



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2023-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-09-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 HØST
<b>Sluttdato:</b>	01-12-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 PHA508 1 MOPPG 2023 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	401
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	17665
----------------------	-------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	1
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

## MASTEROPPGAVE

Sosial fobi og kognitiv atferdsterapi: En kvalitativ studie av primærbehandlere sine vurderinger og erfaringer på allmenn poliklinikk i Helse Vest når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike CBT behandlingsformat.

Social phobia and cognitive behavioral therapy: A qualitative study of primary care providers in general outpatient clinics in western Norway; their assessments and experiences when offering patients with social phobia various CBT treatment formats.

**Rebecca Mendes Melvær**

PHA508 Masteroppgave

Master i psykisk helse og rusarbeid

Institutt for helse og sosialvitenskap

Veileder: Liv Grethe Kinn

Innleveringsdato: 01.12.23

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*, § 12-1.

## Forord

Å skrive en masteroppgave har for meg vært en lang og spennende prosess. Når jeg begynte på masterutdanningen, hadde jeg vært mange år i sosialhelsetjenesten, og jeg hadde et ønske om å se fagfeltet mitt 'på nytt' fra et litt annet perspektiv. Samtidig var det mye annet som skjedde i livet mitt. Når jeg skulle begynne å skrive oppgaven flyttet jeg og familien til ny by, jeg tok sertifikatet, vi totalrehabiliterte et hus og jeg startet i ny jobb. Underveis i prosessen har jeg også tatt en annen videreutdanning. Det var mye som jobbet mot å faktisk gjennomføre. Likevel kan jeg nå, på oppløpssiden, se tilbake på en svært lærerik prosess. Masterutdanningen har gitt meg det jeg ønsket og var i behov av faglig dybde og bredde. Jeg er svært glad jeg gjennomførte.

Jeg vil først og fremst takke informantene som tok seg tid i sin hverdag for å dele erfaringer og kunnskap med meg. Videre vil jeg takke min veileder, Liv Grethe Kinn, for å alltid føre meg inn på riktig sti og løse meg gjennom prosessen.

Det har også til tider vært ensomt å sitte med oppgaven. Jeg vil takke venner som har hørt meg snakke om oppgaven. Skjønner godt dere er lei nå. Ser frem til å snakke med dere om andre temaer. Særlig vil jeg takke Øystein som ikke har latt meg gi opp, gang på gang, støttet meg, og som har tatt seg av alt hjemme så jeg kunne fokusere på å gjennomføre. Til mine kjære barn, takk for tålmodigheten.

## Sammendrag

**Hensikt:** Å få innsikt og utforske hva primærbehandlere på DPS Allmenn vektlegger og vurderer når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike CBT behandlingsformat.

**Bakgrunn:** Helse Vest tilbyr tre ulike CBT behandlingsformat for sosial fobi. Oppgaven er avgrenset til å omhandle Ansikt-til ansikt behandling, Bergen 4 Day Treatment (B4DT) og eMeistring i Helse Vest. Helsepolitiske føringer tilsier at pasients ønske skal være i fokus, men ikke skal ha siste ordet. Det finnes kunnskapshull på hvordan behandlere opplever å vurdere behandlingsformat og samvalg.

**Teoretisk forankring:** Oppgaven er teoretisk forankret i relevant teori og forskning som omhandler brukermedvirkning, samvalg og innen CBT behandling av sosial fobi.

**Design:** Oppgaven har et kvalitativt design.

**Metode:** Det ble utført semistrukturerte individuelle intervju av primærbehandlere på DPS allmenn. Det ble anvendt systematisk tekstkondensering (STC) som analyseverktøy.

**Resultat:** Av datanalysen fremkom følgende fire hovedfunn: 1) Å forberede pasienten på å møte angsten 2) å være veiviser, 3) redsel for at pasienten unngår det vanskelige, og 4) pasientens eget valg er utslagsgivende.

**Konklusjon:** Primærbehandlere opplever det er viktig å informere og gi pasienter ulike valgalternativer. De vektlegger å forberede pasient for behandling, de vektlegger om pasient er klar for å unngå at pasient kjenner på nederlag. Informantene opplever å bebreide seg selv når behandlingen ikke fører frem. Videre vektlegges organisering av deres og pasientens hverdag og innen de ulike behandlingsformatene. Pasientens valg tolkes som motivasjon og er utslagsgivende. Oppgavens funn har teoretiske implikasjoner da de nyanserer teori om samvalg.

## Abstract

**Title:** Exploring Primary Care Providers' Perspectives on CBT Treatment Formats for Social Phobia at DPS General: A Qualitative Study.

**Purpose:** This study aims to gain insight into what primary care providers at DPS General prioritize and consider when offering various Cognitive Behavioral Therapy (CBT) treatment formats to patients with social phobia.

**Background:** Helse Vest provides three different CBT treatment formats for social phobia, specifically focusing on Face-to-face treatment, Bergen 4 Day Treatment (B4DT), and eMeistring. Health policy guidelines suggest that patient preferences should be a focal point, although not the ultimate decision-maker. There is a knowledge gap regarding how providers experience evaluating treatment formats and shared decision-making.

**Theoretical Framework:** The study is theoretically grounded in relevant theory and research concerning user involvement, shared decision-making, and CBT treatment for social phobia.

**Design:** The study adopts a qualitative design.

**Method:** Semi-structured individual interviews were conducted with primary care providers at DPS General. Systematic Text Condensation (STC) was employed as an analysis tool.

**Results:** The data analysis revealed four main findings: 1) Preparing the patient to face anxiety, 2) acting as a guide, 3) fear that the patient avoids challenging situations, and 4) the patient's own choice being decisive.

**Conclusion:** Primary care providers perceive it as crucial to inform and offer patients various alternatives. They emphasize preparing patients for treatment, assessing the patient's readiness to avoid feelings of defeat. Informants experience self-blame when treatment is unsuccessful. Furthermore, the organization of both their and the patient's daily lives is emphasized within the different treatment formats. The patient's choices are interpreted as motivation and are decisive. The theoretical implications of this thesis is that it adds to theory on shared decision-making.

## **Figurer**

**Figur 1:** SDM Three step model ..... s. 11

**Figur 2:** SDM Three step model included risk talk ..... s. 11

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1:** Semi-strukturert Intervjuguide

**Vedlegg 2:** Informasjonsskriv og samtykkeskjema

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	2
1.2 Tidligere forskning.....	3
1.2.1 Kunnskapshull.....	3
1.2.2 CBT.....	4
1.2.3 Brukermedvirkning og samvalg.....	5
1.4 Forskningsspørsmål .....	6
1.5 Begrepsavklaringer .....	6
1.5.1 Sosial fobi .....	6
1.5.2 Kognitiv terapi (CBT).....	7
1.5.3 Distriktpsykiatrisk senter (DPS).....	7
1.5.4 Allmenn poliklinikk .....	7
1.5.5 Behandler .....	7
1.6 Oppgavens oppbygging .....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Den biomedisinske modellen.....	8
2.2 Den paternalistiske modellen:.....	8
2.3 Empowerment og brukermedvirkning: .....	9
2.4 Shared decision making (SDM).....	10
2.4.1 Bakgrunn for SDM.....	10
2.4.2 Kjennetegn på SDM.....	10
2.4.3 SDM og kommunikasjon om risiko .....	11
2.4.4 Forståelse og definisjoner av SDM.....	12
2.4.5 SDM og helsekompetanse.....	13
3.0 Metode .....	13
3.1 Valg av design.....	14
3.2 Utvalg og rekruttering.....	14
3.3 Datainnsamlingsmetode og gjennomføring av intervju .....	16
3.4 Analyse .....	17
4.0 Presentasjon av resultat.....	19
4.1 Å forberede pasienten på å møte angsten.....	19
4.2 Å fungere som veiviser .....	20
4.3 Redsel for at pasienten unngår det vanskelige .....	22
4.4 Pasientens eget valg er utslagsgivende .....	23



5.0 Diskusjon .....	23
5.1 Drøfting av funn.....	24
5.1.1 Drøfting av informantenes utførelse av samvalg.....	24
5.1.2 Vurderinger knyttet til risiko for pasient.....	25
5.1.3 Drøfting om antakelser knyttet til de ulike CBT behandlingsformatene .....	26
5.1.4 SDM og informantenes tolkning av motivasjon .....	27
5.2 Metodediskusjon .....	28
5.2.1 Personvern.....	28
5.2.2 Informert samtykke .....	29
5.2.3 Konsekvens av å delta i studien .....	29
5.2.4 Studiens kvalitet.....	29
5.2.5 Overførbarhet .....	30
5.2.6 Metodiske refleksjoner.....	31
6.0 Oppsummering og konklusjon .....	31
6.1 Teoretiske implikasjoner og videre forskning.....	32
7.0 Referanser .....	34

## 1.0 Innledning

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er den nest største årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge (FHI 2017, s. 21). Angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser er de vanligste. Spesifikk fobi er den vanligste enkeltlidelsen. I perioden 2011-2015 var 2% av menn i alle aldre og 3,6% av kvinner i alle aldre i poliklinisk behandling for angstlidelser (FHI, 2018, s. 28-37).

Siden 80-tallet har det vært et skifte i perspektiv innen psykisk helsevern. Dagens helsepolitiske føringer tilsier at tjenestene skal utvikles i samarbeid med og etter brukernes behov. Målet er brukermedvirkning og at bruker er en integrert deltaker av samfunnet. Dessuten fordres det at helsetjenesten skal være basert på evidensbasert kunnskap som innebærer systematisk forskning, brukerens kunnskap, behov og klinisk erfaring og beste praksis. Videre skal helsetjenestene organisere etter beste praksis, et begrep med hensikt å forbedre og endre praksis. I klinisk sammenheng vises det til kliniske og faglige retningslinjer (Kinn et al., 2012, s. 23-27). Tjenestene har også blitt påvirket av den forbrukerorienterte diskursen som springer ut av blant annet økonomiske teorier og neoliberalismen, tilbud- etterspørsel, for å bedre tjenester i lys av brukermedvirkning. Innbygger omdefineres som forbruker (Clarke et al, 2007, s. 15-18). Helsekompetansen i samfunnet har økt og skal fremmes (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 18). Samtidig vises det til at 12% av befolkningen har større utfordringer med dette. Det fremheves videre at for å bedre kommunikasjon med helsepersonell anbefales det at helsepersonell legger til rette for kommunikasjon med pasient (Helsedirektoratet, 2021, s.63). I Nasjonal sykehusplan 2020-2023 (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 7) presiseres det at pasient skal være «*aktive deltakere i helsehjelpen de mottar*» (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s 7). Det påpekes det at samvalg (norsk oversettelse av shared decision making, heretter kalt SDM) skal være den nye normalen, men ikke være entydig med at pasient skal få etterleve eget ønske. Forsvarlighet ved helsehjelpen vurderes alltid og behandlingen som ønskes og tilbys må være innenfor tilbudet helsetjenesten har. SDM defineres som følgende:

*“an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced the task of making decisions, and where patients are supported to compare options in order to achieve informed preferences”* (Elwyn, 2016, s. 78).

Samtidig fremheves det at “*hva er det viktige for deg?*” (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8) skal være førende i møte mellom blant annet pasient og helsepersonell (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 7- 20).

### 1.1 Bakgrunn for oppgaven

*Helse Vest har tre behandlingstilbud med CBT for sosial fobi. Bergen 4 Day Treatment, (heretter kalt B4DT), eMeistring og ansikt til ansikt veiledet terapi.*

Når pasienter blir henvist til allmenn poliklinikk blir de utredet av primærbehandler.

Primærbehandlere kan være psykologer og behandlere med helse og sosialfaglig bakgrunn.

Der det diagnostiseres med sosial fobi kan primærbehandler vurdere hvilket behandlingstilbud som kan passe pasient og sekundærhenvise til B4DT og eMeistring.

Unntaket er ansikt til ansikt behandling som primærbehandler kan utføre selv.

Primærbehandlere arbeider over lengre tid på egenhånd med pasienter og får muligheter etter eget ønske og behov til å drøfte pasient i veiledning, team-møter og kontakt med spesialister dersom det er behov for avklaring av selvmordsfare eller medisiner.

B4DT ble utviklet i forbindelse med økte ventelister med behandlingstrengende pasienter med tvangslidelser. Behandlingsformen viste seg å være effektiv og siden har B4DT inkludert behandling for sosial fobi og panikklidelse. Behandlingen som tilbys er CBT i kombinasjon med eksponeringsterapi. Behandlingen gis som individuell terapi i gruppe (Kvale et al, 2018, s. 4-9). Internettveiledet behandling i Helse Vest, eMeistring, er for psykiske lidelser som depresjon, panikklidelse og sosial fobi. eMeistring programmet hevdes å tilby det samme som ansikt til ansikt behandling i allmenn poliklinikk, ulikheten består i at det tilbys et 14 ukers program over internett. CBT i kombinasjon med eksponeringsterapi er forankret i modeller som tilbyr CBT i kombinasjon med eksponering. Det er ukentlig oppfølging av behandler, med skriftlig tilbakemelding (Nordgreen et al, 2018, s. 25). FHI har foretatt en metodevurdering av terapiveiledet internettbehandling av psykiske lidelser (2018, s. 62) og har konkludert med at internettveiledet behandling gir bedre effekt på symptomtrykk enn ingen behandling.

De tre behandlingstilbudene som er beskrevet over har til felles at behandlingstilnærmingen er CBT i kombinasjon med eksponeringsterapi og de er en-til-en veiledet. Det tilbys et ca. likt antall timer i behandlingene. Ulikhetene er blant annet at i B4DT utføres det i gruppeformat intenst over fire dager, eMeistring i inntil 14 uker med

ukentlige samtaler og skriftlig kommunikasjon og en-til-en veiledet behandling hevdes å variere i antall uker og varierende hyppighet mellom hver terapitime grunnet ulike faktorer.

Når pasienter blir henvist til allmenn poliklinikk blir de utredet av primærbehandler.

