

Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis?

Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis må fortolkes og konkretiseres for å bli et nyttig verktøy i kvalitetssikringen av psykologisk behandling. Denne artikkelen presenterer en klinikers forsøk på å anvende prinsipperklæringen som praksisveileder.

TEKST

Andreas Høstmælingen

PUBLISERT 5. oktober 2010

Psykologprofesjonens legitimitet er avhengig av at myndigheter og klienter har tillit til at tjenestene som ytes, er kvalitetssikret og blir utført i tråd med standarder for god yrkesutøvelse (Molander & Terum, 2008). Psykologutdanningen i Norge er forankret i «Bouldermodellen»s ideal om psykologer som «scientists-practitioners», noe som innebærer at faget baseres på både et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag og erfaringsbasert praksis (Rønnestad, 2009). Psykologers praksis reguleres også av myndighetene i form av lov om pasientrettigheter, lov om helsepersonell m.v. og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ytterligere føringer for god fagutøvelse finnes i direktoratsutgitte retningslinjer og veiledere, eksempelvis Helsedirektoratet (2008, 2009) og Sosial- og helsedirektoratet (2004, 2005, 2006). Men selv om myndighetene definerer rammer for fagutøvelse, er det i ytterste konsekvens opp til det psykologiske fagmiljøet å avgjøre hva som er godt psykologfag (Myklebust & Zimmermann, 2008). Helsetilsynet tar utgangspunkt i hva fagfeltet anser som god praksis når det skal gjøres vurderinger av forsvarlighet (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Det er således en kontinuerlig utfordring for profesjonen å finne gode systemer for kvalitetssikring i et fag hvor en heterogen og fragmentert kunnskapsbase skal forvaltes i kombinasjon med betydelig moralsk, politisk og juridisk skjønnsutøvelse (Grimen, 2008).

«Psykologer har vansker med å formulere presist hva slags behandlingsstrategier de bruker, og hvordan deres intervensjoner fører til endring hos pasienten»

I denne sammenhengen er Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis blitt en viktig premissleverandør for norske psykologer. Den ble vedtatt av sentralstyret i januar 2007 (Norsk Psykologforening, 2007)^[1] og søker å gi en balansert fremstilling av hva som utgjør gode psykologtjenester (Aanonsen, 2007), samt sette en faglig standard som skal ivareta viktige kvalitetskrav ved psykologisk praksis (Holmén, 2009).

Psykologforeningen definerer evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) som «integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). Evidensbasert praksis består altså av tre elementer:

(1) Beste tilgjengelige forskning^[2]

(2) Klinisk ekspertise

(3) Pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål

Krav om at psykologisk praksis skal hvile på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, er neppe kontroversielt. Begrepene «evidens» og «evidensbasert (psykologisk) praksis» er langt mer kontroversielle og har ulik betydning i ulike fagmiljøer (se Rønnestad (2008) for en inngående drøfting av evidensbegrepets historiske utvikling). Med utgangspunkt i prinsipperklæringen har evidensbasert psykologisk praksis blitt grundig debattert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (APA, 2006; Berge, 2007; Dehli, 2009; Ekeland, 2008; Hofgaard, 2008; Holmén, 2009; Kennair, 2009; McCullough, Hjeltnes, Ulvenes, Langkaas & Hoffart, 2009; Norman & Nielsen, 2009; Norsk Psykologforening, 2007; Oddli & Kjøs, 2009a; Oddli & Kjøs, 2009b; Smedslund, 2008; Aanonsen, 2007). Hvordan man skal forstå begrepet evidensbasert psykologisk praksis, har også vært gjenstand for inngående drøfting i det amerikanske psykologmiljøet. (Se for eksempel Levant & Hasan, 2008; Stuart & Lilienfeld, 2007; Wampold, Goodheart, & Levant, 2007.)

