer tilfredsheten og/eller tillitten dere har til helsevesenet?
 - Solid rammeverket fremmer tilliten. Øker angst ved valg med høy risiko ved formidling av vitenskapelig usikkerhet. Mindre misnøye hos pasienter som ble tatt med på samvalg. Økt kunnskap om sykdommen. Mindre konflikter rundt valget.
- Kan samvalg også brukes ved andre akuttmedisinske?
 - Pyelonefritt, infeksjoner, KOLS, lavrisiko hodetraume, nyrestenskolikk, stabil pneumoni, febrilt barn i god AT, moderat risiko syncope
 - Evnen til selv å se alvorligheten. Klar beskjed om rask rekontakt. Redusere antibiotiksbruk ved akutte luftveisinfeksjoner.

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å komme frem til kunnskap om hvordan en kan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede. Dette er et viktig område, og en metode som i stor grad er implementert i andre deler av helsevesenet. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er som beskrevet å komme frem til kunnskap om hvordan en kan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede. Dette er nærmere spesifisert med lavrisiko prehospitale brystmerter. Med dette menes brystmerter med liten sannsynlighet for alvorlig bakenforliggende årsak og ingen medisinsk grunn til innleggelse på sykehus. En kan imidlertid aldri sikre seg 100 %, og det vil alltid være en liten risiko. Dette gjelder ikke bare for lavrisiko brystmerter, men også for eksempel pyelonefritt/nyrebekkenbetennelse, andre infeksjoner og KOLS.

Samvalg er den norske oversettelsen av «shared decision making», og defineres som «*en felles beslutningsprosess hvor den forskningsbaserte kunnskapen, helsepersonells erfaringer og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for å ta et informert valg*». Det er gjort mye forskning og finnes mye litteratur om samvalg. Dette er en lovfestet rettighet, og blant annet omtalt i nasjonal helse og sykehusplan som «det normale», og det vi skal gjøre mer av. Pasienten skal få god informasjon om sin egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Det er som før krav om at helsehjelpen skal være forsvarlig, og behandlingen skal være innenfor det som tilbys av helsetjenesten. Samvalg betyr altså ikke at pasienten alltid skal få etterkommet sitt ønske, men prosessen skal gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten. Det finnes imidlertid lite litteratur på samvalg i den akuttmedisinske kjede, og den som finnes konkluderer blant annet med at det er behov for mer forskning på området.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet, og prosjektet inngår i en masterstudie i helseledelse.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien blir en kvalitativ studie der jeg tar utgangspunkt i forløpet i den akuttmedisinske kjede, medisinsk kunnskap om brystmerter, og kjente samvalgsverktøy både for generelle avgjørelser og spesifikke tilstander. Datainnsamlingen forgår i fokusgruppeintervju du nå blir forespurt om å delta i. Informantene er delt i tre grupper: 1) en gruppe med pasienter, 2) en gruppe med fastleger og legevaktsleger, og 3) en gruppe med ambulansesarbeidere/paramedic.

Hva innebærer det for deg å delta?

Fokusgruppeintervjuene vil foregå i grupper på 4-5 personer i tillegg til meg med en varighet på ca 45 minutter. Det vil under intervjuene bli foretatt lydopptak. Det vil ikke bli stilt personsensitive spørsmål. I gruppen med pasienter vil det være kjent at de har hatt lavrisiko brystmerter, men det vil ikke bli stilt andre spørsmål om pasientens helse. I selve oppgaven blir legene og ambulansesarbeiderene omtalt med yrke, kjønn og alder. Pasientene vil bli omtalt med kjønn og alder. Masteroppgaven levers antageligvis vår 2022. Det planlegges ingen honorering til informantene.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Rådata lagres kryptert på min PC og på mitt personlige område på UiO, der kun jeg har tilgang. Informasjon om hvem som er informanter og lydopptakene oppbevares adskilt.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er våren 2022. Lydopptakene og informasjonen om hvem som er informanter slettes.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra meg og Universitetet i Oslo har REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) vurdert at forskningsprosjektet faller utenfor område for helseforskningslovens virkeområde. NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger jeg behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Sunniva J. N. Rognerud, mail: Sunniva.j.n.rognerud@steinkjer.kommune.no, tlf 41 58 36 66
- Veileder: Liv Ariane Augestad, mail l.a.augestad@medisin.uio.no
- Personvernombud: Harald Magelssen Kløvjan, mail: Harald.Magelssen.Klovjan@steinkjer.kommune.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sunniva J. N. Rognerud

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan fremme samvalg i den akuttmedisinske kjede?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)