Primærbehandlere kan være psykologer og behandlere med helse og sosialfaglig bakgrunn.

Der det diagnostiseres med sosial fobi kan primærbehandler vurdere hvilket behandlingsalternativ som kan passe pasient og sekundærhenvise til B4DT og eMeistring.

Unntaket er ansikt til ansikt behandling som primærbehandler kan utføre selv.

Primærbehandlere arbeider over lengre tid på egenhånd med pasienter og får muligheter etter eget ønske og behov til å drøfte pasient i veiledning, team-møter og kontakt med spesialister dersom det er behov for avklaring av selvmordsfare eller medisiner.

Da jeg selv begynte å jobbe på allmenn poliklinikk opplevde jeg at pasienter med sosial fobi fikk tilbud om tre ulike behandlingsformat (Ansikt til ansikt behandling, B4DT og eMeistring). Når jeg leste om de ulike behandlingsformatene, fremkom det noen ulikheter og flere likheter. Jeg opplevde at innen de tre behandlingsformatene var det lange ventetider på eksempelvis B4DT før oppstart, mens for eMeistring kunne pasient få tilbud om behandling med en gang. Jeg ble med dette nysgjerrig på hva som lå bak dette i lys av Nasjonale retningslinjer om samvalg (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s 7) og retningslinjer for å bruke samvalg som verktøy for å bedre kommunikasjon mellom pasient og behandler, samt øke helsekompetansen (Helsedirektoratet, 2021, s. 63).

## 1.2 Tidligere forskning

Jeg ønsker under dette punktet å vise til kunnskapshull og redegjøre for tidligere forskning knyttet til CBT behandling av sosial fobi, for å belyse konteksten som fremkommer i bakgrunn for oppgaven og konteksten som fremkommer i problemstillingen. Videre viser jeg til tidligere forskning om SDM og brukervedvirkning.

### 1.2.1 Kunnskapshull

Da jeg søkte på PsychInfo jeg med søkeordene *mental health practitioner, clinicians shared decision making, clinical practice* fikk jeg få relevante treff. Jeg la til ordene *review og qualitative research* uten å få noen treff. Videre søkte jeg på HVLs bibliotekserver med søkeord *mental health practitioner, clinicians, experiences, shared decision making* og fikk to relevante treff. Jeg fant flere studier på pasienters opplevelser av samvalg, effekt av samvalg, men lite på behandleres opplevelse av samvalg. Ved litteratursøk etter forskning om sosial fobi og kognitiv terapi, fant jeg mange effektstudier, men få kvalitative studier av

pasienters eller behandleres erfaring av behandlingsformen. Et søk på PsychINFO med kombinasjon av søkeordene *social phobia, social anxiety, cognitive behavior therapy, psychologist og clinical practice* gav ingen relevante treff. Ved å legge til *review og qualitative research* fikk jeg heller ingen relevante treff. Søk på HVLs bibliotekserver med søkeordene *kognitiv terapi, sosial fobi, angstlidelser, kvalitative studier, cognitive therapy, social phobia, anxiety disorder, treatment, reviews, qualitative research* gav ett relevant treff: Karlsson og Linnerud, 2009, *Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser, pasienters opplevde utbytte*.

Mitt søk var mulig begrenset, og det er mulig at jeg ville fått flere relevante treff med søkemetoder jeg ikke hadde kunnskap om på daværende tidspunkt. Jeg har fått kyndig hjelp av veileder underveis i litteratursøk. Jeg tolker det som at det finnes lite publisert forskning på behandleres opplevelse av samvalg og pasienters opplevelse av CBT rettet mot sosial fobi.

### 1.2.2 CBT

Ifølge Haug et al. (2015) i en randomisert kontrollert effektstudie (RCT) var det en høyere andel av pasienter med sosial fobi som også hadde lav sosial fungering. Det indikerte at sosial fobi var en gjennomgripende lidelse som også kunne påvirke sosial fungering (Haug et al., 2015, s. 77-86). Videre indikerte noen av funnene i studien at pasienter med såkalt lav fungering og høyt symptomtrykk hadde lavere effekt av behandling, men dette var heller ikke entydig konkludert (Haug et al., 2015, s. 77-86). Både Haug et al (2015, s. 84-86) og Stangier et al (2003) påpekte i sine studier kunnskapshull om sosioøkonomisk status, alder, kjønn, komorbiditet med andre psykiske lidelser kunne ha innvirkning på effekten av behandlingen for sosial fobi med CBT. Eksempelvis indikerte resultater fra Stangier et al (2002, s. 1002) sin randomiserte kontrollerte studie at individuell CBT for sosial fobi gir noe bedre resultater enn gruppebehandling, det vil si gruppebehandling uten en-til-en oppfølging. Videre viste Haug (et al., 2015, s. 86) i sin RCT studie at pasienter med lav sosial fungering hadde noe høyere effekt av "stepped-care" der en begynte med ansikt-til-ansikt behandling og videre til mer intensive behandlingsformat. En kvalitativ studie gjort av Karlsson og Linnerud (2009, s. 207-209) viste til at pasienter med angstlidelse opplevde utbytte av CBT-behandling i gruppe. Alle gruppedeltakerne opplevde reduksjon av symptomer. I studien fremhevet deltakerne at deltakelse i gruppen og kunnskap om lidelsen og eksponering var nyttig. Det fremkom at pasientene som vurderte seg selv som motiverte og hadde størst bevissthet på å foreta handlinger for bedring, var de som også opplevde størst forandring etter behandlingen. Ifølge Reese, Totland og Hopkins (2011) er det det en sammenheng mellom hyppighet av

terapitimer og pasienters utbytte av dem. Pasienter hevdes å gå lenger med sin psykiske lidelse, ved lengre frekvenser mellom terapitimene. Hyppige frekvenser, her ment som ukentlig, gir bedre effekt enn de som går hver andre uke.

### 1.2.3 Brukermedvirkning og samvalg

Borg (et al. 2008, s. 287-291) viser i sin studie at det er et gap mellom den profesjonelle som definerer “problemet” og at ved endringer av tjenester kan det forekomme usikkerhet. Videre kan det med økt krav til brukermedvirkning for de profesjonelle bli opplevd som risikabelt og tidkrevende. Det vises også til et behov for skifte der makten de profesjonelle innehar overfor pasienter burde løftes opp i lyset for å øke brukermedvirkning. Slade (2017, s. 150) har vist til at implementering av SDM har kulturelle og etiske utfordringer. En begrunnelse for dette var etiske prinsipper tilknyttet den biomedisinske modellen; respekt for pasientens autonomi, rettferdighet, at det skal være velgjørende, og ikke ondskapsfullt. Behandlere har integrert disse prinsippene i praksis, ikke bare for å få pasientens deltakelse, men også i lys av å være velgjørende. Eksempelvis trekkes det frem eksempler på medisinerer av psykotiske pasienter der det antas at pasienten mangler innsikt, som særlig problematisk. Det pekes på en kulturell utfordring som bunner i den tidligere institusjonsbaserte psykiatrien, som har ført til en kultur der pasienten er sosialisert inn i rollen som pasient, og dermed økes den profesjonelles autoritet (Slade, 2017, s. 150). Farrelly (et al., 2015, s. 452-454) viser i en kvalitativ studie med pasienter og behandlere til at behandlere selv opplyste om at de benyttet seg av SDM, men at det kunne forekomme at de indirekte og ubevisst styrer utførelsen av behandlingsplaner. Behandlerne uttrykte bekymringer for at brukerne skulle ta valg som ikke ble vurdert til deres beste. I studien beskrev brukerne at deres opplevelser var at de ble presentert ulike alternativ, men ikke ble involvert i beslutningstakingen (Farrelly et al., 2015, s. 452-454). Drivenes (et al., 2019, s. 1045-1047) viste til i sin tverrsnittstudie at behandleres holdning til SDM også påvirket pasientens opplevelse av SDM. Det ble vist til at det var en gjensidig avhengighet av behandleres og pasienters holdning for SDM. Et premiss for implementering av SDM var at pasient var aktiv og i stand til å ha meninger om hva som var viktig for dem. Videre viste de også til at SDM var et av de strukturelle elementene for å endre helsetjenestene fra den paternalistiske kulturen til å få pasienten i fokus (Drivenes et.al, 2019, s.1045-1047).

Hilden, Hautamäk og Korkeila (2020) har i en kvalitativ studie der de har intervjuet behandlere i finsk spesialisthelsetjenestes om erfaring av samvalg. Det fremkom i studien at de opplevde at pasienter i økende grad kom med sine ønsker og krav og at det var en del av

deres profesjonalitet å møte det konstruktivt. Videre fremkom det at dette hadde fordeler, men også konsekvenser i økt arbeidsmengde og frykt for at pasienten klagde på behandlingen. Behandlerne opplevde konflikt mellom behandlingen som kunne tilbys med retningslinjer og evidensbasert kunnskap, og pasientens ønske. Videre fremkom det konflikter mellom det medisinske aspektet og at behandlerne i tillegg måtte ha kompetanse for å forstå pasientens subjektive opplevelse av sykdommen. Studien konkluderte med at den evidensbaserte kunnskapen i stor grad var styrende for avgjørelser og at SDM var et ideal, som ofte i forhandlingsposisjoner med pasient. I en kvalitativ undersøkelse utført av Simmons (2013, s.13) om behandleres erfaring med SDM for unge pasienter med depresjon fremkom det at behandlere i studien ønsket og etterstrebet å benytte seg av SDM. De opplevde at pasienten skulle ta valget og at dette var nødvendig for å engasjere pasient, men også for å unngå konflikt. Det ble stilt spørsmål til om frykten for konflikt var en barriere for samarbeidet (Simmons, 2013, s.13).

#### 1.4 Forskningsspørsmål

Tema for denne oppgaven er å utforske hvordan primærbehandlere på DPS allmenn vurderer og tilbyr behandlingsbehov knyttet til behandling av sosial fobi. Med bakgrunn i at jeg ikke har funnet mye forskning som belyser temaer som hvordan behandlere opplever å vurdere behandlingsformat og samvalg, hvilke faktorer hos pasient som kan ha innvirkning på effekt av behandling, pasienters opplevelse av behandling, samt hvilke behandlingstiltak som gir best effekt og helsepolitiske føringer, har jeg lurt på hva som vektlegges.

Forskingsspørsmålet mitt er:

*Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?*

#### 1.5 Begrepsavklaringer

Jeg ønsker her å redegjøre for noen av de ulike begrepene jeg kommer til å anvende i denne oppgaven.

##### 1.5.1 Sosial fobi

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptom er angst (FHI 2018, s. 20). Ved sosial fobi er diagnosekriteriet at angsten er sentrert rundt frykt for å bli negativt/kritisk vurdert av andre mennesker. Fobien kan være relatert til enkeltsituasjoner som for eksempel spise ute blant andre, snakke offentlig eller at fobien omfatter alle situasjoner utenfor hjemmet. Vanlige symptomer er rødming, kvalme, skjelvende hender

og/eller sterk trang til å urinere. Individet unngår sosiale situasjoner. Unngåelsesatferden er omfattende og kan i ekstreme tilfeller føre til sosial isolasjon (Verdens helseorganisasjon, 2000, s.132 -135).

### 1.5.2 Kognitiv terapi (CBT)

Et historisk tilbakeblikk viser at kognitiv terapi (heretter kalt CBT) ble utviklet av Aaron T. Beck på 60-tallet. På daværende tidspunkt var psykoanalysen den dominerende formen for psykoterapi. Han utviklet en kortvarig og strukturert behandlingsserie med utgangspunkt i at mennesker med depresjon hadde negative tanker og antakelser som opprettholdt den depressive lidelsen. Siden har CBT utviklet seg til å bli en behandling også for andre psykiske lidelser, med tilpassede modeller (Beck, 2011, s. 21-22). Det hevdes i den kognitive modellen at bak sterke negative følelser er en ubevisst negativ automatisk tanke som igjen forsterker følelsen. Med andre ord er hensikten med kognitiv terapi å bevisstgjøre pasienten om egne negative automatiske tanker og antakelser for slik å muliggjøre endringsprosesser (Beck, 2011, s. 23). Jfr. Statens helsetilsyns kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser (2000, s. 22) anses kombinasjon av CBT og eksponeringsbehandling som den mest effektive form for behandling av sosial fobi.

### 1.5.3 Distriktpsikiatrisk senter (DPS)

Et distriktpsikiatrisk senter (heretter kalt DPS) er en selvstendig faglig enhet innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. En DPS består av ulike tjenester som døgntilbud, poliklinikk og ambulante tjenester.

### 1.5.4 Allmenn poliklinikk

Allmenn poliklinikk er en avdeling innen DPS som utreder og behandler psykiske lidelser, eksempelvis som depresjon, angstlidelser, og nevropsykiatriske lidelser. Poliklinikk viser til at behandlingen foregår uten døgninnleggelse.

### 1.5.5 Behandler

Behandler i kontekst av denne oppgaven er en psykologspesialist, psykolog, eller helse – og sosialfaglig utdanning med videreutdanning innen terapeutiske samtaleteknikker.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven har følgende oppbygging. Jeg har i kapittel 1, innledningen, redegjort for tema, kontekst av tema, bakgrunn for oppgaven, tidligere forskning og presentert forskningsspørsmålet mitt. Videre har jeg redegjort for begrep som er relevante for oppgaven. I kapittel to presenteres kontekstuell teori og det teoretiske rammeverket som er relevant for



oppgaven. I kapittel tre redegjør jeg for metodiske overveielser og hvordan jeg har gått frem for å besvare forskningsspørsmålet. I kapittel fire presenterer jeg mine funn. I kapittel seks drøfter jeg mine funn opp mot relevant teori og forskning og diskuterer metodiske styrker og svakheter i oppgaven. Avslutningsvis kommer konklusjon og implikasjoner for videre forskning.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere det teoretiske rammeverket for oppgaven. Jeg presenterer først ulike teorier som den biomedisinske modellen, den paternalistiske modellen, samt redegjør for empowerment og brukervedvirkning. Dette har jeg valgt å utdype, for å sette hovedteori, SDM i en kontekst. SDM presenteres i sin helhet med bakgrunn, hvorfor, kjennetegn for SDM og ulikt innhold i modellen.