Evidensbegrepet brukes fortsatt ulikt av forskjellige forfattere og tradisjoner, og dette vanskeliggjør forståelsen av prinsipperklæringen. Et eksempel på dette er Hagen (2009), som bruker evidensbegrepet i betydningen evidensbaserte metoder, ikke evidensbasert praksis som definert av APA (2006) og Psykologforeningen (2007), ytterligere klargjort av Levant og Hasan (2008) og Wampold, Goodheart og Levant (2007). Et annet eksempel er Sørli et al. (2010), som skriver at evidensbasert praksis blir «[...] også omtalt som empirisk støttede tiltak, tar utgangspunkt i at noen behandlingsmetoder eller tiltaksprogrammer er mer virksomme enn andre» (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010, s. 315). Her brukes en forståelse av evidensbegrepet som ikke harmonerer med forståelsen som er lagt til grunn i prinsipperklæringen.^[3] Rønnestad (2008) påpeker hvor viktig det er å øke bevisstgjøringen rundt betydningen av evidensbegrepet og å problematisere forenklete forståelser av kunnskapsgrunnlaget innenfor anvendt psykologi.

«Det er en kontinuerlig utfordring for profesjonen å finne gode systemer for

kvalitetssikring i et fag hvor en heterogen og fragmentert kunnskapsbase skal forvaltes i kombinasjon med moralsk, politisk og juridisk skjønnsutøvelse»

Prinsipperklæringen er ment å veilede den enkelte klinikers praksis. For å kunne veilede må den fortolkes og konkretiseres. I det videre spør jeg: Hvordan kan de tre kjernekriteriene for evidensbasert praksis forstås og operasjonaliseres i lys av min egen kliniske erfaring? Jeg håper på denne måten å belyse noen utfordringer som klinikere vil møte når prinsipperklæringen tas i bruk som praksisveileder.

Kriterium 1: Beste tilgjengelige forskning

APA (2006) skisserer en rekke problemstillinger knyttet til å integrere forskning i daglig klinisk praksis (bokstavpunktene a–f, s. 274), uten at det går klart frem hvordan de skal løses. Dette kan ha sammenheng med at det fortsatt er uenigheter knyttet til hvordan forskning på psykoterapi skal drives og presenteres, og ulike forskeres vitenskapsteoretiske posisjon har medført omfattende debatt rundt hvordan man skal forstå hva som er virksomme elementer i psykologisk praksis (Rønnestad, 2008).

Prinsipperklæringen refererer til en rekke forskningsdesigner som gyldige kilder for kunnskap under omtalen av «Beste tilgjengelige forskning» (APA, 2006, kulepunktene 1–9, s. 274), og understreker at ulike design og metodikk passer til å svare på ulike typer forskningsspørsmål (APA, 2006).

Rønnestad (2009) peker på at variasjonen av legitime forskningsdesigner i prinsipperklæringen understreker at psykologi som vitenskap har et bredt kunnskapsgrunnlag, og at det derfor er problematisk at forskningstradisjon og myndighetsutgitte veiledere i Norge ofte hviler ensidig på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) som gyldig tilnærming for å oppnå valid kunnskap.

RCT-studier utgjør en viktig kunnskapsbase for utvikling av retningslinjer for ulike behandlingsmetoder (APA, 2002). Slike studier har økt forståelsen av at psykologisk behandling virker (Kazdin, 1996). Tilgangen på RCT-forskning varierer imidlertid med hvor lett den aktuelle behandlingens intervensjoner lar seg underlegge hypotesebasert uttesting. Kognitive og kognitive/adferdsorienterte behandlingsformer er lettere å manualisere og lar seg lettere undersøke med kontrollerte designer, noe som også har medført at det foreligger mest forskning på disse behandlingsformene (Rønnestad, 2008). At det foreligger mer dokumentasjon på virkningen av en bestemt type behandling, er imidlertid ikke ensbetydende med at behandlingsformer uten tilsvarende grad av forskningsbelegg er uvirksomme (APA, 2002). Behandlingsformer som i RCT-studier har vist seg effektive på en populasjon, virker ikke på alle i populasjonen. Enkelte pasienter responderer bedre på en behandlingsform som ikke er

virksom for majoriteten av mennesker (APA, 2002). Det er også knyttet problemer til å implementere resultater om virksomme tiltak til ordinær praksis. Her kan en rekke praktiske begrensninger og ufortutsette hendelser komme til å redusere en effekt som er påvist under kontrollerte forskningsbetingelser (Sørli et al., 2010).

