

Faglig frihet og brukermedvirkning - gjensidige forutsetninger?

TEKST

Geir Øyvind Skauli

PUBLISERT 7. april 2010

PSY
KOL
OGI

Mange brukere forteller om liten innvirkning på egen behandling, enten de myndigheter eller fagfolk som bestemmer. Også fagfolk kan oppleve at der erfaring kastes ut med badevannet når det offentlige krever implementering av spesifikke metoder. Det er samtidig forståelig at myndighetene ønsker at det skal benyttes effektive virkemidler i behandlingen de tross alt betaler for. Men når dette fratras de involverte i behandlingen innflytelse, er det da slik at brukere og fagfolk bør danne en aksjonsfront mot implementering av evidensbaserte metoder?

Kanskje er det ordet evidens som er opphavet til uenigheten. Noen oppfatter evidens som en reddende engel, for andre høres evidens ut som djevelen selv. Med Rønnestad (2008) gis vi viktige nyanser i evidensbegrepet. For mens *evidensbasert praksis* – som Psykologforeningens evidenserklæring er tuftet på – starter med pasienten og stiller spørsmål om hva som kan være effektivt med denne terapeuten på dette tidspunktet, tar *evidensstøttede metoder* utgangspunkt i en metode, og undersøker om den er effektiv for spesifikke problemer under beskrevne betingelser.

Evidensbasert praksis innebærer et bredt syn på hva som er relevant kunnskap i den enkelte behandling. Et slikt utvidet kunnskapssyn innebærer også å utfordre sitt eget ståsted. Har vi en faglig interesse eller ståsted, vil vi lett forstå fenomener i lys av dette engasjementet, og i mindre grad søke andre perspektiver og kunnskapskilder. Vi har lett for å innta et brukerperspektiv, men ikke alltid like lett for å se at dette skiller seg fra brukernes egne perspektiver. For skal vi ta i bruk brukernes perspektiv på behandlingen, krever det en profesjonell og systematisk innhenting av kunnskap og en aktiv demokratisering av terapirommet. Bufetat er i ferd med å implementere *Klient- og resultatstyrt praksis* i familievernet. I behandlingslokalene finner man følgende slagord på plakater: «Du er ekspert på ditt. Terapeuten på sitt. Sammen oppnår dere enda bedre resultat.» Dette er et evidensbasert slagord: Resultatene blir bedre når klient og terapeut samarbeider på en slik måte.

Reell brukermedvirkning innebærer likevel noe mer enn å ta i bruk (nye) skjemaer eller nye rutiner. Skal slike intervensjoner ha effekt, må de integreres i de terapeutiske samtalen og bli synlige i praksis. Det innebærer at vi våger å stille oss åpne og usikre overfor klienters livsproblemer, mer enn å være skråsikre besserwissere. Det innebærer at vi aktivt søker tilbakemeldinger på vår egen rolle og vårt eget arbeid, og strever etter å bli bedre hjelpere sett med de hjelpesøkendes øyne. Birgit Vallas artikkel i dette

nummeret av Tidsskriftet viser at brukermedvirkning på individnivå innebærer å hele tiden aktivt arbeide med å utvikle relasjonen slik at klientens engasjement i terapien blir forsterket. Klientens involvering blir også større når terapien rettes mot forandringsprosesser og mål som tar utgangspunkt i klientenes egenforståelse av sine vanskeligheter.

For å kunne tilpasse behandlingen til klienters forståelse må vi som gode hjelpere ha et pent lite utvalg av oppdaterte verktøy med oss inn i behandlingsrommet. Systematiske utprøvinger av godt beskrevne metoder gir oss ny og viktig kunnskap, og kan bidra til overføring av kunnskap fra forskning til klinisk praksis. En metode som er godt utprøvd og beskrevet, gir et godt grunnlag for opplæring. Når slike metoder implementeres, er det derfor også et demokratisk prosjekt ved at en virksom metode gjøres tilgjengelig for befolkningen. For eksempel har implementeringen av MST og PMTO i Norge gitt et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud til barn/ungdom med utagerende atferd.

Utvikling av slike metoder og dokumentasjon av effekt er imidlertid tidkrevende og kostbart. Og forskningen utføres ofte av de som selv har interesser i metoden – slik vi kjenner fra legemiddelindustrien. Det betyr at selv om metodene bygger på forskning, må vi som fagfolk og innkjøpere ta ansvar for å lese forskningen kritisk, og ikke la oss blende av de revolusjonerende resultatene. Forskningsoversikter som Ungsinn-, Cochrane- og Campbell-databasene er ment å hjelpe oss til å vurdere metodene. Men Julia Littell (2010), en anerkjent ekspert på systematiske forskningsoversikter og selv sentral i nevnte Campbell Collaboration, mener at mange forskningsoversikter ikke selv lages etter vitenskapelige kriterier. Oversiktene velger ofte bare de positive funnene, mens negative eller null-resultater verken publiseres eller rapporteres. Når så senere oversikter refererer tidligere oversikter, kan vi ende med feilaktig overbevisende dokumentasjon. Hennes konklusjon er at behandling basert på lister over evidensbaserte metoder er vitenskapelig prematurt.

