

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Opplæring i samvalg til sykepleiere i en master- og videreutdanning

Simone Kienlin

Sykepleier, ph.d.-stipendiat og spesialrådgiver

Universitetssykehuset Nord-Norge, UiT – Norges arktiske universitet og Samvalg Helse Sør-Øst

Amin Amro

Sykepleier og førsteamanuensis

Fakultet for helsefag, Master- og videreutdanning, VID vitenskapelige høyskole

Anne Øverlie

Sykepleier og førstelektor

Fakultet for helsefag, Master- og videreutdanning, VID vitenskapelige høyskole

Jürgen Kasper

Professor

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Beslutningsprosessen

Videreutdanning av sykepleiere

Veiledning

Sykepleien Forskning 2022;17(90284):e-90284

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.90284](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90284)

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i å støtte pasientene til å delta i beslutninger om egen helse, også kalt samvalg. Myndighetenes anbefalinger og oppdatert kunnskap viser at det er nødvendig med samvalg for pasientene, men det er likevel få opplæringsprogrammer, både i og utenfor utdanningssystemet, som kan imøtekomme kompetansebehovet.

Hensikt: Å få innsikt i hvordan sykepleiere i en master- og videreutdanning responderer på et tretimers undervisningsopplegg i samvalgsveiledning, samt hvordan studenter oppfatter at læringen blir påvirket. Vi ønsket også å identifisere mulige barrierer mot og drivere for bruk av samvalg i veiledningen av pasienter.

Metode: Flermetodisk design basert på Kirkspatricks firestegsmodell for evaluering av opplæringstiltak. Vi rapporterer på de første to nivåene – reaksjon og læring – ved hjelp av et spørreskjema for å vurdere hvordan studentene reagerte på og lærte av undervisningen. Kvantitative data ble analysert ved å benytte beskrivende statistikk, mens vi analyserte fritekstspørsmål ved å bruke kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Åttito sykepleiere som tok en master- og/eller videreutdanning i kreftsykepleie og nefrologisk sykepleie, deltok på undervisningen, og 76 samtykket til å delta i studien. Sykepleierne rapporterte at undervisningen var nyttig for klinisk praksis og anbefalte denne til andre. De ønsket også ytterligere ferdighetstrening for å øke kompetansen i samvalg. De trakk frem strukturen «6 steg til samvalg» samt rollespill og øvelser som noe av det nyttigste med undervisningen. Et bredt spekter av barrierer og drivere på tvers av individuelle, organisatoriske og systemnivåer ble rapportert.

Konklusjon: Studien viser at sykepleierne opplevde at undervisningen ga dem relevant kunnskap som de kunne ta i bruk i arbeidshverdagen for å bidra til å utvikle kunnskap om samvalgsprosessen. Ytterligere opplæring er ønskelig og trengs for å øke sykepleierens selvtillit og ferdigheter i å praktisere samvalg.

Introduksjon

Brukermedvirkning betyr at «de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (1). På individnivå trer brukermedvirkning i kraft gjennom en dialog mellom pasienten og helsepersonellet der pasienten har mulighet til å medvirke, herunder delta i valg mellom ulike utrednings- eller behandlingsmetoder (2).

Samvalg har i de senere årene fått økende oppmerksomhet. Både etiske retningslinjer og helsepolitiske føringer gir tydelige signaler om at pasienter skal delta i beslutninger om egen helse (3–5). Samvalg anbefales som metode for å legge til rette for at pasienter i større grad skal involveres i beslutninger om sin egen helse (3, 5).

Egne samvalgsverktøy kan støtte pasienten ved å gi fullstendig, og samtidig forståelig, informasjon om hva som er behandlingsoalternativenes ønskede effekt, samt hvilke og hvor ofte de vil gi bivirkninger og komplikasjoner (6).

En samvalgsveileder, på engelsk kalt *decision coach*, er helsepersonell som er kurset i å støtte pasienter som står overfor en beslutning, slik at de skal kunne ta et informert valg (7). Til tross for en rekke tiltak som er utviklet for å øke omfanget av samvalg, viser forskningen at pasienter likevel ikke blir tilstrekkelig involvert i beslutninger om egen helse (8, 9).

Selv om et økende antall studier som evaluerer effekten av opplæringstiltak, har blitt publisert, er det ikke entydig hva som er beste praksis (10). Variasjonen av ulike metoder som er brukt for å evaluere, og selve undervisningen gjør det vanskelig å identifisere de «aktive ingrediensene» (11–13) og definere nødvendig varighet og læringsform (12). Videre viser litteraturen at eksisterende opplæringsprogrammer har blitt evaluert i for liten grad, og ikke har tydelig nok didaktikk og konsept (12).

For å imøtekomme behovet for kunnskapsbasert kompetanseheving i ulike formater og av forskjellig varighet i Norge har det modulbaserte rammeverket «Klar for samvalg» blitt utviklet (3, 14–16).

Hensikten med «Klar for samvalg» er å bidra til implementeringen av samvalg. Det gjøres ved å styrke helsepersonellens kompetanse i å involvere pasienter i beslutninger om egen helse, slik at flere pasienter tar informerte valg sammen med sin behandler, og slik at kvaliteten på beslutningssamtalene øker.

Rammeverket er basert på MAPPIN'SDM (*Multifocal Approach to the Sharing in SDM*), et kvalitetskonsept for brukermedvirkning i beslutninger (9, 17). MAPPIN'SDM definerer de kronologiske stegene i en samvalgsprosess og gir detaljerte beskrivelser av flere ytelsesnivåer for hvert kvalitetskriterium (9, 17). Kriteriene i konseptet følger etiske retningslinjer, lovverk (2, 19) og retningslinjer for når og hvordan pasienter skal informeres og involveres i beslutninger (20).

«Klar for samvalg» består av flere opplæringsmoduler i ulike formater, slik at de kan skreddersys til målgruppens behov. Målgruppene er blant annet sykepleiere, leger, studenter og veiledere innen samvalg.

I den overordnede læreplanen til rammeverket (15) blir det benyttet en generisk pedagogisk tilnærming samt ulike teknikker for atferdsendring (BCT-er), som er en kunnskapsbasert taksonomi av 93 hierarkisk grupperte BCT-er som har til hensikt å skape internasjonal konsensus for rapportering av tiltak for å endre atferd (13). BCT-er defineres som en komponent av en intervensjon som kan observeres, kan repeteres, er ikke-reduserbar og er designet for å endre atferd (tabell 1).

Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i å støtte pasientene til å delta i beslutninger (7), men innen master- og videreutdanningene synes det å variere mye i hvilken grad studenter får undervisning om temaet (21–23). Samvalg er nevnt i forbindelse med de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS 1), hvor samvalg skal få større plass i grunnutdanningene i sykepleie (18).

Målet med retningslinjene er at utdanningene er fremtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Disse retningslinjene kan bidra til å forberede studentenes møte med pasientene og deres utfordringer i klinisk praksis. Forskning viser at det trengs effektive tiltak for økt omfang av samvalg. Et slikt tiltak kan være det at sykepleiere får hevet sin kompetanse slik at de bedre kan støtte pasienter som står overfor beslutninger.

VID vitenskapelige høyskole og Høgskolen i Innlandet er to høyskoler i Norge som har ønsket et undervisningsopplegg for sine studenter i master- og/eller videreutdanningen i kreft- og nefrologisykepleie. Innen kreftomsorg og nefrologi møter sykepleiere mange samvalgsrelevante problemstillinger.

I kreftomsorgen kan pasienten og de pårørende bli stilt overfor svært krevende og ukjente valgalternativer når et behandlingsforløp skal besluttes. Samtalen om dette skjer gjerne i tiden like etter at diagnosen er fastsatt, når pasienten og de pårørende kan være uforberedt både på diagnosen og alvorlighetsgraden. Pasientens møte med behandlingsapparatet og en mulig kreftdiagnose kan være preget av krisefølelse, uro og engstelse som kan blokkere oppfattelsen av informasjonen som blir gitt, og dermed også for mulige valg (24).

I alle delene av sykdomsforløpet kan pasienten stå overfor valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer (2), og dermed kan det være aktuelt å ha en beslutningssamtale. Det gjelder også ved behandling av pasienter med kronisk nyresykdom. Problemstillingene strekker seg fra valg av dialyse via kostrestriksjon til avslutning av dialyse og forberedelse på livets avslutning. Ved alvorlig nyresykdom står for eksempel valget mellom hemodialyse eller peritonealdialyse, nyretransplantasjon eller konservativ behandling.

Mens beslutninger innen kreftomsorgen ofte plutselig dukker opp og medfører tidspress samt prosessering av dårlige nyheter, kommer beslutningspunkter innen kroniske lidelser som nyresvikt langsomt. Samvalg er aktuelt både i de såkalte engangsbeslutningene og i langtidsbeslutninger, der det tas gjentakende beslutninger i et pasientforløp.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å samle kunnskap om hvordan sykepleiere i en master- og videreutdanning responderer på et tretimers undervisningsopplegg i samvalgsveiledning, samt hvordan studenter oppfatter at læringen blir påvirket. Vi ønsket også å identifisere mulige barrierer mot og drivere for bruk av samvalg i veiledningen av pasienter.

Metode

Design

Vi benyttet et flermetodisk design basert på Kirkpatrick's modell for evaluering av opplæringstiltak. Den strukturerer evaluering av opplæringstiltak på fire nivåer og kan adresseres med ulike studier og metoder (25).

Nivå 1 gjelder evalueringen av deltakernes umiddelbare reaksjoner og omfatter både aksept og gjennomførbarhet. Nivå 2 handler om deltakernes læring gjennom kurset og inkluderer utvikling av kunnskap og kompetanse, men også forandring av holdninger. På nivå 3 evalueres den faktiske atferdsendringen etter tiltaket. Det gjennomføres vanligvis egne studier som evaluerer nivå 4, hvor søkelyset ligger på pasientrelevante utfall. Det kan være nyttig å referere til nivået studien evaluerer på, slik at studier kan sammenliknes seg imellom.

I studien vår studerte vi deltakernes opplevelse av relevans og tilfredshet med å delta på undervisningen (nivå 1), men også deltakernes kunnskap, holdning til pasientinvolvering, selvtillit og engasjement med tanke på selv å gjennomføre samvalg (nivå 2).

Utvalg

Høsten 2020 inviterte vi alle de 82 studentene som deltok på undervisning om samvalgsveiledning ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo og Høgskolen i Innlandet i Elverum, til å delta i studien. Det var 76 studenter (93 prosent) som samtykket til å delta, og alle fullførte datasamlingen. Sekstifire studenter (84 prosent) deltok fysisk i undervisningen, mens de resterende tolv deltok digitalt (16 prosent).

Undervisningsopplegg

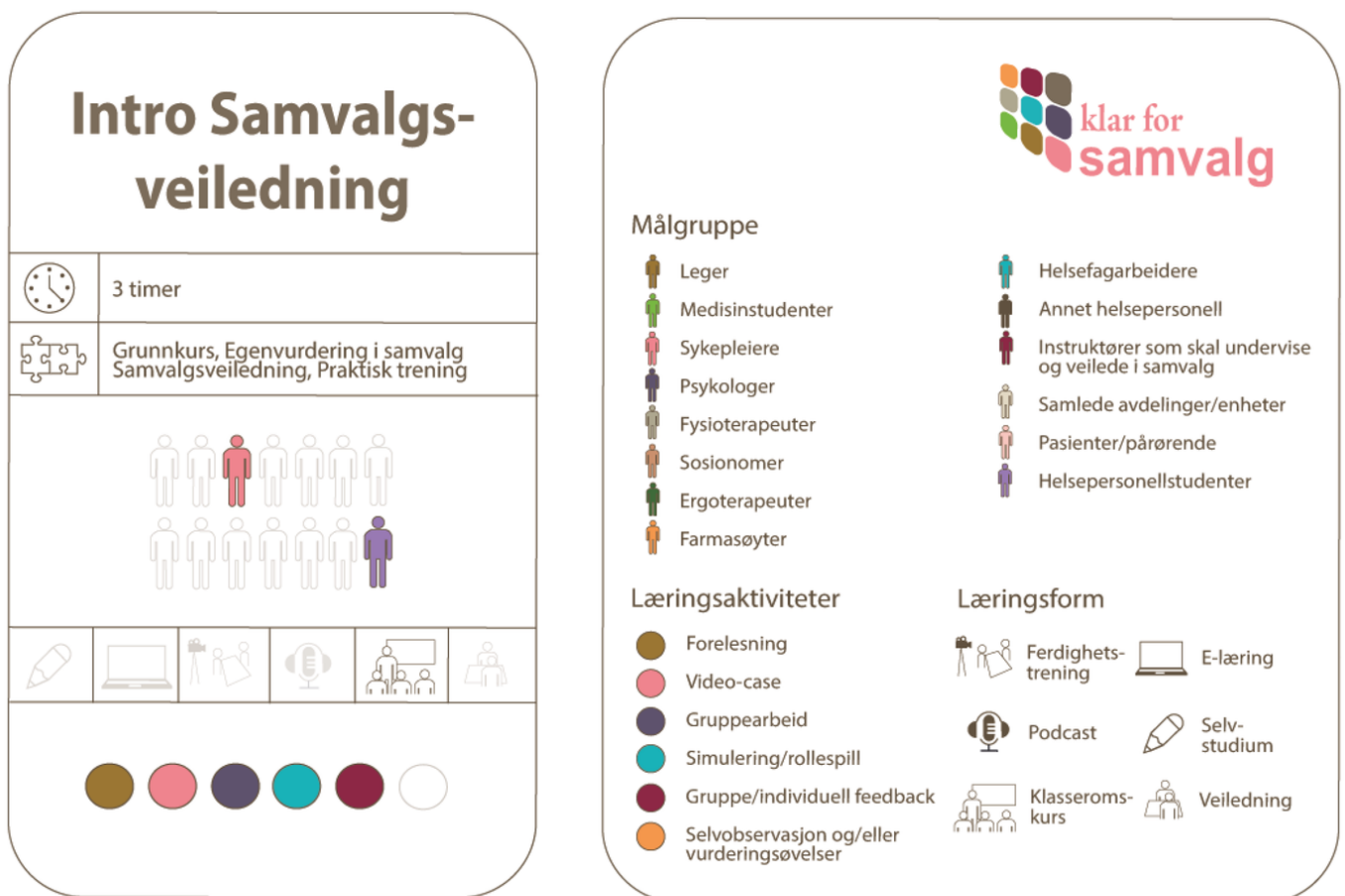
Undervisningen er basert på *Ottawa Framework for Decision Coach*-mediert SDM og en internasjonal modell for tverrfaglig samvalg (26, 27), som dannet et teoretisk grunnlag for å plassere og forklare sykepleierens rolle i en samvalgsprosess.