Prinsippklæringen konkluderer derfor ikke med hva som er «sant» med hensyn til hvilke metoder som bør brukes på ulike tilstander (Wampold, Goodheart & Levant, 2007). Intervensjoner som utføres under kontrollerte forhold, med selektive kriterier for utvelgelse av deltagere, lar seg ikke uten videre generalisere til den virkelige verden av tjenesteyting (Levant & Hasan, 2008). Gode retningslinjer for behandling må derfor baseres på flere kunnskapskilder enn en type forskning (APA, 2002).

Hvordan kan en psykolog oppfylle prinsippklæringens krav om å benytte seg av beste tilgjengelige forskning i praksis?

Implikasjon: Bruk av forskning til å finne overordnede prinsipper

I min praksis som psykolog har jeg primært jobbet med barn og ungdom med atferdsvansker. Mine søk på disse typene problemer i tidsskriftdatabaser som er tilgjengelige gjennom helsebiblioteket, refererte oftest til forskning på definerte behandlingsmetoder. Nærmere bestemt var det «De utrolige årene», «Parent Management Training Oregon» (PMTO) og Multisystemisk terapi (MST). Både PMTO (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005; Ogden & Hagen, 2008), MST (Christensen & Mauser, 2007) og «De utrolige årene» (Martinussen, 2009) har vist seg som effektive behandlingsprogrammer for atferdsproblemer og er alle implementert i Norge. I PMTO legger man vekt på at endring av barnets atferd i stor grad foregår gjennom endringer i foreldreatferd og familierutiner (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). MST opererer med en grunnleggende antagelse om at alvorlige atferdsproblemer blir opprettholdt av negative samhandlingsmønstre, og at foreldre må hjelpes til å utvikle de ferdighetene og ressursene de trenger for å få til endringer i barnets atferd (Christensen & Mauser, 2007). Carolyn Webster-Stratton tar utgangspunkt i kunnskapen om at barn med atferdsproblemer ofte har foreldre som mangler essensielle ferdigheter (Webster-Stratton & Hammond, 1997), og fokuserer på å styrke foreldreferdigheter for å redusere atferdsproblemer (Webster-Stratton, 2000).

De nevnte behandlingsmetodene er alle manualisert eller strukturert på en slik måte at man må være trent og/eller sertifisert i dem for å bruke dem. Jeg hadde ikke slik godkjenning og kunne derfor ikke anvende denne forskningen direkte. Den teori- og forskningsbaserte psykologiske kunnskapen som ligger til grunn for alle disse metodene, tilsier imidlertid at behandlingen bør innrettes mot barnets/ungdommens omgivelser (økologi), og at en styrking av foreldreferdigheter er avgjørende for et godt resultat.

Lesing av denne litteraturen gjorde diskusjonen om forskning skal styre praksis i form av prinsipper for endring, spesifikke behandlingsformer eller spesifikke intervensjoner (APA, 2006), aktuell for meg. Jeg hadde ikke den spesifikke metodeopplæringen som forskningen viser til nytten av. Samtidig klargjorde litteraturen grunnleggende