### 2.1 Den biomedisinske modellen

Den biomedisinske modellen kjennetegnes av at en sykdom er et resultat av avvik blant ulike somatiske variabler. Den er utviklet fra positivistisk filosofi, er reduksjonistisk og derav innbefatter kropp-sjel dualismen. Det tas ikke hensyn til psykososiale faktorer når sykdommen skal undersøkes og leges (Engel, 1977, s.130). Engel (1977, s. 132) lanserte den biopsykosiale modellen i lys av behovet for å inkludere psykososiale faktorer innen særlig psykiatrifeltet. Der den biomedisinske modellen viser til at behandlerens rolle er å avklare om pasient er syk eller frisk. I denne modellen er det tradisjonelt behandler som videre finner ut hvorfor og hvordan pasient er syk for så å presentere en behandling for sykdommen. Engel argumenterer at grensen for når en pasient er syk og frisk ikke er tydelig. Pasient kan ha subjektive opplevelser som ikke er i samsvar med behandlerens. Den biopsykosiale modellen er ment til å ivareta pasients subjektive opplevelse og behandlerens avklaringer (Engel, 1977, s. 133)

### 2.2 Den paternalistiske modellen:

Den paternalistiske modellen viser til at relasjon mellom behandler-pasient kjennetegnes av at pasient mottar informasjon fra behandler om best mulig behandling og hva som er pasientens beste (Emmanuel et al., 1992, s. 2221). Behandler – pasient relasjonen er preget av den profesjonelles monopol på kunnskap, pasienten har tradisjonelt hatt rollen som syk. I denne relasjonen blir maktfordelingen forsterket der pasient mottar hjelp fra den profesjonelle. Autoritet fremmer at ekspertene har rett til å påvirke og ta avgjørelser (Haug et al, 1981, s.212-213).

### 2.3 Empowerment og brukermedvirkning:

Askheim (2007, s 21) definerer empowerment, som følgende: «...personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten.». Sentralt i empowerment er makt. Avmakt kan ses som det motsatte av empowerment.

Innen empowerment-litteraturen er fellestrekk at makt og egenverd kan fås tilbake til undertrykte grupper og individer gjennom handling. Empowerment og brukermedvirkning er begrep som brukes om hverandre. Empowerment har som mål om å oppnå likeverdige relasjoner til sårbare grupper og slik arbeide aktivt mot avmakt. Brukermedvirkning er et verktøy for å oppnå empowerment (Askheim, 2007, s. 21 og Slettbø, 2000, s. 78).

Brukermedvirkning er et begrep som først ble omtalt på 70 tallet. På 90-tallet ble begrepet mer omtalt og tatt aktivt i bruk (Askheim. O.P. et al, 2016, s. 584) Det har utspring fra to ulike diskurser. På den ene siden har en den forbrukerorienterte og på den andre siden den demokratiske og rettighetsbaserte diskursen. Den demokratiske og rettighetsbaserte diskursen omtales av blant annet Harrison et al (2002, s. 63) der det vises til ulike betydninger av det å være en innbygger. En innbygger kan knyttes til blant annet sivilstatus, lojalitet, tilknytning til politikk og det å være en god innbygger kan knyttes til noen av de overnevnte faktorene. Marshall (Pierson, 2006, s. 30-40) har eksempelvis innført begrepet «sosial deltakelse» og vært en bidragsyter til begrepet innbygger i velferdsdebatten. Harrison (et al. 2002, s. 64-65) viser videre til de siste tiårene har innbyggeren «plikt» og «rett» til å delta samfunnet. Den forbrukerorienterte diskursen kan knyttes til blant annet økonomiske teorier og neoliberalismen, tilbud-etterspørsel, for å bedre tjenester. Innbygger omdefineres som forbruker (Clarke et al, 2007, s. 15-18). Forbrukeren er rasjonell og informert. Brukermedvirkning har som mål å endre tjenestene til å være mer fleksible og tilpasset brukerne (Askheim. O.P. et al, 2016, s. 584).

Brukermedvirkning foregår på tre ulike nivåer, det individuelle, på tjenestenivå og på systemnivå. Brukermedvirkning er lovfestet i Norge. Individuelt nivå er brukermedvirkning lovfestet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 – 3-2). På tjenestenivå er brukermedvirkning lovfestet innen Helse og omsorgstjenesteloven §3-10 (2011) og innen spesialisthelsetjenesten innen Helseforetaksloven §35 (2001). Helsedirektoratet (2017) legger føringer til at det skal være god dialog mellom pasient og behandler og at informasjon skal gis tilrettelagt for å gi pasienter individuelt tilrettelagte tjenester. Videre vektlegges det at den

ansatte i helse og omsorgstjenesten er ansvarlige for behandlingen som gis. Pasienten er heller ikke ansvarlig for valgene som tas.

## 2.4 Shared decision making (SDM)

SDM anses som en anerkjent metode for å øke brukermedvirkning i helsetjenestene (Slade, 2017). Jeg skal her gjøre rede for SDM som begrep, i hvilken kontekst det har utviklet seg fra, kjennetegn og redegjøre for tre-stegsmodellen samt tilførelser til denne. Videre går jeg gjennom ulike forståelser av SDM og helsekompetanse i lys av SDM.

### 2.4.1 Bakgrunn for SDM

SDM oppstod som begrep på 80-tallet som et alternativ til den paternalistiske modellen der behandler er eksperten og pasienten mottaker. En forbrukerorientert tilnærming til helsetjenesten har antakeligvis bidratt til et skifte fra overnevnte maktfordeling til pasientens rettigheter og behandlerens tilbud og plikter. Denne endringen av maktbalansen har vært medvirkende til en endring av synet der avstanden mellom ekspertens kunnskap og pasientens blir mindre (Haug et al, 1981, s.212-213). Charles (et al, 1997, s. 681-683) viser videre til en endring av medisinsk praksis, der tidligere sykdommer som ble behandlet var akutte og kroniske, derav ble behandlet og ble friske til kompliserte og varige forløp som pasienter skal håndtere, fremfor å kureres. Eksempelvis har utviklingen av kreftbehandling som fører til ulike alternative behandlinger, eksempelvis operasjon, medisiner og stråling.

Stiggelbout (et al, 2012, s.2) fremhever at shared decision making bør være en norm i helse og omsorgstjenester av flere grunner. Det ivaretar pasientens autonomi og gir pasient tilstrekkelig informasjon for å ta gode valg for seg selv. Forskningen viser videre til at pasienter tar mer konservative valg enn behandlere. Videre viser forskning at SDM kan være nyttig verktøy for å unngå variasjoner innen helsetilbud (Stiggelbout et al, 2012. s 1). En langtidsstudie på kvinner med brystkreft viser til at kvinner som deltok i avgjørelsen sammen med behandler hadde bedre livskvalitet enn de som ikke deltok, samt hadde bedre sosial og fysisk fungering sosialt i etterkant (Hacka T. et al, 2006, s. 9).

### 2.4.2 Kjennetegn på SDM

SDM kjennetegnes av fire hovedkjennetegn:

1: At avgjørelsen involverer to parter, pasienten og behandleren. 2: Både pasient og behandler deltar aktivt i selve SDM prosessen. En prosess der pasient ønsker å delta i avgjørelsen og behandler arbeider ikke ønsker å delta, eller omvendt, pasient ønsker at avgjørelsen tas av behandler. 3: Informasjonsdeling er en forutsetning for SDM. Uten

informasjon fra behandler vil ikke pasient være i stand til å delta i å ta valg. 4: En avgjørelse om behandling tas og begge parter er enige i valget. Dette vil ikke innebære at begge parter er overbevist om den beste løsningen, men innbefatter en aksept for avgjørelsen som er tatt (Charles et al, 1997, s. 685-688).

SDM blir beskrevet av Elwyn (2016, s. 78-85) som en trestegsmodell, illustrert som følgende:



Figur 1 SDM Three step model (Elwyn, 2016, s. 79)

Teamtalk beskrives som en prosess der pasient er informert om ulike behandlingsalternativ, men det innbefatter også at pasient ikke står alene om avgjørelsen, med mindre det er ønsket fra pasienten selv (Elwyn, 2016, s. 80).

Optiontalk beskrives som viser til at pasient og behandler undersøker mulighetene ytterligere og detaljert. Å gjøre informasjonen tydelig, forståelig og i relevans til pasientens livssituasjon. Det anbefales også å gi pasienten informasjon i deler slik at informasjonen som gis blir forstått (Elwyn, 2016, s. 82).

Decisiontalk viser ikke bare til å ta en avgjørelse, men også muligheter til å utsette en avgjørelse i lys av informasjon som er gitt, verdier og pasientens behov (Elwyn, 2016, s. 84).

#### 2.4.3 SDM og kommunikasjon om risiko



Figur 2: SDM Three step model included risk talk (Edwards et al, 2016, s. 113)

Edwards (et al, 2016, s. 112-122) viser til kommunikasjon om risiko innen SDM. I den grad pasient innen SDM er en aktiv deltaker og avgjørelser knyttet til egen helse, vises det til at

kommunikasjon om risiko er en vesentlig del av SDM. Forskning viser til at pasienter som føler de har bidratt og føler deltakelse i egen behandling også følger har større sjans til å følge behandlingsplan, har bedre effekt av behandling samt er mer fornøyd (Edwards et al, 2016, s. 112. Hacka T. et al, 2006, s. 9). Målet med å inkludere kommunikasjon om risiko innen SDM er å bidra til at pasient blir bedre i stand til å vurdere risiko selv.

En kvalitativ undersøkelse som omhandlet brukernes behov med hensikt å styrke SDM i svensk helsetjeneste viste til resultater som taler for å legge til ytterligere to ledd i tre-steps prosessen (Grim et al, 2016, s 1). I figur 1 starter prosessen med at problemet allerede er definert. Deltakere i Grim (et al., 2016, s. 1) studie viste til et ønske for at informasjon om lidelsen, en forberedelsesfase, ville vært betydningsfullt. Det fremkom videre i studien at ved å legge til denne forberedelsesfasen med informasjon, ville styrke brukeren i forberedelsen av å ta en avgjørelse. De opplevde videre at ved å få informasjon i forkant ga de en indikator på samarbeidet og for mange en forutsetning for å delta aktivt i avgjørelsesprosessen. Studien viste videre til et siste ledd i SDM, oppfølging i etterkant av avgjørelsen. Dette er ikke en del av Elwyns tre-stepsmodell (figur 1). Deltakerne ga uttrykk for behov for å kunne ha muligheter for oppfølging i etterkant av avgjørelsen var tatt. De påpekte at spørsmål kunne dukke opp i dager og uker i etterkant og mulighet for oppfølging i denne fasen ville hjelpe de å lande informasjonen, etterspørre mer informasjon og rydde i uklarheter (Grim et al, 2016, s. 4-7). Videre viser forskning til at for å få en vellykket SDM tilnærming er det avgjørende at behandler kjenner pasient. Å finne ut om pasient er klar for behandling fremmer at pasient er motivert, samarbeider, klarer å formulere sine behov og evne til å stå for avgjørelsen. Det fremkommer at behandlere kan oppleve mangel på blant annet tid som en utfordring for å fremme SDM (Reed, 2013, s. 8).

#### 2.4.4 Forståelse og definisjoner av SDM

SDM kan forstås på to ulike måter. En smal og en bred forståelse. I følge Entwistle (et al, 2012, s. 416-417) innebærer den smale forståelsen en prosess der behandler informerer pasient om ulike alternativer og der det fremheves at behandler ikke skal påvirke pasientens valg. Pasienten skal ta sine valg ut fra informasjon som gis og behandler legger ikke føringer, og slik respekterer pasientens valg. Slik kan pasienten «beskyttes» mot beholders interesser. Denne forståelsen av SDM viser til et grunnlag der pasient forstår informasjonen som gis og klarer å uttrykke sine valg (Entwistle, et al., 2012, 416-417).

Den brede forståelsen av SDM er at en i tillegg til informasjonen som gis vektlegger også behandler-pasient relasjonen. Kommunikasjonen er mer åpen utover informasjonsdelen og slik kan pasients verdier og ønsker også involveres. Dette stiller også mindre krav til pasientens grunnlag for å forstå informasjonen. For at denne prosessen skal lykkes stilles det store krav til kommunikasjonen i behandler-pasient relasjonen, samt kunnskap om pasientens kontekst og beholders kontekst (Entwistle, et al., 2012, 419-420).

#### 2.4.5 SDM og helsekompetanse

Felles for begge forståelser av SDM er pasientens evne til å ta imot informasjon og prosessere den. I dette avsnittet ønsker jeg å introdusere begrepet «Health literacy» (Nutbeam, 2000, s. 259). Dette begrepet er nytt innen helsekompetanse. Helse og omsorgsdepartementet (2019, s. 5) definerer helsekompetanse som følgende:

«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.»

Utdanning har vært avgjørende innen sykdomsforebygging og helsefremming siste århundre (Nutbeam, 2006, s. 259-260). Eksempler på dette er kampanjer knyttet til hygieniske tiltak for å unngå sykdommer, kampanjer for å informere befolkningen om skader av tobakk, alkohol, alkohol i svangerskap med mer. Nutbeam (2000, s. 263-264) viser til tre ulike nivå innen helsekompetanse. Nivå en er funksjonell helsekompetanse, basiskompetansen, det å kunne lese og skrive for å fungere i dagliglivet. Helsekompetanse tilknyttet dette nivået er knyttet til generell informasjon om helse og hvordan benytte seg av helsetjenesten. Nivå 2, interaktiv helsekompetanse viser til helseutdanningen de siste 20 år. Målet er å øke kompetansen slik at individet klarer å handle selvstendig med bakgrunnen i kunnskap. Nivå 3 er kritisk helsekompetanse, der målet er å øke kompetansen for individer og befolkningen for å kunne handle ut fra økonomiske, sosiale eller miljøfaktorer.