Utviklingsteamet satte sammen et undervisningsopplegg ved å kombinere ulike undervisningsmetoder (28). De evaluerte læringsaktiviteter og teknikker for atferdsendring (BCT-er) fra den overordnede læreplanen i «Klar for samvalg» (15, 16, 29).

Undervisningsopplegget har en varighet på tre timer, der grunnmodulen, altså de første to timene, blir benyttet til å introdusere studentene for samvalg (15, 16) (tabell 1). Disse to timene har tidligere blitt evaluert til å være akseptable, nyttige og relevante for målgruppen (15, 16, 29).

Gjennom ulike undervisningsformer, som forelesninger, øvelser, praktiske videoeksempler og gruppediskusjoner, skal studentene kunne danne seg en oversikt over bakgrunnen og begrunnelsen for samvalg, i hvilke situasjoner det er relevant, og hva som er sykepleierens rolle (figur 1).

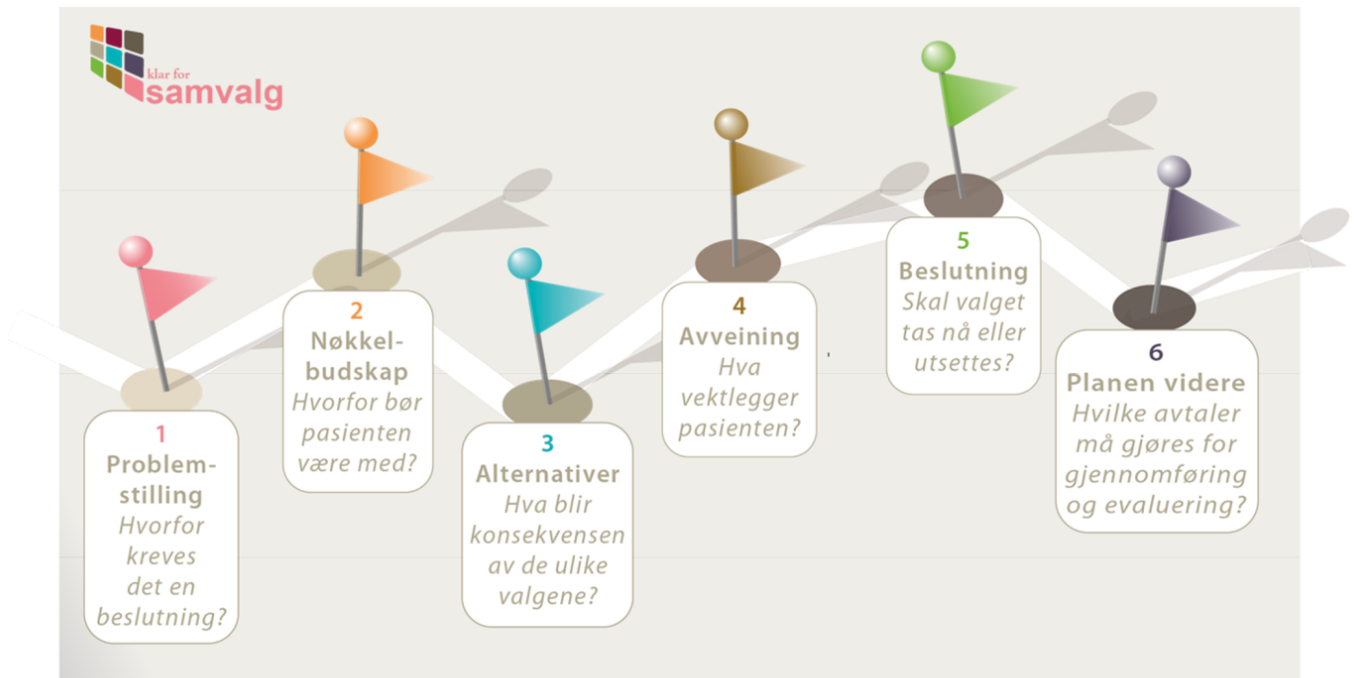
Figur 1. Visuell fremstilling av innholdet i undervisningsmodulen



Figuren er en visuell fremstilling av undervisningsmodulens tidsomfang, kompatible moduler, målgruppe, læringsform og læringsaktiviteter.
Illustrasjon: Malika Kasper / Helse Sør-Øst

Videre inneholder undervisningen kunnskapsbasert pasientinformasjon (20), inkludert risikokommunikasjon, ulike tiltak for å støtte samvalg og en gjennomgang av en stegvis prosess, «6 steg til samvalg» (figur 2). Den gir føringer for hvordan beslutningssamtaler kan struktureres for å fremme samvalg (15).