endringsprinsipper for barn med atferdsvansker. Jeg forsto i denne sammenhengen prinsipperklæringen slik at det ikke kan ansees som et krav til utøvende klinikere at de må understøtte alle intervensjoner med forskningsevidens. En slik ambisjon er ikke i tråd med tilgjengelig forskning eller kompleksiteten av menneskers psykologiske problemer (Stricker & Trierweiler, 1995). Jeg valgte derfor å basere mine intervensjoner på de grunnleggende prinsippene som kom til syne i litteraturen. I praksis betød dette at jeg valgte å jobbe mest med barnas foreldre med fokus på å lære dem å bryte negative samhandlingsmønstre, bygge positive relasjoner og lære alternative måter å takle barnas negative atferd på. Med dette perspektivet kunne jeg nyttiggjøre meg de veldokumenterte behandlingsprinsippene som lå til grunn for MST, PMTO og «De utrolige årene» selv om jeg ikke var trent i de spesifikke behandlingsmetodene.

Prinsipperklæringens understrekning av at psykologers kunnskapsgrunnlag må komme fra flere typer forskningsdesigner, virker velbegrunnet. Imidlertid møtte jeg som kliniker et problem da den litteraturen jeg fant, primært var basert på eksperimentelle kontrollstudier. Denne forskningen gav meg ryggdekning for å jobbe med foreldre og miljøet rundt barna fremfor primært å legge vekt på for eksempel individualterapi. Det faktum at jeg ikke fant forskning som anbefalte alternative fremgangsmåter, må imidlertid ikke forstås som at slik behandling ikke er virksom (APA, 2002). Her kan det synes som manglende tilgjengelighet på forskning basert på hele spekteret av designer som er anbefalt i prinsipperklæringen kan være et problem.

Mitt forsøk på å basere meg på forskning hadde en slagside da rådene jeg baserte min praksis på, bygde på én type forskning. Prinsipperklæringen vil ikke være fullt ut nyttig for klinikere så lenge det ikke er lett tilgjengelig forskning basert på hele spekteret av designer prinsipperklæringen anerkjenner som gyldig kunnskapsgrunnlag for praksis. Dette synes nødvendig for å gi klinikere et mer nyansert beslutningsgrunnlag når de skal finne råd i forskningen.

Kriterium 2: Klinisk ekspertise

Stricker og Trierwiler (1995) peker på at den spesifikke situasjonen hvor psykologen skal utøve sin praksis, alltid er skiftende og unik, og at dette begrenser muligheten til direkte anvendelse av forskning. Den kliniske ekspertisen er et begrep som beskriver kompetanse som psykologen besitter. Denne er tilegnet gjennom utdanning, trening og erfaring, og anses som nødvendig for å identifisere og integrere forskningsevidens og kliniske data (informasjon om pasienten) på en måte som fremmer positive terapeutiske resultater (APA, 2006). Ifølge prinsipperklæringen manifesteres klinisk ekspertise gjennom åtte kompetanseområder som fremmer positivt terapeutisk utkomme (APA, 2006, bokstavpunktene a–h, s. 276). Disse inkluderer å forme terapeutiske allianser, planlegge behandling, overvåke fremgang (monitor progress) og tilpasse intervensjoner i forhold til dette (APA, 2006). Prinsipperklæringen vektlegger også interpersonlige ferdigheter som sentralt for klinisk ekspertise, da «psykologisk praksis i sin kjerne er et interpersonlig forhold mellom psykolog og pasient» (APA, 2006, s. 277, min oversettelse).

Psykologer har vansker med å formulere presist hva slags behandlingsstrategier de bruker, og hvordan deres intervensjoner fører til endring hos pasienten (Bickman, 1999). Dette kan henge sammen med Grimens (2008) beskrivelse av slike ferdigheter som praktisk kunnskap. Der teoretisk kunnskap eksisterer uavhengig av hvem som benytter den, kan ikke praktisk kunnskap løsrives fra den som har den. Praksis innebærer blant annet at man i enhver handlingssituasjon eksplisitt eller implisitt må foreta en rekke skjønnsbaserte beslutninger som står i et mer eller mindre vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra. I slike situasjoner tenker, erfarer, bedømmer og handler man på grunnlag av viten som ikke er verbalt artikulert eller ikke kan artikuleres verbalt – det er taus kunnskap (Grimen, 2008).