### 3.0 Metode

I dette kapittelet ønsker jeg å redegjøre for metodiske overveielser som er gjort i denne undersøkelsen. Det vil si valg av design, utvalg og rekruttering, datainnsamlingsmetode og gjennomføring av intervju, dataanalyse og etiske hensyn.

### 3.1 Valg av design

Forskningsspørsmålet mitt åpner opp for å utforske fenomenet behandleres erfaringer, synspunkter og vurderinger ved valg av behandlingsmetoder ved sosial fobi lidelser. Derfor har jeg valgt å anvende kvalitativ metodologi, nærmere bestemt en hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming.

Målet med kvalitativ forskning er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomen slik de involverte opplever det i sine naturlige situasjoner (Malterud, 2017, s. 36). I en hermeneutisk tilnærming fortolkes det kontekstuelle og historiske i en opplevelse og fører til videre utvikling av opplevelsen i en historisk og sosial kontekst (Laverly, 2003, s. 27). I fenomenologisk tilnærming studeres fenomener slik det fremstår for oss subjekter, i vår livsverden (Laverly, 2003, s. 22). Ifølge Malterud (2013, s.39) er «*tolkning er en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen*». Laverly (2003, s. 24) viser til at forforståelsen ikke er noe en kan tilsidesette, men noe som uansett er med oss i verden. For å utforske hvordan et fenomen oppleves for subjektet trengs det en som hører, ny forståelse oppstår i dialog med andre (Binder et al, 2012, s. 107). En forsker bør etterstrebe å frigjøre seg for egen forforståelse og tolkning, samtidig som en må erkjenne at dette ikke er mulig i sin helhet. En forsker må derfor anses som en aktiv deltaker. Forforståelsen er historien, erfaringer og kunnskap forsker tar med seg i prosjektet. Det kan være fordeler med tanke på at en har særlig interesse for fagfeltet og ulemper ved at en går inn i prosjektet med begrensninger (Malterud, 2017, s. 19, 44-45). Gjennom undersøkelsen har jeg hatt med meg egen forforståelse gjennom hele prosessen ved valg av tema, intervjusituasjonen og hvordan jeg forholder meg til og tolker det transkriberte materialet (Binder et al, 2012, s. 107). Jeg måtte gjennom prosessen ha en reflektiv tilnærming til hvordan jeg, som aktiv deltaker, kunne påvirke denne studien.

### 3.2 Utvalg og rekruttering

Jeg har benyttet meg av et strategisk utvalg, altså intervju informanter som innehar informasjon knyttet til forskningsspørsmålet mitt (Polit og Beck, 2021, s. 499).

Jeg har benyttet meg av følgende inklusjons og eksklusjonskriterier:

- 1) Primærbehandlere på allmenn poliklinikk som utreder og har kompetanse på ansikt til ansikt behandling av pasienter med sosial fobi samt kan sekundærhenvise til eMeistring og B4DT. Behandlerne med helse og sosialfaglig bakgrunn må ha fullført videreutdanning i kognitiv terapi.

2) Primærbehandler helse og sosialfaglig utdannelse og kliniske psykologer som arbeider/har arbeidet som terapeut innen eMeistring eller B4DT. Deres synspunkter er interessant med tanke på hva de vektla ved behandlingsbehov ut fra inngående kunnskap om behandlingsformatene.

3) Minimum to års erfaring som behandlere, fordi de antas å ha tilstrekkelig erfaring i utredning av sosial fobi og behandlingserfaring.

Eksklusjonskriterier:

1) behandlere med under to års erfaring.

2)Behandlere med helse og sosialfaglig bakgrunn som ikke har fullført videreutdanning innen kognitiv terapi er ekskludert fra studien da de ikke har formell kompetanse på kognitiv terapi.

Jeg startet med å rekruttere informanter ved hjelp fra seksjonsleder på allmenn poliklinikk ved tre ulike DPS i Helse Vest. Jeg hadde ønske om at alle kandidater skulle delta i prosjektet frivillig. Seksjonsleder sendt eposten med informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2) videre til aktuelle kandidater. Jeg sendte epost til tre ulike allmenne poliklinikker i Helse Vest med informasjonsskriv om prosjektet. Informasjonsskrivet inneholdt tema og nødvendig informasjon om personvern, frivillighet og informantenes rettigheter. En utfordring ved å kontakte seksjonsleder direkte var at leder kunne påvirke kandidatene. En vurdering som ble gjort i forkant var at det også kunne være hensiktsmessig at leder var informert ved gjennomføring av intervju.

Tre av informantene tok direkte kontakt med meg. Jeg ga de muligheter for å kontakte meg per mail eller telefon og de ønsket å ha kontakt med meg per mail. Da jeg var i behov for flere informanter valgte jeg å spørre om informantene kjente andre aktuelle kandidater. Dette kalles tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017, s. 59) eller snøballmetoden. Fordelen med denne metoden er at det er kostnadseffektivt, samt at tidligere informanter som rekrutterer videre er kjent med intervjuer og nye informanter kan opprette raskere tillit til intervjuer. Videre er det en måte å nå frem til utvalget forsker ønsker å snakke med. Ulempen er at det kan føre til at utvalget består av et lite nettverk (Polit, 2021, s. 498-499). Jeg var bevisst på fordeler og ulemper gjennom denne prosessen av rekruttering av informanter at dette ville kunne gjenspeile seg i datasettet som ble innhentet. Fordelen var at jeg fikk innhentet tilstrekkelig informanter samt at de var i målgruppen. Da dette gjaldt halvparten av



informantene er jeg åpen for at det kan ha påvirket datasettet. På andre siden ønsket jeg i undersøkelsen å vite mer om den enkeltes opplevelser, synspunkter og vurderinger.

Jeg har intervjuet seks kandidater fra tre ulike allmenne poliklinikker. Utvalget besto av fire kvinner og to menn, i alder 30-45 år. Fire psykologer, derav to psykologspesialister, to psykologer uten fullført spesialisering og to behandlere med høyskoleutdannelse.

Kandidatene har mellom tre til ti års erfaring som behandlere. De høyskoleutdannede hadde fullført videreutdanning i kognitiv terapi og hadde mellom fem til syv års erfaring i etterkant av videreutdanningen. Alle kandidater jobbet som primærbehandlere på Allmenn DPS. To av kandidatene var i tillegg behandlere innen eMeistring og B4DT.

### 3.3 Datainnsamlingsmetode og gjennomføring av intervju

Jeg benyttet meg av individuelle semi-strukturerte intervju som metode til datainnsamling.

Dette er en hensiktsmessig måte å innhente data om informanters erfaringer om et gitt fenomen, men det fordrer at intervjuer tilrettelegger godt for at informanten kan føle seg trygg i en en-til-en situasjon (Malterud, 2013, s. 133). Jeg utviklet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 1) som grunnlag for intervjuene (Kvale og Brinkman, 2009, s.47).

Begrunnelsen for at valget falt på en semi-strukturert struktur var at det ville tilføre åpenheten som intervjuet drar fordeler av, samtidig som strukturen kan holde noen temaer i fokus (Polit & Beck, 2021, s. 514). Eksempel på spørsmål var *kan du fortelle om dine erfaringer med å behandle sosial fobi?, hvordan erfarer du å tilby pasienter ulike former for CBT-behandling?, Kan du fortelle om en situasjon der du vurderte det nyttig/hensiktsmessig å stole på dine faglige vurderinger i valg av behandlingsform? Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde det mindre hensiktsmessig å stole på dine faglige vurderinger?* Jeg ønsket å ha en intervjuguide som jeg kunne bruke på en fleksibel måte underveis i intervjuet.

Intervjuguiden ble utviklet i samråd med veileder. Spørsmålene var bygget rundt temaer jeg ønsket å snakke rundt i tråd med forskningsspørsmålet mitt. Jeg ønsket å stille korte, åpne og enkle spørsmål. Jeg ville unngå at intervjusituasjonen fremstod som et forhør og ville aktivt bruke taushet der det oppleves som hensiktsmessig (Kvale og Brinkman, 2009, s. 147-149).

I følge Polit & Beck (2021, s. 520) er tillit viktig for gjennomføring av intervju. Forsker kan trygge kandidater ved å gi tilstrekkelig informasjon, være bevisst kroppsspråk og holdning, samt være en god lytter. Jeg gjennomførte seks intervju på mellom 60 og 90 minutters lengde. Informantene ble spurt om hvor de ønsket å gjennomføre intervjuene samt at jeg tilbydde meg å reise dit de oppholdt seg, både for å informere og å intervju. Fire av

intervjuene ble avholdt på informants kontor på deres arbeidssted etter deres valg. To ble avholdt digitalt, også etter deres valg. I starten av hvert intervju gjennomgikk jeg informasjon i tråd med informasjonsskrivet for å sikre meg at informantene var tilstrekkelig informert til å samtykke. Alle informantene signerte samtykke i forkant av intervju.

Alle intervju ble tatt opp på lydband. Informantene ble informert om dette i forkant av intervju og samtykket. Malterud (2017, s. 73) beskriver at lydopptak er velegnet verktøy for dette formålet. En svakhet er at opptaket ikke får med intervjuets nonverbale kommunikasjon. Underveis i intervjuene tok jeg noen notater, særlig i de to første. Jeg var bevisst på at notatene jeg skrev ned ikke skulle påvirke fokuset på intervjusituasjonen (Malterud, 2017, s. 74). I de to første intervjuene var jeg tro mot intervjuguiden og leste opp alle spørsmål. Etter hvert som jeg ble mer fortrolig med intervjuguiden og intervjusituasjonen valgte jeg å ha med intervjuguiden for å holde fokus i samtalen, men benyttet meg i mindre grad av den for å få enda mer fokus på intervjusituasjonen. Intervjuguiden ble brukt bevisst i alle intervju for å holde tråden i tema.

### 3.4 Analyse

Lydfilene ble anonymisert og transkribert til tekst. Jeg utførte transkripsjonsprosessen selv. Dette ga meg fordeler ved at jeg fikk gjennomgått datasettet, samt at jeg fikk høre intervjuet igjen og prosessere hva informantene faktisk sa i intervjuene. Jeg valgte å transkribere med mål om å best mulig få frem hva informanten ville fortelle, men så ordrett som mulig. Det som ikke ble tatt med var blant annet ord som kunne medføre at informanter ble gjenkjent grunnet dialekt. Dette medfører at transkripsjonsprosessen også kan medføre at forsker kan påvirke teksten (Malterud, 2017, s. 78-82).

Deretter analyserte jeg intervjuene etter Malteruds (2012 s.795-805) systematiske tekstkondensering (heretter kalt STC). Begrunnelse for valg av STC er fordi denne analysemetoden vurderte jeg som best for å få frem hva primærbehandler vektlegger i hva de tilbyr innen CBT behandling for sosial fobi. Denne fremgangsmåten krever ikke lang opplæring, samtidig som den detaljert viser til fremgangsmåten i fire trinn. Denne transparensten kan bidra til validiteten på studien (Malterud, 2012, s. 795-805).

1: Få et helhetsinntrykk over materialet. I dette trinnet påpeker Malterud (2017, s. 99) viktigheten av å tilsidesette forforståelse og teoretisk referanseramme for å best mulig sikre at informantenes erfaringer og synspunkt kommer frem. I dette trinnet laget jeg noen midlertidige temaer. Analysen begynte for meg under transkriberingen og i etterkant ved at

jeg leste gjennom materialet, lot det synke inn i trinn 1. Jeg hadde ikke bestemt meg for teoretisk referanseramme i denne delen av prosessen og bevisst ikke lest om det.

2: Å organisere delen av materialet som skal videreføres og kan belyse problemstillingen. Jeg skal finne meningsbærende enheter innenfor de midlertidige temaene fra trinn en. Etter å ha funnet de meningsbærende enhetene skal de kodes. Kodene skal justeres og utvikles etter de midlertidige temaene (Malterud, 2017, s. 100-105). I trinn 2 hentet jeg ut meningsbærende enheter. Jeg hadde i dette trinnet seks midlertidige temaer. De var som følgende: Informert valg, pasientens valg er motivasjon, kunnskap, ekspertrollen, tid og rammer. Jeg forsøkte i trinn en og to å ha en åpen prosess

3: Å sammenfatte de meningsbærende enhetene som er kodet sammen fra andre trinn. Her skal jeg videre sortere kodene til subgrupper. Den enkelte subgruppen er videre analyseenhet (Malterud, 2017, s. 105-108) . I trinn 3 møtte jeg utfordringer. Jeg opplevde at når jeg sorterte kodegruppene fremstod de uryddige og kaotiske. Jeg var usikker på hva som ble formidlet av informantene og hvordan jeg skulle tolke det. Jeg var lenge i denne delen av prosessen. Etter hvert gikk jeg inn i en induktiv prosess for å komme videre i analysen på en ryddig og tydelig måte. En induktiv prosess innebærer at *“trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne”* (Malterud, 2017, s. 27). For å sikre at analysen ble gjort systematisk begynte jeg å lese ulike teorier og empiri for å få bredde. Det ga meg noe retning. Jeg endte til slutt opp med følgende kategorier: 1) Å forberede pasienten på å møte angsten 2) å være veiviser, 3) redsel for at pasienten unngår det vanskelige, og 4) pasientens eget valg er utslagsgivende. For å kunne nyansere fenomenet har jeg i denne prosessen fått hjelp av veileder og en annen person. Malterud (2017, s. 106) anbefaler også et slikt samarbeid.

Eksempel fra trinn 3:

<b>Kategori:</b>	<b>Gullsitat:</b>	<b>Kondensat:</b>
Å forberede pasienten på å møte angsten	<i>«Og da ligger det litt i det å både fortelle de om intensiteten i behandlingen, lidelsen og forpliktelsen og da ligger det litt i det å fortelle hvor tøft det kan være å gå gjennom behandlingen og også hvorfor jeg tror den er virksom.»</i>	Jeg vil fortelle de hvorfor jeg tenker behandlingen vil hjelpe. Da må jeg også fortelle om hvor tøft det vil være å gå gjennom behandlingen og at de må forplikte seg.