Men det er også galt å se implementering av metoder i daglig klinisk praksis som et onde. Som alt nevnt sikrer tross alt målrettet satsing på nye og forskningsbaserte metoder at ny kunnskap blir tatt i bruk og blir tilgjengelig for hjelpsøkere. Men *måten* denne implementeringen blir gjennomført på, er helt avgjørende for at metodene blir benyttet utover prosjektperioder, og at de blir brukt på en faglig god måte.

Implementering er et eget fagområde med egen forskning, og henger også sammen med god ledelse. Sørli, Ogden, Soholm og Olseth beskriver i dette nummeret av Tidsskriftet en del av de faktorene som er nødvendige forutsetninger for å innføre nye metoder i klinisk praksis. Tvinger arbeidsgiveren fram en ensretting ved å få fagpersoner til å forkaste etablert og variert praksis for kun å tilby en evidensbasert metode, er ikke dette en praksis som er basert på forskningsdata. Men når implementeringen blir en prosess der ledelse og ansatte samarbeider, og der det er tilstrekkelige ressurser til å endre praksis og å skape engasjement i forhold til ny kunnskap, *da* kan man lykkes i å utvide tilbudet til befolkningen i tråd med ny evidens. Det krever at det ikke bare er en ovenfra-og-ned-prosess, men at det samtidig er en nedenfra-og-opp-prosess. Slikt organisasjonsendringsarbeid med

behandlingsorganisasjoner er som regel langvarig og komplisert. Her må fagfolk kjenne sin rolle og vite når det er tid for engasjement og påvirkning av prosessen, og når det er på tide å vise lojalitet.

Selv om vi må være lojale mot beslutninger på systemplan, må behandlerens lojalitet i klientsaker ligge hos klienten. Skal vi ivareta brukerens aktive påvirkning av behandlingen og samtidig utnytte vår fagkunnskap, må vi benytte en metodisk framgangsmåte. Forskningen støtter nødvendigheten av å gjøre kliniske valg av tilnærming etter en trinnvis framgangsmåte, der klinikerens:

- identifiserer et problem på bakgrunn av det klienten formidler
- innhenter og vurderer kunnskap om dette problemet kritisk
- sammenligner kunnskapen med egen erfaring
- etterspør om dette er i tråd med klientens forståelse, preferanser og kultur
- systematisk og fortløpende evaluerer effekten av tiltaket

En slik hypoteseutprøving krever at terapeuten kan samarbeide med klienten om valg av behandlingsstrategier på grunnlag av felles forståelse av problemet. Da kan vi dra nytte av alt psykologien (og andre fag) kan by på. For det ville være et profesjonspolitisk selvmord om vi skulle vegre oss for å benytte kunnskap fra forskning i våre samtaler med mennesker med psykiske vansker og lidelser. Når vi gjør bruk av empirisk kunnskap, fokuserer terapeuten på det som er kjent og felles. Når vi lytter til klienter, åpner vi oss for det som er ukjent og spesielt for det enkelte individ og den enkelte familie. Den danske psykoterapiforskeren og kognitive terapeuten Esben Hougaard (2004) kaller dette psykoterapiens Yin og Yang: Du skal gjøre det ene og ikke unnlate det andre. En psykoterapeut har altså behov for et bredt kunnskapssyn.

Skal vi få til slik praksis, må vi utdanne psykologer som har selvtillit nok til å være eksperter på sitt, og som samtidig tåler å takle usikkerheten ved ikke å være ekspert på klienten. Universitetene må da være mer enn anstalter for å spre forskningskunnskap: De må lære studentene å kombinere forskningskunnskap med pasientenes egne perspektiv på egne liv, og de må lære å systematisere og utnytte både egen og andres kliniske erfaring. Lærestedene må også gi konkret opplæring i hvordan man i daglig praksis kan sørge for systematiske tilbakemeldinger for å utvikle sin egen praksis. Kollegaveiledning, koterapi og video er gode kilder, men den viktigste lærekilden til egen praksis er pasientens perspektiv: hva pasienten selv mener om behandlingen. Men det krever at vi ikke bare har intensjoner om å spørre pasienten hva han eller hun synes om behandlingen. Det krever at vi innhenter systematisk informasjon fra pasienten om vi er på rett vei, om det er noe ved relasjonen som kan bli bedre, og at vi dermed dokumenterer brukernes eget perspektiv.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 4, 2010, side 306-307

TEKST

Geir Øyvind Skauli

+ Vis referanser

Referanser

Hougaard, E. (2004).

København: Dansk Psykologisk Forlag

Littell, J. H. (2010). Evidence-Based Practice: Evidence or Orthodoxy? I: Duncan, B., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M. (red.).

Washington DC: American Psychological Association.

Rønnestad, M. H. (2008): Evidensbasert praksis i psykologi.
(4), 444-454.