For å være et meningsfylt begrep bør klinisk ekspertise som en del av evidensbasert praksis være et begrep som lar seg evaluere. Myndighetene vil at vanskelig målbare områder innenfor helsetjenesten skal evalueres, og at det utvikles hensiktsmessige evalueringsverktøy (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette er en utfordring i lys av Grimens (2008) problematisering av at praktisk kunnskap er uartikulerbar. Men Grimen påpeker også at kunnskap som ikke er verbalt formulert, kan bli kritisk gransket: I hvilken grad noen besitter en type praktisk kunnskap, kan bedømmes ut fra kriterier på kvalitet som legges til grunn for visse typer handlinger.

Et slikt kriterium finner vi i prinsipperklæringen, som vektlegger at klinisk ekspertise gjør psykologen i stand til å virke som en «lokal klinisk forsker» som integrerer kunnskap fra ulike kilder og bruker den til å formulere og teste ut hypoteser og intervensjoner i praksis (APA, 2006). Istedenfor å se psykologen som en anvender av forskning, bør man i konkret klinisk aktivitet se henne som en aktiv forsker som møter utfordringene i en klinisk hverdag på samme måte som en forsker gjør i laboratoriet (Stricker & Trierweiler, 1995).

Hvordan kan en psykolog på en systematisk måte dokumentere sin ekspertise som en «klinisk forsker»?

Implikasjon: Kasusformulering som metode

I egen praksis fant jeg Grimens (2008) tematisering av ferdigheter som taus kunnskap meningsfull når det gjaldt å gjøre rede for hvorvidt visse komponenter av klinisk ekspertise ble ivaretatt. Jeg fant det for eksempel utfordrende å verbalt artikulere hvordan jeg var i stand til å «kode og dekode verbale og ikke-verbale responser» (APA, 2006, s. 277, min oversettelse) eller «utfordre pasienten i en støttende atmosfære som fremmer utprøving, åpenhet og endring» (APA, 2006, s. 277, min oversettelse).

Imidlertid syntes idealet om psykologen som en «lokal klinisk forsker» å være et uttrykk for ekspertise som det var mulig å synliggjøre. I fravær av definerte behandlingsmetoder ønsket jeg en metode som kunne strukturere og synliggjøre hvordan man som kliniker utredet problemer, utformet behandlingshypoteser, prøvde ut intervensjoner, overvåket fremgang og eventuelt formulerte nye hypoteser.

Kendjelic og Eells (2007) foreslår bruk av en generisk modell for kasusformuleringer som et klinisk verktøy. En kasusformulering er en hypotese om bakenforliggende årsaker, utløsende faktorer og opprettholdende krefter i en persons psykologiske, interpersonlige og atferdsmessige problemer (Eells, 1997). Shirk og Russel (1996) påstår at kasusformuleringer er essensielle verktøy for å utvikle, teste ut og evaluere hypoteser. Kasusformulering på et overordnet nivå inkluderer deskriptiv informasjon som utgjør grunnlag for hypoteser og preskriptiv informasjon; det innebærer forslag til tiltak, intervensjoner og planer for behandling (Eells, 1997).

Kendjelic og Eells (2007) foreslår en generisk modell for kasusformulering basert på fellestrekk som deles av alle kasus-formuleringsmodeller og kan brukes av alle skoleretninger innenfor psykologisk behandling. De har identifisert fire grunnleggende kasusformuleringskomponenter (Kendjelic og Eells, 2007, s. 68):

Beskrivelse av symptomer/ problemer. Slike beskrivelser inneholder informasjon som er nødvendig for diagnostisering, men kan også inkludere sosiokulturelle temaer, økonomiske vansker og problemer pasienten forårsaker andre.

Beskrivelse av utløsende stressorer. Dette refererer til de hendelsene som utløste pasientens nåværende problemer eller førte til en forverring i symptomer som fører til hjelpsøking.