4: Lage en analytisk tekst av hver kodegruppe. Ved å sammenfatte og gjenfortelle, i tråd med informantenes stemme og som kan gi mening for leseren, samtidig sikre informantenes anonymitet. Hver subgruppe får et eget avsnitt og den analytiske teksten er representasjonen av resultatene. Hver kodegruppe skal deretter ha egen overskrift. Trinnene kan benyttes over flere ganger, fra transkribering og videre i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 108-112). I trinn fire laget jeg en analytisk tekst der jeg presenterer det informantene har formidlet gjennom intervjuene. Her har hver kategori fått navn og jeg har forsøkt å få frem det informantene formidlet samt det uventede og kritiske opp mot utgangspunktet for studien, problemstillingen og empirien.

#### 4.0 Presentasjon av resultat

Av datanalysen fremkom følgende fire hovedfunn: 1) **Å forberede pasienten på å møte angsten** 2) **å være veiviser**, 3) **redsel for at pasienten unngår det vanskelige**, og 4) **pasientens eget valg er utslagsgivende**.

##### 4.1 Å forberede pasienten på å møte angsten

Alle informantene fortalte at de vektla å informere pasienten og særlig om forklaringen til hvorfor eksponering var viktig i behandlingen. Informantene fortalte at dette var noe de gjorde i forkant av at behandlingsformatene ble presentert. Det kom frem at det var viktig for dem å bane vei for at pasienten klarte å forholde seg til angstsymptomene som eksponeringen kunne medføre. De begrunnet det med at de opplevde pasienten bedre i stand til å ta imot og stå i behandlingen som ble tilbudt.

*«Og da ligger det litt i det å både fortelle de om intensiteten i behandlingen, lidelsen og forpliktelsen og da ligger det litt i det å fortelle hvor tøft det kan være å gå gjennom behandlingen og også hvorfor jeg tror den er virksom.» (Informant 4)*

Samtidig la informantene vekt på at de opplevde at selv om pasient oppsøkte hjelp var de noen ganger tvilende til hvor klar pasienten var for behandling. Informantene fortalte at de la frem informasjon om hvor tøff eksponeringen kunne oppleves for å avklare hvor villig pasienten var til å få behandlingen. Dette begrunnet noen av informantene med at de ønsket å gi "hjelp som hjelper" (informant 1).

*“Og så er det å finne ut om de er villig til å gjøre noe med dette. Er det villig til å eksponere seg og trene på de situasjonene og....skal jeg si en ting til må det være en behandling som de selv må tro på og har lyst til å gjennomføre. At vi må være enige med pasienten og at de har lyst å gjøre det nå.” (Informant 1)*

*“Det er fordi sosial angst innebærer frykt for å være i sosiale situasjoner og eksponeringsterapi er å utfordre fryktene sine og det angsten vil En skal jo bryte med*

*unnvikelsesstrategiene sine. Så det er ofte, vi ber de egentlig om å gjøre det de har minst lyst til. Så kan en vurdere for klar de er for det.” (Informant 2).*

Dersom de ikke forberedte pasient tilstrekkelig og pasient ikke var klar la de vekt på bekymringen for at pasient skulle bebreide seg selv eller oppleve et nederlag.

*“Ulempen med det er at pasienten selv går på et slags nederlag, det er noe feil med meg, det er noe feil med meg. Men så er det heller det at det var ikke god nok avklaring, at pasienten ikke visste hva det innebar, og da tar det både mer tid og mer energi og mer jobb for pasienten for å komme seg dit der pasienten egentlig ville og et slags nederlag”*

(informant 3)

Noen av informantene ga uttrykk for at de bebreidet seg selv når pasient opplevde nederlag i behandlingen. Denne bekymringen la de vekt på, da de i etterkant fortalte at det var viktig for de å flytte fokus fra at pasienten bebreidet seg selv til at pasienten ikke fikk riktig behandling, at de ikke forberedte pasienten godt nok. De fortalte om et behov for å fremme videre håp for pasienten. De bekymret seg også videre for at motivasjon og derav effekt i fremtidig behandling kunne synke.

#### 4.2 Å fungere som veiviser

Informantene var i stor grad opptatt av å gi pasienter ulike valgalternativer når de skulle tilby pasienter ulike behandlingsformat og at pasientene selv skulle ta valget. Imidlertid, samtidig som informantene vektla å tilby pasient ulike format forteller de at de var direkte og indirekte styrende i måten de fremla informasjonen. Noen fortalte de var åpne om sine vurderinger sammen med pasient, andre mer indirekte i måten de fremla informasjonen på. De begrunnet dette med at de hadde ønske om at pasient valgte det de vurderte var den beste behandlingen. Informantene fortalte videre var de ønsket at pasienten skulle få det bedre.

*«Da pleier jeg å vektlegge firedagersbehandling og anbefale det først. Og det handler mye om hva jeg tenker er det mest effektive, men jeg informerer også om at vi har eMeistring for sosial angst» (Informant 2).*

*«Hvis jeg kan tilby den beste medisinen, hvorfor skal jeg tilby en dårligere medisin, når det finnes noe bedre.» (Informant 4)*

*«Jeg overprøver ikke folk, men på en annen måte ja, kanskje litt sånn indirekte. Jeg sier aldri du skal sånn, men det er på en måte i informasjonen jeg gir de. Slik jeg ser hva de trenger. Men jeg sier aldri du skal. De skal føle at de har valgt selv»*

(Informant 6)

Informantene utdypet ulikt hvorfor de opplevde B4DT og eMeistring var den beste behandlingen. Alle informantene ga uttrykk for nettopp det å tilby pasient B4DT eller

eMeistring var ensbetydende å hjelpe pasient å holde fokus i behandlingen. Dersom de skulle tilby pasienten ansikt til ansikt behandling kunne det “flyte” ut i en travel arbeidshverdag medførende til at pasienten fikk lite fokusert behandling.

*“Jeg bruker ikke å behandle så mye i ordinære poliklinikk, ansikt til ansikt, fordi jeg tror det at dersom en skal jobbe med sosial angst og holde det til det, så er det mye bedre format å gjøre det i firedagers eller eMeistring og holde det til det. Det er mye lettere at det vil flyte mer ut i ordinær poliklinikk. Jeg tror det at, det er mange som har sosial angst og mange andre ting, men å holde seg til en ting om gangen for at det ikke skal være for utflytende...for hjelp til pasienten med å holde fokuset på en ting om gangen. Da mener jeg at det er hensiktsmessig å gjøre det i en av de formatene, for det hjelper pasienten å holde fokuset i en bestemt...hva skal man si...bestemt behandling”* (Informant 4)

Tid som utfordring ble av informantene bare fremhevet ved ansikt-til ansikt behandling. For flere av informantene var dette ensbetydende med høyere tidsbruk enn ved annen behandling og de ga uttrykk for å gi pasienter individualterapi var særlig ressurskrevende. Når de skulle utdype dette fortalte de at dersom pasient ble tilbudt ansikt-til ansikt behandling, kunne det gå lang tid mellom hver time, samt at de ikke klarte å gi en strukturert behandling. De fortalte også om andre utfordringer som eksempelvis avstand til eksponeringsarenaer som kjøpesenter, butikker og lignende. Det fremkom via dette at for flertallet av informantene var ikke individualterapi et reelt behandlingstilbud, med mindre det var det av andre årsaker hos pasient. Der ble “*evnenivå og andre tilstander som gjør det utfordrende å være i gruppe*» (Informant 2) vektlagt.

Informantene var også opptatt av å tilby pasient behandlingsformat der også pasient fikk anledning til å fokusere på behandlingen. Eksempelvis fortalte de hvordan de tematiserte med pasienter hvordan behandlingen kunne legges til rette for behandling i pasientens hverdagsliv, slik to informanter sa:

*«Og så er det litt det å rigge hverdagen sånn at en har tid til behandling og at det er noe, hvordan kan du legge til rette for å klare behandlingen. Jeg sier noe om at forløpet har en start og en avslutning. En ting er timene de kommer her, men det er ikke her endringene skjer. Det er jobben en gjør mellom timene».* (Informant 6).

*“Jeg har benyttet meg mer av firedagersbehandlingen. Fordi at...jeg vet ikke, jeg har tro på det. Jeg har tro på det med at det er så praktisk ved at det er på fire dager liksom. Det er praktisk og så er det så målrettet og sånt. Man går rett til problemet uten at det drar ut i tid sant. Så det er en ting jeg tenker på, at det er mindre sannsynlighet for frafall hvis du kun, på en måte, har en gang du skal organisere deg, og ikke ti ganger du skal ta deg fri fra jobb. Du tar deg fri fra jobb en gang ”*  
(Informant 1)

Gjennomgående også i dette funnet var frykten for at pasienten ikke skulle klare å stå i behandlingen dermed ønsket de å tilby pasienten den “*beste medisinen*” som også ble vurdert praktisk for informantene og pasienten.

#### 4.3 Redsel for at pasienten unngår det vanskelige

Redselen for at pasient tok valg ut fra unnvikelse var et tema alle informantene snakket mye om. De understreket av det var viktig å avdekke dette. De fortalte at dette var utfordrende grunnet de hadde stor tro på det motsatte, nettopp å “*bryte med unnvikelsesstrategiene sine*» og «*ta utfordringen og hopp i det*», kunne hjelpe pasient å bearbeide og jobbe seg ut av angsten. Når pasient valgte eMeistring forteller alle informantene at de ofte mistenkte unnvikelse.

*“Men jeg har tenkt at hvis en person er sosialt engstelig, så hadde de kanskje valgt denne eMeistring for fordi at hvis du bare hører om den, så høres det ut som du skal bare sitte på dataen, at det ikke er like krevende som det andre.” (Informant 1).*

*“Og så er dette noe kanskje... litt min egen antakelse, spesielt når det kommer til sosial angst, så det er mange som kanskje, på sett og vis, lettere å velge eMeistring fordi det på sett og vis ikke er i gruppeformat, men som kanskje for noen kan bli mer en hvilepute fordi det er hakket mindre forpliktende enn firedagers og hakket mindre forpliktende intenst.” (Informant 5)*

Flere informanter beskrev hvordan de forsøkte å snakke med pasienter om unngåelsesmønster. De valgte å uttrykke sine refleksjoner og vurderinger eksplisitt, for å belyse situasjonen og være i dialog med pasient.

*“Det er noen som for eksempel ha eMeistring for det høres tryggast ut. Og da kan jeg snakke med de om at det kan de gå for, men jeg er usikker på hvilken effekt det vil ha. Hva tenker du vil hjelpe, hva tenker de selv, vil de klare å gjøre dette på egenhand?” (Informant 6)*

I materialet ble dette gjennomgående tematisert av informantene. Noen viste til at de ikke hadde tillit til pasientens at pasienten skulle klare å gjennomføre eksponeringen uten at terapeuten deltok. Videre fremkom det også skepsis til eMeistring og pasientens lidelsestrykk, slik to informanter sa:

*“Det kan hende jeg deevaluerer eMeistring litt. Jeg er skeptisk til effekten...Og så har jeg en bias holdning om at hvis de klarer å nyttiggjøre seg eMeistring, så er de ikke syke nok til å være på DPS. For de skal være ganske funksjonsfriske for å klare å nyttiggjøre seg eMeistring. At det ikke er samme kriterier til alvorlighetsgrad.” (Informant 3)*

*“men jeg tror at hvis en skal drive med internettbehandling, da tror jeg det krever mye motivasjon og selvdisciplin og vilje” (Informant 1)*

#### 4.4 Pasientens eget valg er utslagsgivende

I materialet fortalte informantene om opplevelser knyttet til erfaringer der de hadde mange tanker og vurderinger rundt når de tolket at pasienten tok valg motivert av unngåelse av det vanskelige i behandlingen. Imidlertid fortalte de også om opplevelser der dette ble motbevist av pasientens fremgang. Slike erfaringer førte til at informantene betvilte sine egne faglige vurderinger når pasient skulle velge behandlingsformat.

*“Man får det smelt i trynet at faglige vurderinger ikke har så mye å si, hvis man har for eksempel i eMeistring. Man første møte, tenker en, nja kommer dette til å fungere greit? Men så er pasienten kjempemotivert, så en går i gang likevel, og så går det kjempebra” (Informant 2)*

Innen dette temaet fortalte informantene at de opplevde i stor grad at de tolket pasientens valg som motivasjon. De opplevde at når pasient fortalte om sine ønsker tolket de det som at pasient var tydelig på hvordan de ønsket å gjennomføre behandlingen. Motivasjon ble av informantene ansett som en viktig faktor for vellykket behandling og verdsatt høyt, medførende til at dette ble sterkt vektlagt, som førte til at de la i stor grad sine tanker og vurderinger til side dersom pasient tok et valg også når deres faglige vurderinger ikke ble tilbakevist.

*“Det viktigste er pasientens eget ønske og motivasjon. Og hvis en pasient sier, jeg vil i eMeistring og ikke firedagers, ja da sier jeg, da gjør vi det slik... og jeg har mange ganger hatt mine forutantagelser om hvordan det vil gå i det ene eller det andre og så har det gått overraskende bra eller dårlig...” (Informant 5).*

#### 5.0 Diskusjon

I denne studien er formålet å utforske primærbehandlere på DPS sine erfaringer og hva som vektlegges når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling.

Forskningsspørsmålet var som følgende:

*Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?*

I dette kapittelet skal jeg drøfte mine funn opp mot teori og forskning presentert tidligere i oppgaven. Formålet med oppgaven er å få frem primærbehandleres erfaringer med hva de vektlegger når de tilbyr ulike CBT behandlingsformat for pasienter med sosial fobi. Mitt teoretiske grunnlag i denne oppgaven er teorier knyttet til SDM for å fremme brukermedvirkning og helsekompetanse.