Figur 2. 6 steg til samvalg



«6 steg til samvalg» gir føringer for hvordan beslutningssamtaler struktureres i en anbefalt stegvis prosess.
Illustrasjon: Malika Kasper / Helse Sør-Øst

Den siste timen blir benyttet til ferdighetstrening, der studentene gjennomfører rollespill og arbeider sammen to og to i rollen som pasient og sykepleier/samvalgsveileder. Studentene tar utgangspunkt i en helsefaglig problemstilling fra sin kliniske hverdag som krever en beslutningsprosess.

Deretter blir det gjennomført en samvalgsprosess med støtte av kortet «6 steg til samvalg», som kan brukes i samvalgsveiledning, etterfulgt av en oppsummering med dialog, refleksjon og spørsmål. Ytterligere informasjon om utviklingen og det generiske innholdet i flere av opplæringsmodulene i rammeverket «Klar for samvalg» er beskrevet andre steder (14, 15).

Tabell 1. Læringsmål og innhold i undervisningen

Læringsmål	Innhold	Læringsaktiviteter	Teknikker for atferdsendring
Kunnskap om bakgrunn og begrunnelse for samvalg og kunnskapsbasert pasientinformasjon Ferdigheter i å støtte pasienter som tar helserelaterte eller sosiale beslutninger	<ul style="list-style-type: none">• Definisjon, bakgrunn og indikasjon for samvalg• Kunnskapsbasert pasientinformasjon og risikokommunikasjon• Samvalg som metode i brukermedvirkning• Tiltak for å understøtte samvalg• Kvalitetskriterier for samvalg• Samvalgsprosessen «6 steg til samvalg»• Tverrfaglig samvalg og sykepleierens rolle	<ul style="list-style-type: none">• Forelesning• Praktiske video-eksempler• Gruppediskusjon• Rollespill/ferdighetstrening• Andre øvelser	<ul style="list-style-type: none">• Skreddersøm*• Problemløsning (1.1)• Instruksjon om hvordan atferden skal utføres (4.1)• Demonstrasjon av atferden (6.1)• Tilbakemelding på atferd (2.2)• Informasjon om helsekonsekvenser (5.1)• Informasjon om sosiale og miljømessige konsekvenser (5.3)• Sosial sammenlikning (6.2)• Informasjon om andres godkjenning (6.3)• Gi hint/oppfordringer (7.1)• Atferdstrening (8.1)

Denne tabellen presenterer læringsmål og teknikker for atferdsendring (BCT, *Behavior Change Techniques*) som brukes i opplæringen. Tallene som er lagt til i parentes, refererer til Michies BCT-taksonomi (2013) eller ytterligere BCT-er foreslått av *Agbadjé og medarbeidere (42).

Datasamling

I etterkant av undervisningsopplegget fikk studentene tilgang til et elektronisk spørreskjema på læringsplattformen Canvas som de svarte på umiddelbart etter undervisningen. Spørreskjemaet har blitt benyttet i liknende evalueringer tidligere (15, 16), og spørsmålene er utformet i tråd med Kirkpatrick's modell (25). Skjemaet inkluderte demografiske opplysninger som kjønn, alder og varighet av klinisk praksis samt 15 spørsmål (25). Av de 15 spørsmålene hadde åtte spørsmål en firepunkts Likert-responsskala (1 = «helt uenig», 4 = «helt enig»), ett spørsmål hadde et trepunktsformat («ja», «nei», «usikkert»), og det var to flervalgsspørsmål og fire åpne spørsmål som ble besvart i fritekst.

Dataanalyse

Vi analyserte dataene med beskrivende kvantitative metoder (gjennomsnitt, antall, andel [prosent]) ved å benytte statistikkprogrammet SPSS versjon 22.0 fra IBM Corporation i USA. Likert-skalaene til variablene «engasjement» og «deltakernes vurdering av kursets relevans» ble kalkulert ved å beregne antall og prosent for de enkelte svarkategoriene.

Vi analyserte utsagn fra fritekstspørsmålene ved å bruke kvalitativ innholdsanalyse (30). Analyseprosessen startet med at tre av forfatterne uavhengig av hverandre leste svarene fra studentene gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk. Deretter kategoriserte vi svarene i forhåndsbestemte kategorier – drivere og barrierer – for to av spørsmålene ved å bruke COM-B-modellen (31).

COM-B-modellen er en del av rammeverket *Behaviour Change Wheel*, som består av en sammenfatning av 19 teorier som ligger til grunn for å forstå motivasjon for atferdsendring. COM-B-modellen fremstiller atferd som et resultat av et samspill mellom tre komponenter: evne, fysisk og sosial mulighet samt motivasjon.

For de to andre spørsmålene identifiserte vi kategoriene ut fra svarene. Tre av forfatterne analyserte svarene individuelt, identifiserte meningsbærende enheter for så å sammenlikne, diskutere og velge ut disse enhetene i fellesskap. Avslutningsvis ble innholdet kondensert og abstrahert i kategorier. Ulike oppfatninger ble løst gjennom diskusjon i hvert av trinnene som er beskrevet ovenfor.

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av personvernombudet ved Helse Sør-Øst RHF (referansenummer 19/00754) og godkjent av de respektive høyskolene. Studentene fikk et samtykkeskjema sammen med spørreundersøkelsen, og vi opplyste om at innsending av svar innebar samtykke. Studentene kunne trekke seg fra å delta uten å oppgi grunn, og ingen personer kan identifiseres i det publiserte materialet.

Resultater

Flertallet av studentene var kvinner som tok videreutdanning i kreftsykepleie, og som arbeidet innen ulike fagområder (tabell 2). Resultatene av studien rapporteres etter Kirkpatrick's firestegsmodell for evaluering (25).

Tabell 2. Demografisk fordeling i utvalget (N = 76)

		N = 76	Prosent
Kjønn	Kvinne	75	99
	Mann	1	1
Alder	< 30	32	42
	30–50 år	38	50
	> 50 år	6	8
Utdanning	Videreutdanning i kreftsykepleie	55	72
	Videreutdanning i nefrologisk sykepleie	19	25
	Master i nefrologisk sykepleie	2	2
Fagområde	Hjemmesykepleien	11	14
	Sykehjem	9	12
	Kirurgisk avdeling (gastrokirurgisk, gynekologi, transplantasjon, nevrologi)	7	9
	Palliasjon	5	7
	Rehabilitering	5	7
	Dialyse/poliklinikk og sengepost for nyresykdommer	16	21
	Hematologi	4	5
	Medisinsk sengepost	2	3
	Onkologi	6	8
	Barneavdeling	2	3
	Helsehus	2	3
	Legekontor	1	1
	Annet og ikke besvart	6	7
Klinisk yrkeserfaring	2–5 år	30	40
	6–15 år	36	47
	> 15 år	10	13

Nivå 1: Deltakernes reaksjoner

Engasjement: 62 av 76 studenter (82 prosent) oppga at undervisningen holdt på interessen deres.

