

Kommentar

## Brukermedvirkning er ikke løsningen

Siri Erika Gullestad

PhD, professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

s.e.gullestad@psykologi.uio.no

Det er et vesentlig problem i helsevesenet at pasienter ofte ikke blir møtt med respekt. Men nøkkelen til endring er ikke brukermedvirkning.



**TRAMPOLINETERAPI:** Som sensitiv psykolog forsto Birgit Valla at hun kunne hjelpe gutten ved å få ham med seg på trampolinen han ikke ville bruke etter at storebroren hadde tatt livet av seg. – Hun forstår altså bedre enn ham hva som er terapeutisk virksomt, skriver Siri Gullestad. Illustrasjonsfoto: Scanpix

### KOMMENTAR: BRUKERMEDVIRKNING

Aprilnummeret av Tidsskriftet har mye stoff om brukermedvirkning. Tanken om at klienten, dvs. brukeren selv, aktivt tar del i valg og utforming av et behandlings- eller tjenestetilbud for seg, er i senere tid blitt nedfelt som et prinsipp i myndigheters planlegging av helsetilbudet i Norge. Å styrke brukerperspektivet og brukernes rettigheter er for eksempel en hovedmålsetting for Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999. Brukermedvirkning er en term som mange psykologer antakelig er lite fortrolige med. Spørsmål som reiser seg, er om begrepet viser til et nytt behandlingsprinsipp, eller om det snarere er en ny betegnelse for allerede eksisterende fenomener. Min opplevelse er at termen gir ulik mening i ulike sammenhenger, og at det derfor er behov for en klargjøring.

### Fra paternalisme til autonomi

I historisk og sosialpolitisk sammenheng, representerer «brukermedvirkning» utvilsomt et nytt prinsipp, ikke minst innenfor medisinsk behandling. Her refererer brukermedvirkning til en styrking av pasientens rettigheter i forhold til fagpersoners autoritet. I fagetikken er dette uttrykt gjennom en utvikling fra *paternalisme*, dvs. en tanke om at behandleren/ legen som en god far gjør det han vet er best, til *autonomi*, dvs. forestillingen om pasientens selvbestemmelse. Utviklingen innebærer blant annet en radikal skjerpning av kravet om informert samtykke, enten det gjelder medisinsk behandling eller deltakelse i forskningsprosjekter. Mens en kirurg tidligere kunne fjerne svulster uten å informere om mulige bivirkninger, ville han i dag blitt kritisert for uetisk behandling. At brukeren selv får innflytelse på beslutningsprosesser som vedrører eget liv, er å vise respekt for autonomi. Det bidrar psykologisk til å styrke selvfølelse og til økt opplevelse av kontroll over egen hverdag. Medisinsk faglitteratur snakker her om *empowerment* – personen får makt over sin egen livssituasjon. Innenfor medisinsk fagetikk er brukermedvirkning altså uttrykk for et nytt prinsipp, som har bidratt til å endre en mer autoritær praksistradisjon i demokratisk retning. Det som nå kalles pasientsentrert medisin, innebærer at legen alltid skal innreflektere og ta hensyn til pasientens «agenda».

*Som pasienter trenger vi å vite at behandleren er ekspert når vi selv ikke er i stand til å ta beslutninger selv, og derfor trenger å kunne gi oss over i «de gode hender»*

På et overordnet nivå er begrepet om brukermedvirkning ukontroversielt og relativt lett å definere: Det dreier seg om pasientens rett til å bli hørt. Psykologiprofesjonen har, som en forholdsvis ung profesjon, nedfelt prinsippet om pasientens rett til å bli hørt som en grunnleggende etisk regel fra starten av. I fagetikken er respekt for pasientens integritet og selvbestemmelse overordnet. I dette perspektivet fremstår brukermedvirkning som en grunntanke for all psykologisk behandling. Om termen brukermedvirkning er ny, er *prinsippet* gammelt.

## Evidensbasert behandling

Det overordnede prinsippet om brukermedvirkning står sentralt i den pågående fagpolitiske diskusjonen om evidensbasering av psykologisk behandling, og det er fortjensfullt at Tidsskriftet løfter frem dette perspektivet i sin redaksjonelle presentasjon av temaet. Behandlingsveiledere definerer ofte hva som er «best» eller «mest effektiv» behandling ut fra metode alene, uavhengig av pasientens egen oppfatning. Dette er meget problematisk. Noen pasienter er innstilt på en mest mulig effektiv fjerning av symptomer, f. eks. å bli kvitt en plagsom hundefobi. Andre ønsker utforskning og bearbeiding av fastlåste, ødeleggende relasjonelle mønstre gjennom en mer inngående terapeutisk samtale om seg selv og eget liv. Evidensbasert psykoterapi kan derfor ikke diskuteres uavhengig av pasientens motivasjon.