Beskrivelse av predisposisjonelle faktorer. Dette er hendelser eller tilstander som har gjort pasienten sårbar for de utløsende hendelsene. Disse kan karakteriseres ulikt, avhengig av psykologens orientering. De kan for eksempel beskrives som utvikling gjennom psykoseksuelle stadier, læringshistorie, tilknytningsstil eller interpersonlige skjemaer.

Beskrivelse av implisert mekanisme. Dette bygger på de foregående komponentene og er et forsøk på å forklare sammenhengene mellom dem. Det er dette som blir psykologens hypotese eller forklaring på pasientens nåværende vansker og blir utgangspunkt for valg eller utforming av intervensjoner. De kan for eksempel beskrives som kjernekonflikt, sett av dysfunksjonelle tanker eller antagelser, biologisk sårbarhet, problematiske interpersonlige relasjonsmønstre, forsterkning eller systemiske familieproblemer.

Kendjelic og Eells (2007) viser at de som får spesifikk opplæring i denne modellen, får en signifikant bedring i kasusformuleringsevner og i større grad blir i stand til å beskrive og anvende «taus kunnskap». Bruk av kasusformuleringer etter denne malen kan være et hjelpemiddel som i større grad gjør det mulig å artikulere den kunnskapen som driver psykologens handlinger, og gjør det lettere å synliggjøre komponentene i behandlingsprosessen. Dette kan også gjøre det lettere for pasienten, psykologen, arbeidsgiver og tilsynsmyndigheter å evaluere behandlingsforløpet og synliggjøre viktige komponenter av kliniske ekspertise.

Det er imidlertid et spørsmål om det er mulig til fulle å synliggjøre klinisk ekspertise gjennom verbal artikulering, og hvorvidt det er formålstjenelig å ha dette som ambisjon. Grimen (2008) påstår at det er mulig å kritisk granske taus kunnskap, og at

det ikke finnes gode grunner for å ekskludere viten med andre artikulasjonsmåter enn de verbale fra kunnskapsbegrepet. Erkjennelsen av at visse elementer av klinisk ekspertise fundamentalt sett er taus kunnskap og ikke lar seg underlegge dokumentasjon og evaluering, bør ikke medføre at man avviser dem som irrelevante. Erkjennelsen har tvert imot implikasjoner for arbeid med å utvikle og perfektionere metoder for kvalitetssikring og evaluering.

Kriterium 3: Pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål

Prinsipperklæringen vektlegger at psykologtjenester har større sannsynlighet for å være effektive når de tilpasses pasientens spesifikke problemer, styrker, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser (APA, 2006). Dette medfører at klinikeren må benytte seg av flere kunnskapskilder enn forskning, og den viktigste av disse er pasienten selv (Duncan & Miller, 2000). Rønnestad (2009) påpeker at det amerikanske originaldokumentet bruker formuleringen «[...] in the context of patients characteristics, culture and preferences» (APA, 2006, s. 273), og at bruken av ordet «context» impliserer at kunnskap om pasienten må være overordnet og førende for hvordan klinisk ekspertise praktiseres, og for vurdering av hva som konstituerer den beste tilgjengelige forskningen i hvert enkelt tilfelle.

Pasienter har ulike egenskaper (kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, rase, sosiale klasse, funksjonshemninger, seksuell orientering) og ulike kombinasjoner av problemer som gjør dem unike og dermed ulike fra den gruppen man baserer slutninger fra forskning på (APA, 2006). Mange pasienter kan ha symptomer som gjør dem like i den forstand at de oppfyller kriteriene for den samme diagnosen. Men de psykologiske og kontekstuelle faktorene som skaper og opprettholder symptomene, og de risikofaktorene og beskyttelsesfaktorene som er til stede i pasientens liv, kan være vidt forskjellige og ha ulik innvirkning på pasientens prognoser (Shirk & Russel, 1996).