Relevans: 64 av 76 studenter (84 prosent) oppga at det de lærte, var nyttig for å utføre arbeidet på sine respektive arbeidssteder.

I fritekstsvarene rapporterte studentene at forklaringen av hva samvalg er, og hvordan beslutningssamtaler kan struktureres ved hjelp av «6 steg til samvalg», var noe av det nyttigste i undervisningen. Videre ble rollespill, ulike øvelser og bruk av video fremhevet som gode læringsformer (tabell 3).

Tilfredshet: 73 av 76 studenter (96 prosent) oppga at de vil anbefale undervisningen til andre sykepleiere. Studentene oppga også at det kunne ha vært nyttig å ha fått ytterligere informasjon og gjort egenforberedelse før undervisningen. Videre ytret de ønske om å kunne bruke mer tid, spesielt på øvelser og trening. De opplevde undervisningen som relevant, nyttig og lærerik (tabell 3).

Tabell 3. Deltakernes reaksjon på undervisningsopplegget

Tenk tilbake på undervisningen, hva har vært det mest nyttig for deg?	
Resultater	Eksempel
Innhold	
Informasjon og forklaring av begrepet	«Jeg føler jeg nå vet mer hva begrepet 'samvalg' innebærer, og hvordan dette kan brukes.» «At det er viktig å spørre pasienten hva som er viktigst for dem. Ikke ta det for gitt at de er enige med avdelingens retningslinjer og helsepersonellens anbefalinger.» «Fint å vite om de forskjellige ressursene på helsenorge.no og hvordan man kan presentere dette for pasientene.»
Beskrivelse av hvordan gjennomføre samvalg	«At man ikke bare gir informasjon, men at pasientens verdier og ønsker kommer tydeligere frem.» «Vi skal veilede pasienten, men ikke ta valg for pasienten.»
Veiledningsstruktur / «6 steg til samvalg»	«Å lære de 6 stegene som jeg kan ta med meg videre til min arbeidsplass.» «Å bli bevisst på hva samvalg handler om og få satt det i system med de 6 stegene.»
Bevissthet om roller	
Rollefordeling	«Hva som er sykepleierens rolle i samvalg.»
	«Viktigheten av samarbeid med pasient, fremme pasientens mening/vurdering/ønske.»
Tverrfaglig samarbeid ble diskutert	«Krever samarbeid med legen.»
Læringsform	
Rollespill	«Øvelse som pasient og sykepleier.» «Case med rollespill nyttig for å se egne svakheter.» «Synes det var bra vi fikk caser der vi kunne prøve litt selv, ble da lettere å forstå.»
Øvelser	«Video som presenterte hva samvalg er / ikke er.» «Visning av videoer for pasienter og gruppearbeid.»
Når jeg tenker tilbake, mener jeg at undervisningen kunne blitt forbedret ved å ...?	
Resultater	Eksempel
Tid/omfang	
Forslag om å redusere informasjonstettheten	«Mye stoff på kort tid kanskje.» «Bruke litt mer tid på de forskjellige bildene i presentasjonen.»
Forslag om å øke tiden til undervisning	«Skulle gjerne hørt mer.» «Skulle gjerne gått dypere inn ved noen punkter.»
Informasjon før undervisningen	
Forslag om mer forberedelse før undervisningen	«Tilgjengelige slides på forhånd.» «Jeg kunne kanskje ha satt meg enda mer inn i hva vi gjør eller ikke gjør av samvalg på jobb. Ikke like enkelt å komme på det uten kollegaer.» «Jeg kunne ha lest mer om samvalg og sjekket ut helsenorge.no.»

Prioritering av innhold	
Forslag om å øke tiden for interaktiv trening og case	«Mer øving og trening.»
	«Bruke enda flere eksempel eller forskjellig case fra praksis.»
Forslag om mer tid på hvordan gjennomføre «6 steg til samvalg» og samvalgsveiledning	«Fokusere på samvalgsveiledning.»
	«Forklare bedre på den 6 steg og samvalgsveiledning, mer detaljert.»
Akseptabilitet	
Opplevdes som relevant, nyttig og lærerikt	«Håper dette kommer ut til alle landets helsepersonell.»
	«Vil foreslå undervisning i samvalg på avdelingen.»
	«Synes det var en veldig bra undervisning [...] spennende og lærerikt.»
	«Aldri hørt om samvalg i slik kontekst, veldig nyttig for meg. Inspirert og vil vite mer om det.»

Tabellen viser hovedkategoriene, underkategoriene og utvalgte sitater fra materialet knyttet til spørsmål nr. 1: «Tenk tilbake på undervisningen, hva har vært det mest nyttig for deg?» og spørsmål nr. 2: «Når jeg tenker tilbake, mener jeg at undervisningen kunne blitt forbedret ved å ...?».

Nivå 2: Deltakernes læring

Subjektiv forståelse: 65 av 76 studenter (87 prosent) oppga at de hadde forstått hva begrepet samvalg innebar, 51 studenter (67 prosent) oppga at de hadde forstått hva begrepet samvalgsveiledning innebar, mens 25 (33 prosent) var delvis enige.

Objektiv forståelse: 65 av 76 studenter (87 prosent) klarte å identifisere riktig svar på hva som var rekkefølgen til «6 steg til samvalg». Av 76 oppga 54 studenter (71 prosent) riktig alternativ på spørsmålet om hva «nøkkelbudskapet» i samvalg innebar.

Holdninger: 67 av 76 studenter (88 prosent) oppga at de syntes det var ønskelig å involvere pasienter i helsefaglige beslutninger, mens 9 (12 prosent) var delvis enige.

Subjektive ferdigheter: 12 av 76 studenter (16 prosent) oppga at de hadde god kompetanse i samvalgsveiledning, 52 (68 prosent) var delvis enige i dette, mens 12 (16 prosent) var delvis uenige.

Ytterligere ferdighetstrening: 69 av 76 studenter (91 prosent) oppga at de oppfattet at ytterligere opplæring ville ha styrket deres ferdigheter, mens 7 (9 prosent) var delvis enige i dette.

Selvtillit: 34 av 76 deltakere (45 prosent) oppga at de anså det som sannsynlig at de ville benytte samvalgsveiledning som metode for å bistå pasienter i beslutninger i løpet av de neste seks månedene, mens 38 (51 prosent) var delvis enige i dette, og 3 (4 prosent) var delvis uenige.