Når helsemyndigheter har søkt å definere hvilke spesifikke psykologiske metoder som er best gjennom randomiserte, kontrollerte studier, har man imidlertid ofte ikke tatt hensyn til motivasjon som variabel. I stedet er behandlingsveiledere blitt utformet som anbefalinger om bestemte terapimetoder for spesifikke diagnosegrupper. Dette er en av grunnene til at forsøkene på evidensbasering av psykoterapi er blitt møtt med sterk kritikk. Derfor er det gledelig at den prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis som Psykologforeningen har sluttet seg til, definerer evidensbasert psykologisk praksis som «integrering av best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (min utheving).

Det siste av de tre elementene i erklæringen innebærer at enhver pasient skal vurderes individuelt, og at hennes egne ønsker skal tillegges vesentlig vekt. Dette prinsippet – som man gjerne kan kalle brukermedvirkning – står i et spenningsforhold til selve ideen om utforming av behandlingsveiledere med utgangspunkt i distinkte diagnostiske grupper. Etter min vurdering har dette innebygde motsetningsforholdet ikke vært gitt tydelig figur i debatten om evidensbasering. «Brukermedvirkning» – i en overordnet betydning av ordet – representerer derfor et betydningsfullt korrektiv til en for snever definisjon av evidens.

## Brukermedvirkning og dynamisk psykoterapi

Når det gjelder psykoterapi er tanken om brukermedvirkning mer uklar. Tidsskriftets presentasjon kan gi inntrykk av at brukermedvirkning innebærer et nytt prinsipp: Psykoterapi på grunnlag av brukermedvirkning kontrasteres for eksempel – litt nedlatende – til «finterapi». Men representer brukermedvirkning egentlig noe nytt for en psykoterapeut? Er brukermedvirkning i det hele tatt et nyttig begrep når det gjelder psykoterapi? Tilfører det noe til vår forståelse? Trolig vil psykologer fra ulike terapitradisjoner besvare disse spørsmålene forskjellig. Mine refleksjoner tar utgangspunkt i dynamisk terapitradisjon.

En psykoterapi starter med etablering av en *ramme* som sikrer at pasienten er innforstått med hva psykoterapi er: hvordan vi arbeider sammen, målsetting for behandlingen, timeantall osv. Dette innebærer forming av en allianse, som gjennom psykoterapiforskningen fremstår som nødvendig grunnlag for enhver effektiv terapi. Ikke minst søker terapeuten å få et bilde av pasientens motivasjon for å gå i psykoterapi. Med noen eksempler: En pasient møter til første time på psykologens kontor med kommentaren: «Jeg er nedfor. Legen min mener jeg trenger å gå til psykolog». En annen har i lengre tid levd i et vanskelig ekteskap og kommer fordi kona mener han trenger å bli mer «åpen». I begge tilfeller vil jeg som psykolog utforske hvordan pasienten *selv* opplever sin situasjon: Hva med deg? Er psykoterapi noe *du* er innstilt på? Situasjonen kan til og med være den at pasienten ønsker at legen skal bestemme, mens mine kommentarer vil være rettet mot å ansvarliggjøre ham i forhold til å begynne i behandling. Her behandles pasienten altså som mer autonom enn det han opplever seg selv

som. I en brukerterminologi: Psykoterapeuten krever større brukermedvirkning enn det pasienten i første omgang er innstilt på!