## 5.1 Drøfting av funn

### 5.1.1 Drøfting av informantenes utførelse av samvalg

Slik jeg tolker informantenes utsagn i materialet fremstår det at de forholdt seg i stor grad til den smale forståelsen av SDM. Det innebærer at pasient skal ta valget ut fra informasjonen som gis og at informantene i liten grad skulle legge føringer på pasientens beslutning (Entwistle, et al., 2012, 416-417). Samtidig frem kom det i materialet at informantene i informasjonsutvekslingen og presentasjon av behandlingsformatene tilførte mange element som jeg tolker er for å lede pasient. Det fremkom i et funn at informantene i stor grad benyttet seg av informasjon om eksponering for å vurdere om pasient var klar for behandling. De var også aktive, direkte og indirekte i å lede pasient i et valg de mente var *“den beste medisinen”*. Jeg tolker det som at informantene opplever det utfordrende å ha tillit til pasientens evne til å ta valg og dersom pasient ikke tok valg i lys av utsagn som *«ta utfordringen og hopp i det»*, tolket de pasientens valg som unnvikelse. Videre tolker jeg det som at dette var gjort i beste mening. Informantene hadde ønske om at pasientene skulle velge *“den beste medisinen”* for å klare å stå i behandlingen. Den indirekte og ledende holdningen informantene fortalte om er i samsvar med funnene i Farrellys (et al., 2015, s. 452-454) kvalitative studie der behandlerne selv opplevde de benyttet seg av SDM men at det kunne forekomme at de indirekte og ubevisst styrte utførelsen av behandlingsplaner. I denne studien fremkom det at behandlerne uttrykte bekymringer for at brukerne skulle ta valg som ikke ble vurdert til deres beste (Farrelly et al., 2015, s. 452-454). Simmons (2013, s. 13) viser også til i sin kvalitative undersøkelse av behandleres erfaring med SDM at de opplevde at pasienten skulle ta valget og at dette var nødvendig for å engasjere pasient. Imidlertid viser Stiggelbout (et al., 2012, s. 1) til funn som indikerer at pasienter tar mer konservative valg enn behandlerne. Hacka (et al, 2006, s. 9) viser til funn i sin forskning innen en langtidsstudie på kvinner med brystkreft at kvinner som deltok i avgjørelsen sammen med behandler hadde bedre livskvalitet enn de som ikke deltok, samt hadde bedre sosial og fysisk fungering sosialt i etterkant (Hacka T. et al, 2006, s. 9).

Dette kan tyde på et gap mellom hvordan informantene opplever SDM og hvordan pasientene opplever SDM. Drivenes (et al., 2019, s. 1045-1047) viste til i sin tverrsnittstudie at behandleres holdning til SDM også påvirket pasientens opplevelse av SDM. Det ble vist til at det var en gjensidig avhengighet av behandleres og pasienters holdning for SDM. Et premiss for implementering av SDM var at pasient var aktiv og i stand til å ha meninger om hva som var viktig for dem. Videre viste de også til at SDM var et av de strukturelle elementene for å

endre helsetjenestene fra den paternalistiske kulturen til å få pasienten i fokus (Drivenes et.al, 2019, s.1045-1047). Informantenes tilnærming til SDM kan tolkes som at de bærer preg av at de arbeider innen en organisasjon som har vært preget av en paternalistisk kultur. Den paternalistiske modellen viser til at relasjon mellom behandler-pasient kjennetegnes av at pasient mottar informasjon fra behandler om best mulig behandling og hva som er pasientens beste (Emmanuel et al., 1992, s. 2221) og at slik Haug (et al., 1981, s. 212-2013) presenterer at den profesjonelle har monopol på kunnskap og pasienten har tradisjonelt hatt rollen som syk. Dette understøttes også av Slade (2017, s. 150) der den kulturelle utfordringen innen SDM er at den institusjonsbaserte psykiatrien har ført til en kultur der pasienten er sosialisert inn i rollen som pasient og dermed økes den profesjonelles autoritet (Slade, 2017, s. 150).

Mine funn sier noe om hvordan informantene forholder seg til SDM i deres hverdag. Det fremkom at de i stor grad var opptatt av at pasienten skulle få tilstrekkelig informasjon og valgalternativer. Ifølge Charles (et. Al, 1997, s.685-688) er informasjonsdeling er en forutsetning for SDM. Uten informasjon fra behandler vil ikke pasient være i stand til å delta i å ta valg. Dette støttes også av funn i en kvalitativ studie av Karlsson og Linnerud, 2009, s. 207-209) på deltakere i gruppebehandling for sosial fobi, at de opplevde kunnskap om lidelsen og eksponering som nyttig. I materialet fremkommer det ikke om informantene bruker en eller flere timer på å gi pasient informasjon og tilby ulike behandlingsformat. Det gis inntrykk av at for informantene, når diagnosen sosial fobi er satt, at det fremkommer noe mekanisk. De gir informasjon og tilbyr ulike behandlingsformat. De trekker pasient lite frem i materialet. Dette kan også være en svakhet ved intervjuguiden min. En studie utført av Grim (et. al, 2016. S.1) viser at blant pasienter og pårørende at det var ønskelig med en forberedelsesfase før teamtalk i trestegsmodellen av SDM. De opplevde videre at ved å få informasjon i forkant ga de en indikator på samarbeidet og for mange en forutsetning for å delta aktivt i avgjørelsesprosessen.

### 5.1.2 Vurderinger knyttet til risiko for pasient

I den grad pasient innen SDM er en aktiv deltaker og avgjørelser knyttet til egen helse, vises det til at kommunikasjon om risiko er en vesentlig del av SDM. Forskning viser til at pasienter som føler de har bidratt og føler deltakelse i egen behandling også følger har større sjanse til å følge behandlingsplan, har bedre effekt av behandling samt er mer fornøyd (Edwards et al, 2016, s. 112. Hacka T. et al, 2006, s. 9). Målet med å inkludere kommunikasjon om risiko innen SDM er å bidra til at pasient blir bedre i stand til å vurdere risiko selv. Frykt for pasients nederlag i behandling ble trukket frem av informantene i

materialet. Informantene opplevde at de hadde bekymringer for pasienters nederlag samt bekymringer knyttet til at det ikke er «vits i å gi behandling som ikke virker». Det fremkom at i den grad behandlingen ikke fungerte bebreidet noen av informantene seg selv, ved at informanten ikke hadde gitt god nok informasjon til pasienten. Ingen av informantene stilte her spørsmål om pasienten hadde tilstrekkelig forstått informasjonen som ble gitt før behandlingen startet, eller om de forsikret seg om dette. Jeg stiller spørsmål til om selvbekreidelsen utelukkende bør knyttes til at behandler ikke ga tilstrekkelig informasjon eller om den på den andre siden ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientens helsekompetanse. Det fremkommer av forskning at 12% av befolkningen har større utfordringer med dette (Helsedirektoratet, 2021, s. 63). I intervju nevnte ingen av informantene hvordan de sikret seg at pasienter forstod informasjonen som ble gitt. Behandler-pasient relasjonen ble heller ikke fremhevet av informantene. I den brede forståelsen av SDM fremmes det at i tillegg til informasjonen som gis vektlegger også behandler-pasient relasjonen. Kommunikasjonen er mer åpen utover informasjonsdelen og slik kan pasients verdier og ønsker også involveres. Dette stiller også mindre krav til pasientens grunnlag for å forstå informasjonen. For at denne prosessen skal lykkes stilles det store krav til kommunikasjonen i behandler-pasient relasjonen, samt kunnskap om pasientens kontekst og beholders kontekst (Entwistle, et al., 2012, 419-420).

Videre stiller jeg spørsmål om informantene lar pasient ta risiko. I tidligere avsnitt fremkommer det at informantene er ledende ovenfor behandlingsformatene de tilbyr pasient. Slik jeg tolker det kan det å være ledende ovenfor pasient også være et signal på at de ønsker at pasient skal ta det “rette” valget i informantenes beskrivelser.

### 5.1.3 Drøfting om antakelser knyttet til de ulike CBT behandlingsformatene

Videre i materialet trakk informantene tid som et utfordrende aspekt idet de skulle presentere de ulike behandlingsformatene. Særlig individualterapi ble fremhevet som noe som ble utelatt direkte grunnet manglende tid. Utsagn som «*for da har jeg ikke tid til å ha de i langvarig terapi*» tilsier at informantene tolket individualterapi som langvarig behandling. I materialet fremkom det også at dersom pasient valgte individualterapi ble det på forhånd satt grenser for varigheten av det. Dette understøtter tolkningen av at ansikt-til-ansikt behandling vurderes av informantene som langvarig behandling. Studier viser til at det finnes sammenheng mellom hyppighet mellom terapitimer og pasienters utbytte av dem. Ved lengre frekvens mellom terapitimer som for eksempel annenhver uke, i stedet for ukentlig, vil ukentlige terapitimer ha bedre effekt (Reese et al, 2011). Dette støtter tidsaspektet som informantene trekker frem. Det

fremkom i materialet at dersom ansikt-til ansikt behandling skulle tilbys, skulle det være særskilte forhold hos pasient som var utløsende. Det understøttes av tidligere forskning pasienter med såkalt lav fungering og høyt symptomtrykk har lavere effekt av behandling (Haug et al., 2015, s. 77-86). Det vises samtidig til at det er kunnskapshull om sosioøkonomisk status, alder, kjønn, komorbiditet med andre psykiske lidelser kan ha innvirkning på effekten av behandlingen for sosial fobi med CBT (Stangier et al, 2003). Informanten viser her til at pasient vil få behandling og at ved særskilte grunner vil den tilrettelegges. Jeg tolker det som at ved særskilte grunner vil pasient få tilrettelagt behandling i form av ansikt-til-ansiktbehandling og at dette i særskilte tilfeller ikke kan utføres med internettveiledet behandling eller i gruppe. Et annet perspektiv som fremkom i materialet, var informantens rammer i sin hverdag for å hjelpe pasient å holde pasient til å holde fokus i behandlingen. Materialet sier noe om at det å tilby B4DT og eMeistring var til hjelp for å holde fokus på sosial fobi og at det ble beskrevet som *“mye bedre format å gjøre det i firedagers eller eMeistring og holde det til det»*. Jeg har ikke funnet forskning i mitt litteratursøk som understøtter dette. Jeg tolker det at for informantene er dette noe som vektlegges av informantene. Derimot viser Stangier (et. al., 2005, s.28) viser til i en RCT studie blant annet at CBT er en effektiv behandlingsform for psykiske lidelser, inkludert sosial fobi, og at det har en langtidsvirkende effekt. Studien indikerer at individuell behandling har noe bedre effekt enn gruppebehandling, da gruppebehandling uten en-til-en oppfølging.

#### 5.1.4 SDM og informantenes tolkning av motivasjon

I materialet fremkommer det at informantene tolket pasientens valg som motivasjon og at pasient alltid hadde siste ordet. Når pasient tok valget, da særlig om eMeistring fremkom det i materialet en mistillit til at pasient valgte nettopp det grunnet det de tolker unnvikelse.

Informantene gikk ikke inn på hvilke forhold rundt pasient som var bakgrunn for mistilliten foruten at unnvikelse er en del av symptombildet av sosial fobi. Samtidig viser Haug (et al., 2015, s. 86) til funn i sin forskning at pasienter med lav sosial fungering hadde noe høyere effekt av “stepped-care” der en begynner med ansikt-til-ansikt behandling og videre til mer intensive behandlingsformat. Dette viser til at dersom pasient har sterk unnvikelsesadferd og lav sosial fungering, vil ikke det nødvendigvis tolkes til at behandlingen ikke vil fungere.

Jeg tolker materialet at i lys av SDM at pasient tar valget, uansett og behandlere utfører. Det fremstår her også noe mekanisk. Det fremkommer ikke i materialet om informantene benyttet tid, lot pasient ombestemme seg og lignende. Grim (et al, 2016, s. 4-7) belyser dette i sin

studie der det fremkommer at deltakerne ga uttrykk for behov for å kunne ha muligheter for oppfølging i etterkant av avgjørelsen var tatt. Deltakerne viste til at spørsmål kunne dukke opp i dager og uker i etterkant og mulighet for oppfølging i denne fasen hjelpe de å lande informasjonen, etterspørre mer informasjon og rydde i uklårheter. At pasienter får anledning til å ta kontakt i etterkant av avgjørelse. Det fremkom derimot i materialet at informantene hadde opplevd at de hadde vurdert feil og at *“faglige vurderinger ikke har så mye å si”*. En av informantene trakk frem opplevelser at det hadde gått bra, tross forutanelser. Jeg tolker det videre til at slike opplevelser førte til at informantene la vekk egne faglige begrunnelser og aksepterte at de og pasient tok sjansen.

## 5.2 Metodediskusjon

Her ønsker jeg å redegjøre for forskningsetiske hensyn jeg har vurdert i denne studien. Jeg vil beskrive hvordan personvern er ivaretatt, beskrive ulike godkjenninger, beskrive informert samtykke og mine vurderinger rundt konsekvens for deltakelse. Videre gjennomgår jeg studiens gyldighet, overførbarhet og en metodisk refleksjon.

### 5.2.1 Personvern

Kvalitative data stiller strenge krav til informert samtykke. I kvalitative data innhentes menneskers erfaringer og utsagnene deres er sensitiv og personlige (Malterud, 2017, s. 214) Ettersom jeg gjorde lydopptak under datainnsamlingen, var jeg pliktig til å søke og få godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD godkjente mitt prosjekt den 28.10.22 (Ref.nr. 574835) Dette grunnet stemme på lydbånd er en personopplysning, og fordi informantene mine er helsepersonell. Ved å velge ulike allmenn poliklinikk kunne jeg bedre ivareta anonymiteten til informantene i studien. Informantene ble anonymisert med tanke på blant annet alder, kjønn, faglig bakgrunn, arbeidssted og geografi.