Studentenes oppfattede barrierer mot og drivere for gjennomføring av samvalgsveiledning

Vi benyttet forhåndsbestemte kategorier for å analysere innholdet i de åpne spørsmålene «Hvilken støtte vil du trenge for å gjøre samvalgsveiledning til en rutine på avdelingen du jobber?» og «Hva tenker du står i veien for at du får gjennomført samvalgsveiledning?». Kategoriene «Fysisk mulighet» og «Sosial mulighet» ble benyttet.

I kategorien «Fysisk mulighet» inngår barrierene eller driverne «Tilgjengelig tid og ressurser». Disse fremkom i følgende sitater fra studentene: «Bedre tid og rom for å sette seg ned og samtale» og «Tidsaspektet er avgjørende med tid, men det er mulig å gjennomføre samvalgsveiledning med god struktur og planlegging».

Barrieren eller driveren «Tverrfaglig samarbeid og rollefordeling» inngår i kategorien «Sosial mulighet». Studentene uttalte følgende: «Huskelapp, å ta det opp i internundervisning med både sykepleiere og leger, faglig diskusjon innad i avdelingen.», «Samarbeid og enighet med kollegaer, spesielt leger.» og «Bevisstgjøring hos kollegaer om at dette er noe vi alle gjør.»

I kategorien «Sosial mulighet» fremkom «Organisasjonskultur og ledelsesforankring» som en barriere eller driver, og følgende sitater underbygde dette: «Samarbeid mellom leger og sykepleiere.», «Ha en kultur i bedriften for å legge til rette for dette.», «Støtte fra ledelsen og kollegaer.» og «Snakke med avdelingsleder om dette er noe vi skal ha fokus på og implementere som rutine.»

Videre oppga deltakerne at de syntes det var hensiktsmessig at flere fra samme avdeling fikk undervisning sammen. Én uttalte: «Få med flere av mine SPL-kollegaer på det.» En annen sa: «Jeg kunne kanskje ha satt meg enda mer inn i hva vi gjør eller ikke gjør av samvalg på jobb. Ikke like enkelt å komme på det uten kollegaer.»

Under kategorien «Evne» ble viktigheten av «Kunnskap, ferdigheter, tilgang til opplæring og støttemateriell» fremhevet som driver. Sitater som underbygger dette, er som følger:

«Trening, støttekort man kan bruke i praksis.», «Ytterligere trening i coaching, tydeliggjøring av hvordan det kan implementeres på en sengepost.», «Det mangler kunnskap om dette, målsetting og masse undervisning.», «At jeg før ikke var bevisst på hvordan utføre samvalgssamtaler i samråd med pasienter. Men nå kan jeg prøve å bruke det mer aktivt.» og «Ha undervisning om det på en fagdag slik at vi er sammen om det.»

«Holdninger knyttet til pasientinvolvering» ble kategorisert som en barriere eller driver under «Motivasjon». Studentene ga blant annet uttrykk for dette i disse sitatene: «Villighet til annet helsepersonell til å eventuelt forandre sin egen praksis» og «Men dette skal jeg absolutt bruke når jeg er ferdig kreftsykepleier.»

Diskusjon

Hensikten med studien var å samle kunnskap om hvordan sykepleiere i en master- og videreutdanning responderer på et tretimers undervisningsopplegg i samvalgsveiledning, samt hvordan studenter oppfatter at læringen blir påvirket. Vi ønsket også å identifisere mulige barrierer mot og drivere for bruk av samvalg i veiledningen av pasienter.

Hovedfunnene i studien viser at studentene opplevde undervisningen som forståelig og nyttig for klinisk praksis. Mens majoriteten generelt stilte seg positiv til pasientinvolvering i beslutninger om egen helse på den måten samvalgskonseptet krever, var det kun omtrent halvparten som opplevde at rollen som samvalgsveileder umiddelbart var aktuell for dem.

Behov for ferdighetstrening

Studentene uttrykte at kurset ikke styrket ferdighetene deres i tilstrekkelig omfang til at de kunne føle seg kompetente til å anvende samvalg, og uttrykte derfor at de hadde behov for mer ferdighetstrening. Andre studier viser også at det trengs mer omfattende kurs for å endre atferd i klinisk praksis (32).

Rammeverket «Klar for samvalg» tilbyr flere mer dyptgående moduler som innebærer ytterligere ferdighetstrening (14, 33).

Evaluering av undervisningsopplegg

En systematisk oversikt over hvilke evalueringsmetoder som blir anvendt for å evaluere kurs i samvalg til helsepersonell, viser at Kirkpatrick's nivå 1, reaksjon på undervisningen, er det nivået som blir undersøkt minst. Det er tilfellet til tross for at deltakernes positive vurdering og reaksjoner er avgjørende for motivasjonen, og dermed kan påvirke effekten av opplæringen. Helsepersonellens rapporterte holdninger og selvtillit er forløperne for faktisk atferd (34) og tilhører, i tillegg til kunnskap og ferdigheter, nivå 2.

I en evalueringsprosess av moduler for kompetanseheving, som er komplekse intervensjoner, synes det derfor å være viktig å evaluere både nivå 1 og 2.

Samvalg i helse- og sosialfaglige utdanninger

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (3) presiserer at samvalg skal være målet og det normale. Studien vår bidrar til å fremme samvalg ved å dokumentere et konkret undervisningstiltak i to spesifikke utdanningsprogrammer. I tillegg viser studien hvordan rammeverket «Klar for samvalg» kan brukes som en kunnskapsbasert tilnærming for å skreddersy tiltak for spesifikke grupper og samtidig referere til et overordnet didaktisk konsept.

Selv om samvalg er innlemmet i flere helse- og sosialfaglige utdanninger (18), bør samvalg og helsekompetanse tydeliggjøres i læringsutbyttet i studieplanene for de fleste utdanningene. Samvalg vil fortsatt konkurrere om undervisningstid med mange andre viktige temaer og sannsynligvis ikke få særlig mer tid enn i kursmodulen vår. Derfor er det viktig at samvalg også flettes inn i fagspesifikke undervisninger som ulike profesjoner tar for seg.

Først når begrepene rundt samvalg og helsekompetanse er fullstendig inkorporert i utdanningsprogrammene og undervisningene samsvarer i formidlingen av holdninger om pasientens autonomi og evner, vil samvalg bli bærekraftig som *best practice*-modell.