Begrunnelsen for å engasjere pasienten i et aktivt valg ligger i arten av behandling. Dynamisk psykoterapi er ikke analog til et medikament som tilføres en passiv mottaker – *medikamentmetaforen* er her helt misvisende. Etablering av en samarbeidsrelasjon, eller terapeutisk allianse, med pasienten er avgjørende for terapeutisk resultat. Når avtale om behandling skal inngås, sier jeg som terapeut til pasienten: «Jeg foreslår at vi arbeider med dine problemer inntil vi begge er enige om at du kan arbeide videre på egen hånd». Det første leddet – «Jeg foreslår» – hviler på tanken om at behandling er noe pasienten velger, ikke noe som påføres. «Arbeide med» står sentralt. Det tjener til å motvirke magiske forestillinger om passivt å bli tilført løsninger i form av råd eller instruksjoner om hva man bør gjøre med sitt liv. Dette er i tråd med en målsetting om økt selvstendighet. Et informert valg om å gå i psykoterapi forutsetter således en innforståthet med selve behandlingsformen og hva den fordrer av brukeren: Hun må være innstilt på å arbeide med seg selv. Samtidig formidles et bilde av terapeuten som en nøktern alliansepartner, snarere enn en allmektig guru. Å motvirke forestillinger om terapeutens omnipotens er vesentlig, ikke minst fordi det i de fleste mennesker ligger en lengsel etter en å lene seg mot og gi seg over til – en klok far, en omsluttende varm mor – en som kan gi dem svaret. «Vi» uttrykker at pasienten ikke er alene. Pasient og terapeut er sammen. «Til vi begge er enige om at du kan arbeide på egen hånd» formidler en tidsramme. Formuleringen har to vesentlige ledd: For det første at behandlingen ikke fører frem til et liv uten problemer, konflikt er en uunngåelig del av menneskets eksistens. For det andre at personen i sitt videre liv kan fortsette et selvanalytisk arbeid, dvs. en forestilling om en aktiv, strategisk holdning.

## Brukermedvirkning – et implisitt perspektiv

I dynamisk terapitradisjon er forestillingen om *ubevisste* sjelelige prosesser grunnleggende.

Behandlingen sikter mot å kurere og å skape forutsetninger for utvikling ved å bevisstgjøre ubevisste konflikter, holdninger og relasjonsmønstre. Tanken er at individet, gjennom økt tilgang til avstengte indre rom får et mer autentisk forhold til sine egne følelser. Behandlingsrammene som er nødvendige for å skape en terapeutisk prosess av denne typen – som timefrekvens og instruksjon – er faglig begrunnet. Her er altså ikke tale om brukermedvirkning i betydningen deltakelse i utforming av selve behandlingsopplegget. Samtidig kan det sies at brukermedvirkning kontinuerlig til stede som et implisitt perspektiv i terapiprosessen: Dersom den behandlingsstrategien terapeuten har lagt opp til viser seg ikke å hjelpe, vil terapeuten endre strategi, og tilpasse metoden til pasienten. Men selve tilpasningen er faglig fundert.

I en terapiprosess som søker å bringe innsikt i noe som ikke er tilgjengelig for pasientens bevissthet og vilje, kommenterer terapeuten materialet ut fra en forståelse som strekker seg utover pasientens. En slik prosess er med nødvendighet preget av *motstand*: Pasienten vil ikke vite av sine egne følelser – det være seg kjærlighet eller aggresjon eller sjalusi og hevnjerrighet, dvs. egne ønsker, følelser og holdningsmønstre som bidrar til å opprettholde problemene – det vi kan kalle «egenandelen». For å skape innsikt må terapeuten dessuten ofte gå imot pasientens øyeblikkelige ønsker. Pasienten kan i løpet av prosessen ha en mening om hva han trenger i terapien og hvordan terapien skal forløpe. I dynamisk terapi vil han imidlertid ikke nødvendigvis få det han umiddelbart ber om. Terapeuten kan *bekrefte behovet* for å få et råd: «Det er vel ikke så rart at du spør meg. Du hadde jo ikke noen du kunne gå til da du trengte det som barn – en du kunne lene deg mot. Og det er blitt værende som et savn i deg». Men å *gi* råd vil kunne kommunisere til pasienten at han ikke kan finne ut av tingene selv. På lengre sikt vil dette kunne undergrave utvikling av selvstendighet.

Eksemplet illustrerer at i dynamisk perspektiv vil det som umiddelbart fremtrer for pasienten som en tjeneste, i et langsiktig utviklingsperspektiv kunne være en bjørnetjeneste. Det langsiktige perspektivet forvaltes av terapeuten. I dynamisk tradisjon vil det derfor ikke uten videre være dekkende å si at pasienten er ekspert på seg selv. Hvis man med dette mener ekspert på egen subjektiv opplevelse, så er pasienten den absolutte ekspert. I dette perspektivet er utfordringen for psykologen å leve seg presist inn i og forstå pasientens opplevelsesverden. Men dette er ikke det samme som at pasienten vet best hva som er terapeutisk virksomt.