Jeg er selv er primærbehandler i allmenn poliklinikk og har nærhet til temaet jeg forsker i min hverdag. Jeg har erfaringer med pasientgruppen som tilbys de ulike behandlingsformatene, samt at jeg har selv erfaring innen å stå i situasjoner der jeg skal presentere de ulike behandlingsformatene. Det vil kunne påvirke studien at jeg har nærhet til temaet, dette i hvordan jeg stiller spørsmål, tolker empirien, teori og resultater. Grunnet min forforståelse vil jeg tolke mine resultat fra empiri og gjennom hele prosessen være bevisst min forforståelse for å unngå å ubevisst se etter noe som kan påvirke resultater. Malterud (2017, s. 216) beskriver at når en forsker på helsepersonell skal en være bevisst på bruk av samme skjønn som en hadde brukt ovenfor pasienter. Informantene betror av sine opplevelser og sin

hverdag og det krever tillit for å åpne seg. På den ene siden må forsker være bevisst ved funn som kan sette informantene i dårlig lys samtidig kan forskning av denne typen praksisendringer, som kan komme pasienten til gode (Malterud, 2017, s. 217)

Jeg tok også kontakt med Regional forskningskomite for medisinsk og helsefaglig etikk (REK) da studiet mitt kunne vurderes som underlagt Helseforskningsloven. Ifølge REK skal all forskning underlagt overnevnte lovverk forhåndgodkjennes (REK.no) Jeg kontaktet de med bakgrunn i dette og de vurderte at jeg ikke var nødvendig med godkjenning fra REK.

Lydopptakene ble lagret på personlig datamaskin som er passordbeskyttet. Lydopptakene er lagret til prosjektet avsluttes og slettes umiddelbart etter dette. De transkriberte intervjuene er lagret på personlig og passordbeskyttet datamaskin. Transkripsjonene vil også slettes ved prosjektets slutt. Datamaskinen oppbevares på et rom som låses når jeg ikke er til stede.

### 5.2.2 Informert samtykke

For deltakelse i et forskningsprosjekt stilles det krav til informert samtykke . Informanten skal kunne få tilstrekkelig med informasjon for å vurdere sin deltakelse og informanten må få innsyn i hvordan materialet i forbindelse med intervju oppbevares. Informanten må til enhver tid ha muligheter for å trekke tilbake sitt samtykke etter eget ønske (Malterud, 2017, s. 214). Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 2) i forkant av intervjuet. Personvern, informantens rett til å være anonym og rett til å trekke samtykke ble tematisert og informant ble grundig informert i forkant av intervju. De signerte samtykkene er oppbevart et låst skap til prosjektet avsluttes. Det er kun jeg som har tilgang til skapet.

### 5.2.3 Konsekvens av å delta i studien

Et prinsipp innen god forskningspraksis er at informantene ikke skal utsettes for unødvendig ubehag og at deres deltakelse skal være av betydning for utvidelse av kunnskap innen forskningens formål (Polit et Beck, 2021, s. 134). Min rolle som forsker er å ivareta informantenes integritet gjennom hele prosessen. Mine vurderinger er at deltakelse i dette prosjektet ikke indikerer at informantene har hatt negative konsekvenser. Jeg har ikke fått reaksjoner og tilbakemeldinger på at spørsmålene ble opplevd krenkende eller sårende.

### 5.2.4 Studiens kvalitet

Validitet viser til å stille spørsmål til studiens gyldighet og relevans (Malterud, 2017, s. 192) Reliabilitet viser til studiens pålitelighet, særlig knyttet til metode (Polit et al, 2021, s. 153). Videre er refleksivitet, som er beskrevet under punkt 3.1 Valg av design. De tre begrepene er

sentrale når en skal vurdere studiens kvalitet. Validitet og reliabilitet er begreper som henger sammen. Der validitet er knyttet til gyldighet og relevans er reliabilitet særlig knyttet til fremgangsmåten. Malterud (2017, s. 192) viser til at et kontinuerlig valideringsarbeid gjennom prosessen er å stille spørsmål til relevans, lærer av erfaringer underveis og er fleksible på design.

Reliabiliteten er ved å være transparent på fremgangsmåten en har kommet frem til studiens resultater. For å sikre validiteten i prosjektet, var veileder aktivt deltakende i formuleringer i intervjuguiden. Jeg gjennomførte ikke et pilotintervju, dette er noe jeg angres på, da det kunne bidra til å eksempelvis omformulere spørsmål. Jeg vil gjerne her rette kritikk til meg selv, da jeg var utrent i intervjusituasjonen og dette kan ha påvirket intervjuene. Etter de to første intervjuene var det behov for evaluering. Informantene delte ulike nyanser av deres opplevelser og jeg opplever at intervjuguiden var tilstrekkelig, men alle spørsmål ikke like relevante. Jeg evaluerte bruken av intervjuguiden etter hvert intervju. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide la jeg opp til en struktur i intervjuene der informantene fikk anledning til å snakke åpent om sine erfaringer. Informantene snakket om tema jeg ikke hadde tenkt over. Jeg var i prosessen bevisst min rolle som forsker. Å finne forskning som støtter mine resultater, samt å finne forskning som motsier mine resultater er med å øke studiens validitet.

Det ble brukt god tid til å finne en teoretisk referanseramme. Malterud (2017, s. 47) beskriver det som *“brillene en har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre”*. Den teoretiske referanserammen var ikke satt på forhånd. Jeg leste bredt, og den teori som er presentert i prosjektet fremkom underveis. Dette beskrives av Malterud (2017, s. 47) som en legitim prosess der det vises til at underveis vil en få en utvidet forståelse av materialet. I prosessen med å finne den teoretiske referanserammen for oppgaven har jeg fått hjelp av veileder. Det vurderer jeg som en styrke i studien.

Jeg har ikke benyttet meg av prosjektlogg i skriftlig form. En prosjektlogg kan være et verktøy for å forstå og videre gjennomgå prosessen i prosjekt (Malterud, 2017, s. 53). Dette hadde jeg hatt nytte av. Jeg har hatt mye av prosjektet i mitt eget hode og forsøkt å sortere ved å snakke med andre om studien, for å sortere og om sammenhengene gir mening.

### 5.2.5 Overførbarhet

Overførbarhet er et begrep som omhandler om resultatene kan være til nytte i andre sammenhenger enn konteksten som forskningen befant seg i (Malterud, 2017, s.66). Mitt

utvalg er et strategisk utvalg. Jeg har i denne studien benyttet meg av en anerkjent metode for å komme frem til resultatene. Studien omhandler primærbehandlere på DPS allmenn og hva de vektlegger ved å tilby pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling. Selv om forskningsspørsmålet mitt omtaler et smalt felt vil jeg anta at noen av resultatene kan overføres til andre behandlere innen psykisk helsevern som tilbyr pasienter ulike former for behandling. At utvalget kommer fra tre ulike DPS i Helse Vest styrker studien, da utvalget er mindre preget av eksempelvis kultur på arbeidsplass..

#### 5.2.6 Metodiske refleksjoner

I denne kvalitative studien har jeg ønsket å utforske primærbehandleres opplevelser og erfaringer, nå de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling. Jeg har selv erfaringer til lignende situasjoner og nærhet til tematikken. Jeg er selv er primærbehandler i allmenn poliklinikk og har nærhet til temaet jeg forsker i min hverdag. Jeg har erfaringer med pasientgruppen som tilbys de ulike behandlingsformatene, samt at jeg har selv erfaring innen å stå i situasjoner der jeg skal presentere de ulike behandlingsformatene. Det vil kunne påvirke studien at jeg har nærhet til temaet, dette i hvordan jeg stiller spørsmål, tolker empirien, teori og resultater. Grunnet min forforståelse har jeg tolket resultat fra teori og empiri og gjennom hele prosessen vært bevisst min forforståelse for å unngå å ubevisst se etter noe som kan påvirke resultater. Malterud (2017, s. 216) beskriver at når en forsker på helsepersonell skal en være bevisst på bruk av samme skjønn som en hadde brukt ovenfor pasienter. Informantene betror av sine opplevelser og sin hverdag og det krever tillit for å åpne seg. På den ene siden må forsker være bevisst ved funn som kan sette informantene i dårlig lys samtidig kan forskning av denne typen praksisendringer, som kan komme pasienten til gode (Malterud, 2017, s. 217). Informantene har også sin forforståelse innen tematikken. Dette gir studien et innblikk i deres erfaringer og kunnskap innen tematikken. Jeg er uerfaren innen analyseprosessen og jeg har hatt store vanskeligheter med å sortere materialet. Det har vært utfordrende å peke ut hva er sentrale funn og hvordan de skal presenteres. Her har jeg fått god hjelp av veileder.

#### 6.0 Oppsummering og konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å få innsikt og utforske hva primærbehandlere på DPS Allmenn vektlegger og erfarer når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike CBT behandlingsformat. Studien har hatt et kvalitativt design. Jeg har gjennomført seks individuelle semi-strukturerte intervju. Analyseverktøy som er benyttet er Malteruds systematiske tekstkondensering.



Forskningsspørsmålet var som følger: *Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?*

For å besvare forskningsspørsmålet vil jeg oppsummere oppgavens fire hovedfunn 1) Å forberede pasienten på å møte angsten 2) å være veiviser, 3) redsel for at pasienten unngår det vanskelige, og 4) pasientens eget valg er utslagsgivende.

Å forberede pasienten på å møte angsten viser til at informantene fortalte at de i stor grad etterstrebet å gi informasjon og tilby ulike behandlingsformat. Informantene vektla å forberede pasient på hvor vanskelig det var å eksponere seg samtidig som de ønsket å sjekke ut om pasienten var klar for behandling. Dette var noe de vektla knyttet til bekymringer om pasienten ville oppleve et nederlag. Når pasienten opplevde nederlag grunnet manglende fremgang i behandlingen, fremkom det at de bebreidet seg selv.

I det andre hovedfunnet, å være veiviser, fremkom det at informantene hadde meninger om hva som var det anbefalte behandlingsformatet. Her vektla også informantene å gi pasient informasjon og valgalternativer, men de var direkte og indirekte ledende i presentasjonen av dem. Informantene vektla her organisering av behandlingsformatet, som i egen og pasientens tidsbruk samt at behandlingsformatet var lagt opp til at pasienten fikk hjelp til å holde fokus på behandlingen.

Redsel for at pasienten unngår det vanskelige handlet om informantenes bekymringer knyttet til om pasienten valgte behandlingsformat grunnet unnvikelse, frykt for å møte angsten. Her vektla informantene dialog med pasienter angående temaet. De uttrykte sin skepsis til eMeistring som behandlingsformat da de vektla terapeutassistert eksponering som styrke i B4DT og ansikt-til ansikt behandling, men dette var ikke et tilbud innen eMeistring.

Pasientens eget valg er utslagsgivende viser til informantene vektla pasientens valg. Dette ble vektlagt fordi pasientens valg ble tolket som motivasjon. Informantene tilsidesatte egne faglige vurderinger.

### 6.1 Teoretiske implikasjoner og videre forskning

Mine finn gir noen teoretiske implikasjoner. Alle behandlere føler at de jobber med SDM, men mine funn viser at de går ikke reelt i prosess med pasient. Mine funn viser til utfordringer i hvordan SDM tolkes og i implementeringen av dette i helsevesenet. Funnene viser til at informantene vektlegger å gi informasjon og behandlingsalternativer til pasient, de vektlegger tid i sin arbeidshverdag og praktiske forhold for pasient, de vektlegger at pasient

får behandling der fokuset holdes på sosial fobi og at pasienten får det siste ordet, da det tolkes som motivasjon. I de vurderingene ligger erfaringer og tanker knyttet til å sjekke ut om pasient er klar for behandlingen, at de ønsker å tilby pasienten behandling de selv har tro på, og at de bebreider seg selv når behandlingen ikke fører frem grunnet at de ikke avklarte pasient tilstrekkelig. Mine funn viser i en viss grad at retningslinjer, organisering av arbeidshverdag og lignende utfordrer utførelsen av SDM. Informantene viser også til en mistillit til pasientens evne og ønske til å ta et selvstendig valg, noe som jeg tolker er grunnet den paternalistiske tradisjonen som har påvirket kulturen innen psykisk helsevern. En implikasjon av mine funn er derfor at teori om SDM i større grad bør ta høyde for disse forholdene.

Disse implikasjonene gir også noen indikasjoner på hvor det er interessant å forske videre. Det er forsket mye på pasienters opplevelse av samvalg. Videre fremkommer det mye forskning på effekter av CBT behandling for sosial fobi. Informasjonsutveksling og samvalg med pasient har vært en rød tråd gjennom denne oppgaven. Det kunne vært interessant å se videre på hva behandlere opplever er samvalg og samvalgsprosesser i pasientbehandlingen. Psykisk helsevern har mange føringer i form av retningslinjer og krav om evidensbasert kunnskap. Å se på samvalgsprosesser opp mot føringene som er aktuelle i psykisk helsevern hadde vært interessant. Hva er førende dersom det oppstår dilemma mellom samvalg som den nye normalen sett opp mot retningslinjer og at samvalg ikke skal være entydig med at pasient skal få etterleve eget ønske? Videre står pasientens helsekompetanse uavklart. Hvordan sikrer behandlere at pasient forstår hva behandling innebærer i samvalgsprosesser?