Regjeringens satsing på nye strategier for helsevesenet bør synliggjøres i studieplanene. Studieplanen for videreutdanning i kreftsykepleie og nefrologisk sykepleie ved VID vitenskapelige høgskole for 2020–2021 har ikke innlemmet samvalg. Derimot er brukermedvirkning og rettigheter nevnt, samt også tverrfaglig samhandling.

Disse temaene dekker i liten grad det lovpålagte «samvalget» for gjøre pasienten delaktig i behandlingsvalg. Videreutdanningen i kreftsykepleie er under utvikling på landsbasis. Det vil kunne være naturlig at «samvalg» inngår i utviklingen av «RETHOS 3», som inkluderer kreftsykepleierutdanningen, nefrologisk sykepleie samt andre relevante videreutdanninger. Denne tretimers undervisningsmodulen vil kunne benyttes som et av flere tiltak for å oppfylle dagens og fremtidige læringsmål.

Studiens begrensninger

Det er tre viktige begrensninger å ta i betraktning når man tolker resultatene av denne studien. Gjennom program- og læringsplanene i flere utdanninger bør kursets betydning og effekt først og fremst bli målt i lys av tidsbegrensningen som temaet er blitt tildelt. Studentene skal på kort tid bygge mye klinisk og metodisk fagkunnskap.

Hvor mye vekt man kan legge på generiske kommunikasjonsferdigheter foran andre viktige læringsutbytter, er en vanskelig avgjørelse. Et tretimers opplegg er en god begynnelse, men ingen vil forvente en bratt og innsiktsfull kompetanseutvikling etter en så knapp undervisning.

Om samvalg kan få større plass i utdanningen, er ikke bare et spørsmål om antall timer, men også om hvordan temaet på en troverdig måte kan koples til andre læringsutbytter, som for eksempel kunnskap om behandling av sykdommer.

Studien har et relativt lite utvalg fra kun to ulike videreutdanninger for sykepleiere. Funnene er dermed ikke nødvendigvis overførbare til andre videreutdanninger. Denne studien var ikke designet for å svare på spørsmål om hvorvidt undervisningen fører til atferdsendring i klinikken, og derfor dekker den ikke hele spekteret av Kirkpatrick's nivåer.

For å kunne ta avgjørelser om implementering og kunne sammenlikne metodene med litteraturen om kompetanseheving innen samvalg internasjonalt vil det være av særlig betydning å undersøke hvilken innvirkning opplæringen har på kommunikasjonskvaliteten.

Konklusjon

Studien viser at sykepleiere i master- og videreutdanningene opplever at undervisningen er nyttig for deres arbeidshverdag, og at de får god kunnskap om samvalgsprosessen. Ytterligere opplæring er likevel ønskelig for å styrke sykepleierens selvtillit og ferdigheter i å praktisere metoden i klinisk praksis.

Denne evalueringen vil bidra til en revidering av tretimersmodulen for sykepleiere for så å gjøre denne tilgjengelig i andre master- og videreutdanninger i Norge. Rammeverket «Klar for samvalg» er under kontinuerlig videreutvikling og har som hensikt å bidra til å implementere samvalg. Å styrke kvaliteten på og omfanget av samvalg er en viktig strategisk innsats for helsetjenesten.

FAKTA

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Det er behov for tiltak som kan styrke sykepleieres kompetanse om samvalg, men samvalg er i liten grad gjenstand for undervisning i norsk sykepleierutdanning på høyere nivå.
 - Et undervisningsopplegg for samvalg basert på opplæringsmodulen «Klar for samvalg» for studenter ved kreft- og nefrologisykepleie på masternivå ble evaluert av studentene.
 - Studien retter oppmerksomheten mot undervisning innen samvalg i en utdanningskontekst og gir innsikt som kan bidra til å forbedre rammeverket «Klar for samvalg». Den gir også innsikt i barrierer mot og drivere for gjennomføring av samvalgsveiledning i klinisk praksis.
-

Vi ønsker å takke alle sykepleierne som deltok i studien.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. St.meld. 34 (1996–1997). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 1997. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/ (nedlastet 29.09.2022).
2. Lov 7. februar 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 22.09.2022).
3. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1> (nedlastet 22.09.2022).
4. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer. Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 22.09.2022).
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/> (nedlastet 22.09.2022).
6. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4(4):Cd001431. DOI: [10.1002/14651858.CD001431.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5)
7. Jull J, Köpke S, Boland L, Coulter A, Dunn S, Graham I, et al. Decision coaching for people making healthcare decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2021;11(11):CD013385. DOI: [10.1002/14651858.CD013385.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013385.pub2)
8. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expectations. 2015;18(4):542–61. DOI: [10.1111/hex.12054](https://doi.org/10.1111/hex.12054)

9. Kienlin S, Kristiansen M, Ofstad E, Liethmann K, Geiger F, Joranger P, et al. Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):534–41. DOI: [10.1016/j.pec.2016.10.023](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.023)
10. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD006732. DOI: [10.1002/14651858.CD006732.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4)
11. Müller E, Strukava A, Scholl I, Härter M, Diouf NT, Légaré F, et al. Strategies to evaluate healthcare provider trainings in shared decision-making (SDM): a systematic review of evaluation studies. *BMJ Open*. 2019;9(6):e026488. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-026488](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026488)
12. Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Guerard GP, Legare F. Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1753–58. DOI: [10.1016/j.pec.2016.06.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.008)
13. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81–95. DOI: [10.1007/s12160-013-9486-6](https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6)
14. Kienlin S, Poitras M-E, Stacey D, Nytrøen K, Kasper J. Ready for SDM: evaluating a train-the-trainer program to facilitate implementation of SDM training in Norway. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2021;21(1):140. DOI: [10.1186/s12911-021-01494-x](https://doi.org/10.1186/s12911-021-01494-x)
15. Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, Kasper J. Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020;26(2):610–21. DOI: [10.1111/jep.13380](https://doi.org/10.1111/jep.13380)
16. Kienlin S, Stacey D, Nytrøen K, Grafe A, Kasper J. Ready for SDM – evaluation of an interprofessional training module in shared decision making – a cluster randomized trial. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(7):2307–14. DOI: [10.1016/j.pec.2022.03.013](https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.013)
17. Kasper J, Hoffmann F, Heesen C, Köpke S, Geiger F. MAPPIN'SDM – The Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making (MAPPIN'SDM). *PLoS ONE*. 2012;7(4):e34849. DOI: [10.1371/journal.pone.0034849](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034849)

18. Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 22.09.2022).
19. General Medical Council. Good medical practice. London: The General Medical Council; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/partnerships.asp (nedlastet 22.09.2022).
20. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg: Leitlinie Gesundheitsinformation; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/?lang=en> (nedlastet 22.09.2022).
21. Høgskolen i Innlandet. KRE4 Videreutdanning i kreftsykepleie. Elverum: Høgskolen i Innlandet. Tilgjengelig fra: <https://www.inn.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2020-2021-studiehaandbok/studier/hsv-fakultet-for-helse-og-sosialvitenskap/videreutdanninger/kre4-videreutdanning-i-kreftsykepleie#emnetabell> (nedlastet 22.09.2022).
22. VID vitenskapelige høyskole. Studieplan for videreutdanning i kreftsykepleie 2020–2021. Oslo: VID vitenskapelige høyskole; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.vid.no/planer/studieplan-for-videreutdanning-i-kreftsykepleie-2020-2021/> (nedlastet 22.09.2022).
23. VID vitenskapelige høyskole. Studieplan for videreutdanning i nefrologisk sykepleie 2020–2021. Oslo: VID vitenskapelige høyskole; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.vid.no/planer/studieplan-for-videreutdanning-i-nefrologisk-sykepleie-2020-2021/> (nedlastet 22.09.2022).
24. Reitan AM, Schjølberg TK. Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
25. Kirkpatrick JD, Kirkpatrick WK. Kirkpatrick's four levels of training evaluation. Alexandria, Virginia: ATD Press; 2016.
26. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2008;5(1):25–35. DOI: [10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x)
27. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(4):554–64. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x)

28. Knowles M. Andragogikk: en kommende praksis for voksenopplæring. I: Illeris K, Berri S, red. Tekster om voksenlæring. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2005. s. 59–72.
29. Kienlin S, Nytroen K, Kasper J, Stacey D. Shared decision-making supported by decision coaches – evaluation of a training module. Oslo: OCHER; 2020.
30. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277–88. DOI: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687)
31. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science. 2011;6(1):42. DOI: [10.1186/1748-5908-6-42](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42)
32. Berger-Hoger B, Liethmann K, Muhlhauser I, Haastert B, Steckelberg A. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2019;93:141–52. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2019.01.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.013)
33. Geiger F, Liethmann K, Reitz D, Galalae R, Kasper J. Efficacy of the doktormitSDM training module in supporting shared decision making – Results from a multicenter double-blind randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2017;100(12):2331–8. DOI: [10.1016/j.pec.2017.06.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.022)
34. Légaré F, Freitas A, Thompson-Leduc P, Borduas F, Luconi F, Boucher A, et al. The majority of accredited continuing professional development activities do not target clinical behavior change. Acad Med. 2015;90(2):197–202. DOI: [10.1097/ACM.0000000000000543](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000543)



LES OGSÅ

Samvalgsveiledning kan gi pasienter bedre helsekunnskap



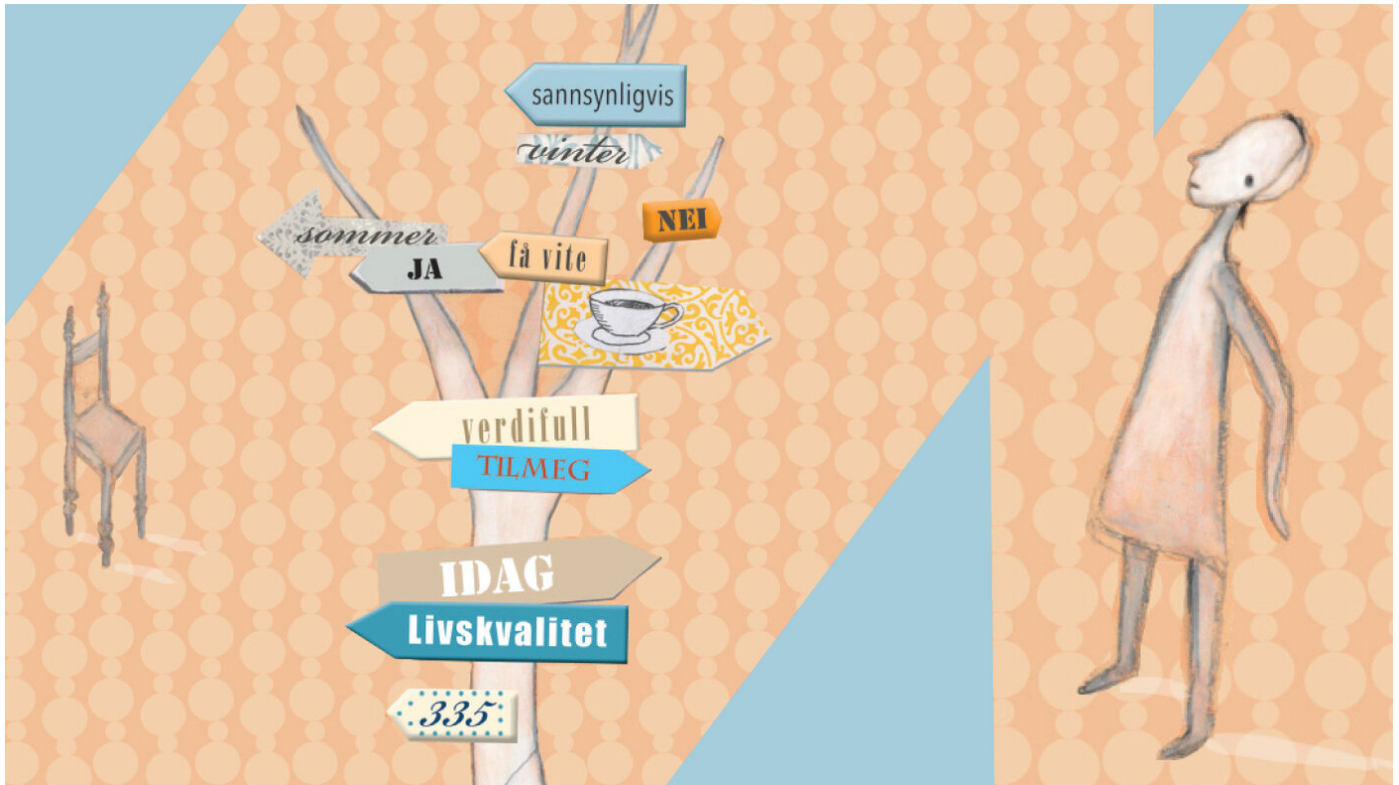
LES OGSÅ

Samvalgsverktøy kan hjelpe pasienter med å velge behandling



LES OGSÅ

Hvordan får vi eldre pasienter til å være med og velge behandling?



KOMPETANSEBEHOV: En samvalgsveileder er kurset i å støtte pasienter so... **LES MER** ▾