## Fra ekspertstyrt til klientstyrt?

Så langt dynamisk psykoterapi. Tidsskriftets presentasjon illustrerer imidlertid at andre terapiretninger vil se annerledes på spørsmålet om brukermedvirkning og psykoterapi, for eksempel spørsmålet om utforming av behandlingen. Slik sett tydeliggjør debatten om brukermedvirkning at psykoterapi i dag neppe er et enhetlig begrep. Men uansett hvor bredt man definerer psykoterapi reiser brukermedvirkning etter min mening noen prinsipielle spørsmål som fortjener grundigere diskusjon. Når Tidsskriftet anvender slagord av typen «fra ekspertstyrt til klientstyrt behandling», står man i fare for å underslå at det selvsagt er psykologen som har det faglige ansvaret for opplegget av behandlingen. Det er like selvsagt som at legen har ansvaret for en sykemelding eller for forskrivning av vanedannende medikamenter. Prinsipielt kan det tenkes en utvikling der brukermedvirkning kan fungere som ansvarsfraskrivelse fra fagpersonens side: Legen griper ikke inn dersom hun ikke har pasientens samtykke, slik det skisseres i noen scenarioer fra USA. Som pasienter trenger vi imidlertid å vite at behandleren er ekspert når vi selv ikke er i stand til å ta beslutninger selv, og derfor trenger å kunne gi oss over i «de gode hender».

Det er også betimelig å spørre: I hvilken forstand er pasienten «ekspert» når det gjelder psykoterapi? Jeg merker meg at når psykolog Birgit Valla (i intervjuet med Tidsskriftet i aprilnummeret) beskriver en brukerorientert, klientstyrt terapi med anvendelse av trampoline, er det *hun* som har foreslått å ta frem trampolinen. Gutten som trengte hjelp, ville ikke bruke denne mer etter at storebror – som var mester på trampoline – hadde tatt livet av seg. Som sensitiv psykolog skjønner Valla at hun må hjelpe gutten med de vanskelige følelsene han vil skyve unna. Hun forstår altså bedre enn ham hva som er terapeutisk virksomt.

## Lytting og respekt

I Tidsskriftets presentasjon av brukermedvirkning finner vi intervju med alenemoren Vilde som i sitt møte med BUP opplevde at fagpersonen «ikke lyttet ordentlig til hennes fortelling» og som følte seg møtt med en «fiendtlig og anklagende holdning». Intervjuet har overskriften «Hvis brukerne fikk bestemme» – og det implisitte budskapet er at Vilde ville blitt møtt helt annerledes dersom BUPen hadde arbeidet etter et brukermedvirkningsprinsipp. Jeg er ikke overbevist om dette. Snarere tror jeg at manglende brukermedvirkning ofte presenteres som årsak til problemer som heller bør betraktes som uttrykk for inadekvat terapeutisk holdning. Riktignok er det sannsynligvis en sammenheng mellom den type opplevelse Vilde beretter om, og den gjennomslagskraften tanken om brukermedvirkning har hatt i senere år. Jeg har gjort meg den tanke at når kravet om brukermedvirkning er blitt så høyløst i dagens samfunn, henger det sammen med at pasienter ofte blir møtt med holdninger de opplever krenkende. Undersøkelser viser at klager på feilbehandling i helsevesenet stort sett ikke er rettet mot innholdet i behandlingen, men dreier seg om kommunikasjonen med fagpersonen: Pasienten føler at de ikke blir tatt på alvor, eller opplever at de ikke blir forstått (Gullestad, 2000).

Kanskje er det forståelig at brukermedvirkning kan fremstå som et svar i denne sammenhengen. Betegnelsen brukermedvirkning er imidlertid primært rettet mot selve det at pasienten skal høres – det fokuserer ikke på behandlerens holdning. Å bli tatt på alvor innebærer å bli møtt med *respekt*. Å føle seg sett og forstått er resultat av *innlevelse*. Så vel respekt som innlevelse uttrykker kvaliteter ved terapeutisk *holdning*. Det er et vesentlig problem i helsevesenet at pasienter ofte ikke blir møtt med respekt for sin individualitet. Svaret her er imidlertid ikke brukermedvirkning.

*siri.gullestad@psykologi.uio.no*

## Referanser

Gullestad, S. E. (2000). Om å lytte til pasienten. I: A. Syse, R. Førde & O.H. Førde (red.), *Medisinske feil*, Oslo, Gyldendal Akademisk s. 169–181.