## 7.0 Referanser

- Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (red.). 2007. Empowerment i teori og praksis. Gyldendal Akademisk.
- Askheim O.P, Christensen K., Fluge S., Guldvik I., User participation in the Norwegian Welfare Context: an Analysis of Policy Discourses *Journal of Social Policy* , Volume 46 , Issue 3 , July 2017 , pp. 583 - 601 DOI: <https://doi.org/10.1017/S0047279416000817>
- Beck, Judith (2013) *Kognitiv adferdsterapi – Grunnlag og perspektiver* Akademisk Forlag
- Binder P.E, Helge Holgersen & Christian Moltu (2012): Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy, *Nordic Psychology*, 64:2, 103-117. <http://dx.doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services - principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x>
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2005) *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses* *Clinical Psychology Review* 26 (2006) s. 17-31 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Clarke J, Newman J, Smith N., Vidler E., Westmarland L., (2007) *Creating citizen consumers: Sage publications*
- Charles, C., Amiram, G., Whelan, T. (1997) Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango) *Socialscience and medicine*, vol. 44, s. 681-692. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Creswell, J.W., & Poth, C.N (2018) *Qualitative inquiry and research design – choosing among five approaches* (4. utgave) Sage publications INC.
- Drivenes, K., Haaland, V. Øksendal, Mesel, T., & Tanum, L. (2019). Practitioners' positive attitudes promote shared decision-making in mental health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1041–1049. <https://doi.org/10.1111/jep.13275>
- Edwards, A, Lyndal. T., (2016) What you need to know as a clinician about risk communication. I Elwyn G., Edwards A., Thompson R. (Red.) *Shared decision making in*

health care: Achieving evidence-based patient choice (3. utgave., side 112-122) Oxford academic <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198723448.001.0001>

Elwyn G., (2016) The three talk model of shared decision making: I Elwyn G., Edwards A., Thompson R. (Red.) Shared decision making in health care: Achieving evidence-based patient choice (3. utgave., side 78-85) Oxford academic <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198723448.001.0001>

Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, *341*(7780), 971–973. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *267*(16), 2221-2226. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038

Engel George L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine *Science* (American Association for the Advancement of Science), Vol.196 (4286), p.129-136 DOI: 10.1126/science.847460

Entwistle, V. A., Cribb, A., & Watt, I. S. (2012), Shared decision-making: enhancing the clinical relevance. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *105*, 416-421. Doi. 10.1258/jrsm.2012.120039

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *19*(2), 448–458. <https://doi.org/10.1111/hex.12368>

FHI (2018) *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser* Folkehelseinstituttet, [Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering - FHI](#)

FHI (2018) *Psykiske helse i Norge* Folkehelseinstituttet [Psykisk helse i Norge - FHI](#)

Grim, K., rosenberg,D., Svedberg, P., Schon, U-K. (2016) Shared decision making in mental health care – A user persepective on decisional needs in community-based services.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11:1, 30563, DOI: 10.3402/qhw.v11.30563

Hacka T., Degner L.F., Watson P., Sinhad L. (2006) Do patients with breastcancer benefit from participation in medical decision making? Longitunal follow-up study of women with breast cancer *Psycho-Oncology* 15: 9–19 (2006) DOI: 10.1002/pon.907

Hanna-Mari Hilden, Lotta Hautamäki & Jyrki Korkeila (2020) *Clinicians' experiences on patients' demands and shared decision making in Finnish specialized mental health care* *Nordic Journal of Psychiatry*, 75:3, 194–200 DOI: 10.1080/08039488.2020.1833983

Harrison S., Dowswill G., Milewa T. (2002) Guest editorial: public and user 'involvement' in the UK National Health Service. *Health and Social Care in the Community* 10(2), 63–66 doi/pdfdirect/10.1046/j.1365-2524.2002.00342.x

Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L-G., Kvale, G., Tangen, T., Andersson, G., Carlbring, P., Heiervang, E.R.(2015) Stepped care versus face to face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: Predictors and moderators of outcome *Behaviour Research and Therapy*, 2015-08, Vol.71, p.76 -89 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.002>

Haug, M. R., Lavin, B (1981) Practitioner or patient – Who`s in charge, *Journal of health and social behavior*, Vol.22 (3), p.212-229 DOI: 10.2307/2136517

Helse og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7, 2019-2020) Hentet fra: [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Helse og omsorgsdepartementet (2015) *Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019* (Meld. St. 11, 2015-2016) Henter fra: [Meld. St. 11 \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Helsedirektoratet (2017). Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 15. desember 2022, lest 22. oktober 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helse og omsorgsdepartementet (2019) Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2021) *Nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse 2023-2033* (Meld. St. 23, 2022-2023) Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Jacobsen, Dag Ingvar (2018) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utgave) Cappelen Damm AS

Karlsson, B. og Linnerud T.S *Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser, pasienters opplevde utbytte*

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 204 – 214, 17 November 2009, <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1504-3010-2009-03->

Kinn, Ekeland, & Byrkjeflot. (2012). *Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm?*  
<http://hdl.handle.net/11250/2481690>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utgave, 1. opplag) Gyldendal Norsk Forlag

Kvale G., Hansen, B. Bjorgvinsson, T., Børtveit, T., Hagen, K., Haseth, S., Kristensen, U.B., Launes, G., Ressler, K.J., Solem, S., Strand, A., van del Hauven, O.A., Ost, L-G. (2018) *Succesfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: The Bergen 4 day treatment* BMC Psychiatry (2018) 18:323 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1887-4>

Kuhn, T.S. (1970) *The structure of scientific revolutions* (2. utgave) The University of Chicago press, Chicago

Laverty, Susann M. (2003) *Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A comparison of Historical and Methodological Considerations* International journal of qualitative methods, 2003-09, Vol.2 (3), p.21-35 [doi/pdf/10.1177/160940690300200303](https://doi.org/10.1177/160940690300200303)

Malterud, Kirsti (2012) *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis* Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40: 795–805  
[doi/pdf/10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)

Malterud, Kirsti (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utgave, 2. opplag) Universitetsforlaget

Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., Havik, O.E. (2018) *The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting* Volume 13, September 2018, Pages 24-29

<https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.05.003>

Norsk senter for forskningsdata (Hentet 01.06.22) *Fylle ut meldeskjema for personopplysning*

[Fylle ut meldeskjema for personopplysninger | NSD](#)

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century (2000) *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259-267,

<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Pierson c., Castles F.G (Red), «The welfare state reader».(2006) Andre utgave: Polity press

Polit & Beck (2021) *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utgave) Wolters Kluwer

Reed, K., & Jaxson, L. (2019). Shared decision making: Exploring the experience of mental health practitioners. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 5–10.

Regionale forskningskomite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (hentet 01.06.22)

*Om å søke REK* [Hjem - Insights \(rekportalen.no\)](#)

Reese, R.J. Toland, M. D., & Hopkins, N. B. (2011). Replicating and extending the goodenough level model of change: Considering session frequency. *Psychotherapy Research*, 21(5), 608-619. doi: 10.1080/10503307.2011.598580

Rønning, Rolf. 2007. «Brukermidvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker?» I *Empowerment i teori og praksis*. Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (red.). Gyldendal Akademisk.

Simmons, M. B., Hetrick, S. E., & Jorm, A. F. (2013). Making decisions about treatment for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study of clinicians' experiences. *BMC Psychiatry*, 13(1), 335–335. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-335>

Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146–153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>

Stangier, U., Heidenrech, T., Peitz. M., Lauterbach, W., Clark, D.M. (2002) *Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment*. Behavior research and therapy, volume 41, issue 9, s. 991-1007 [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)

Statens helsetilsyn (1999) *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (Utredningsserie 4/99) Statens helsetilsyn)

Stiggelbout, A. M. Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T., Frosch D., Legare F., Montori V.M., Trevena L., Elwyn G. (2012) Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare, BMJ 2012;344:e256, p. 1-6. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1136/bmj.e256>

WHO (2000) *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* Gyldendal Norske forlag AS: Oslo

Øvrelid, Bjarne. 2007. «Empowerment er svaret, men hva var spørsmålet?». I Empowerment i teori og praksis. Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (red.). Gyldendal Akademisk.



## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Semi-strukturert intervjuguide

Jeg vil i starten av intervjuet gjennomgå samtykket på nytt for å forsikre at de har forstått hva de deltar i og rette opp i eventuelle misforståelser/spørsmål. Jeg vil da også snakke med informant om taushetsplikt og at de ikke kan gi ut opplysninger som kan føre til at en gjenkjenner enkeltpersoner.

#### **Innledning:**

Hei og velkommen. Takk for at du ønsker å være med å være med som informant i min masterstudie. Jeg er student på Høgskolen på Vestlandet innenfor psykisk helse og rusarbeid. Temaet er **hva behandlere på allmenn poliklinikk vektlegger når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT-behandling.**

Det er frivillig å delta som informant og du kan trekke deg når du ønsker. Du vil bli anonymisert. Intervjuet vil tas opp på lydbånd og deretter transkribert. Lydopptaket og det transkriberte materialet vil lagres trygt etter gjeldende regelverk. Lydopptakene vil slettes med en gang prosjektet er avsluttet.

Intervjuet er forventet å vare i ca. 60 – 90 minutter.

- Hva er fornavnet ditt?
- Hvor jobber du?
- Hva er din faglige bakgrunn?
- Hvilken videreutdanning har du?
- Hvor lenge har du arbeidet som kliniker innen allmenn poliklinikk?
- Kan du fortelle om hvordan du går frem for å avklare behandlingsbehovene til pasientene du møter som har fått diagnosen sosial fobi?
- Husker du et tilfelle? Kan du fortelle mer?
- Kan du fortelle om dine erfaringer i arbeidet med å behandle sosial fobi?
- Hvilke erfaringer har du med å følge helsemyndigheters anbefaling om å tilby enten

eMeistring, B4DT og ansikt til ansikt behandling for pasienter med sosial fobi?

- Kan du si noe om hvilken rolle pasienten har i valg av ulike former for CBT behandling?

- Benytter du deg av en av behandlingsformene mer enn et annet? (Kan du si mer om dette?)
- Kan du si noe om hvordan du vurderer at det ene fungerer bedre enn det andre?

(Kan du fortelle om et tilfelle?)

- Hvordan erfarer du å tilby pasienter flere former for CBT behandling?
- Kan du fortelle om en situasjon der du vurderte det som nyttig/hensiktsmessig å stole på dine faglige vurderinger i valg av behandlingsform?
- Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde det mindre hensiktsmessig å stole på dine faglige vurderinger?
- Kan du si noe mer om hva du tenkte i etterkant av situasjonen?
- Hvordan tror du pasienten kan ha opplevd en behandlingsforløp som var mindre vellykket?
- Hvis du skal trekke ut tre punkter av det vi har snakket om i dag, hva opplever du som viktigst for deg i ditt arbeid med denne pasientgruppen? Hvorfor?
- Er det noen spørsmål du har tenkt på i forkant som vi ikke har snakket om i dag?
- Vil du si noe om hvordan du har opplevd å delta i intervjuet?

## **Vedlegg 2: Samtykkeskjema**

Vil du delta i forskningsprosjektet

**«Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan primærbehandlere vurderer behandlingsbehov og tiltak for behandling av sosial fobi

I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med dette masterprosjektet er å utforske hvordan primærbehandlere vurderer behandlingsbehov og tiltak for behandling av sosial fobi. Med bakgrunn i kunnskapshull om hvilke faktorer hos pasient som kan ha innvirkning på effekt av behandling, pasienters opplevelse av CBT behandling, hvilket behandlingstiltak som gir best effekt og helsepolitiske føringer ønsker jeg med mitt masterprosjekt å bidra til økt kunnskap innen fagfeltet psykisk helsearbeid

Problemstillingen masterprosjektet vil ta for seg:

«Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?»

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Liv Grethe Kinn (veileder) er ansvarlig for prosjektet.

Rebecca Melvær (masterstudent) utfører studien.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Fordi du er ansatt som behandler på allmenn poliklinikk og har erfaring med behandling av sosial fobi og henvisning til andre CBT behandlingsformat.

Fokuset i denne studien er å ta for seg behandleres erfaringer knyttet til hva som vektlegges ved når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling.

Inklusjonskriterier:

1) Primærbehandlere på allmenn poliklinikk som utreder og har kompetanse på ansikt til ansikt behandling av pasienter med sosial fobi samt kan sekundærhenvise til eMeistring og B4DT. Behandlere med helse og sosialfaglig bakgrunn må ha fullført videreutdanning i kognitiv terapi.

2) Primærbehandler helse og sosialfaglig utdanning og kliniske psykologer som arbeider/har arbeidet som terapeut innen eMeistring eller B4DT. Deres synspunkter er interessant med tanke på hva de vektlegger ved behandlingsbehov ut fra inngående kunnskap om behandlingsformatene.

3) Minimum to års erfaring som behandlere, fordi de antas å ha tilstrekkelig erfaring i utredning av sosial fobi og behandlingserfaring.

Eksklusjonskriterier:

1) behandlere med under to års erfaring.

2) Behandlere med helse og sosialfaglig bakgrunn som ikke har fullført videreutdanning innen kognitiv terapi er ekskludert fra studien da de ikke har formell kompetanse på kognitiv terapi.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Som metode for studien vil det bli utført intervju. Under intervjuet vil det bli benyttet taleopptak for

sikker innhenting og analysering av datamaterialet. Lydopptakene vil etter intervjuet bli transkribert og anonymisert, deretter vil lydopptaket bli slettet når prosjektet avsluttet (senest desember 2023). I mellomtiden vil lydopptakene samt datamaterialet bli lagret på passordbeskyttet PC med skylagring hvor det er kun intervjuer som har tilgang. PCen vil oppbevares i et låst rom.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det

vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Gjennom prosjektet vil veileder, Liv Grethe Kinn, samt undertegnede, Rebecca Melvær, ha tilgang.

Som tidligere nevnt vil innholdet (datamaterialet) fra intervjuet bli transkribert. Under denne prosessen vil personopplysninger som navn, alder og annen utleverende informasjon bli anonymisert.

Ved ferdigstilling av prosjektet vil du som deltaker mulig gjenkjenne dine egne svar fra intervjuet i presentert datamateriale. Det skal ikke være mulig å ellers kunne gjenkjenne deltakerne da identifiserbar informasjon vil anonymiseres.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra HVL har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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 vi 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:

Liv Grethe Kinn, [Liv.Grethe.Kinn@hvl.no](mailto:Liv.Grethe.Kinn@hvl.no) eller Rebecca Melvær, [rebeccamelvaer@gmail.com](mailto:rebeccamelvaer@gmail.com).

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](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på  
telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Liv Grethe Kinn

Rebecca Melvær

Forsker/Veileder

Student

---

#### **- Samtykkeerklæring**

*Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel. Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her. Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person. Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.*

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hva vektlegger primærbehandlere på allmenn poliklinikk når de tilbyr pasienter med sosial fobi ulike former for CBT behandling?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til: å delta i intervju med lydopptak.

Signatur av informant/dato

Signatur