Det er med andre ord ikke nok at man har godt forskningsmessig belegg for sine intervensjoner. Man må sikre seg at de tjenestene man yter, er relevant for den enkelte pasient i en spesifikk livssituasjon. Ifølge Skauli (2009) er en løsning for å sikre dette at «terapeuter benytter metoder for kontinuerlig kvalitetsforbedring gjennom systematisk å samle og utnytte informasjon om behandlingsprosess og -resultat» (s. 13).

Rutinemessig bruk av feedbackverktøy har vist seg å ha sammenheng med bedret behandlingsresultat. Anker, Duncan og Sparks (2009) viser at hyppig og rutinemessig bruk av pasientfeedback, styrt av verktøy som ikke er bundet til spesifikke terapiformer, legger til rette for at psykologen kan følge med på pasientens respons på behandling og bedre legge til rette for en behandling tilpasset pasienten. Det er i denne sammenhengen viktig å skille mellom oppsyn med pasienttilfredshet og symptomlette/ending. Lambert, Salzer og Bickman (1998) fant at mål på tilfredshet ikke kan brukes som et mål på effekt av behandling. Samtidig er det et hyppig replisert funn at en sterk arbeidsallianse (Horvath & Greenberg, 1989) mellom pasient og psykolog er knyttet til bedring (Bordin, 1979; Horvath & Greenberg, 1989; Baldwin, Wampold & Imel, 2007). Baldwin, Wampold og Imel (2007) fant at psykologer som

formet sterkere arbeidsallianser med pasientene sine, også viste mer bedring enn de som ikke formet så sterke allianser. Nyere funn tyder på at arbeidsalliansen signifikant kan predikere bedring, også når man kontrollerer for at symptomlette tidlig i forløpet bidrar til sterkere arbeidsallianse (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Lynn & Siqueland, 2009)

Det synes altså som at det er viktig å ha fokus på å etablere og opprettholde en god arbeidsallianse i tillegg til å ha fokus på endringer i pasientens symptombylle. Å avdekke hvordan klienter vurderer allianse og nytte av behandling, fremstår som et sentralt element for å lykkes i behandlingen (Valla, 2010).

Hvordan kan en klinisk psykolog på en systematisk måte ivareta behovet for å tilpasse sin behandling til pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål?

Implikasjon: Bruk av tilbakemeldingsverktøy

En nyttig erfaring i egen praksis for å sikre informasjonsinnhenting og strukturere behandlingen var bruken av Duncan og Millers KOR-skjemaer: «Session rating scales» (SRS) og «Outcome rating scales» (ORS). SRS-skjemaet angir pasientenes vurdering av terapeutisk allianse, mens ORS-skjemaet angir pasientenes vurdering av endring (Miller, 2009).

Et eksempel fra arbeidet med en ungdom med atferdsproblemer og hans mor kan belyse dette. Både mor og ungdom skåret bedre på skalaen på ORS-skjemaet som indikerte hjemmesituasjon, etter at vi i en periode hadde jobbet med definerte konfliktsituasjoner. Ungdommen hadde nådd mål vi hadde satt, og konfliktnivået hadde vært mindre selv om ungdommen hadde vært mye frekk og sur. Mor hadde etter avtale ignorert dette og unngått eskalering av konfliktene. Men til tross for at vi fikk resultater, og skårene på ORS-skjemaet ble bedre, skåret mor lavt på skalaene for «mål og tema» og «tilnærming og metode» på SRS-skjemaet. Da jeg tok dette opp med mor, kom det fram at selv om hun fulgte prosedyren og det avstedkom resultater, så hadde hun en sterk følelse av at hun gikk på kompromiss med seg selv. Hun opplevde det som galt at hun skulle overse sin sønns negative kommentarer til henne. Hun fortalte at der hun kom fra, var det helt uakseptabelt å la barna snakke slik uten å slå hardt ned på det. Hun syntes hun sviktet sitt ansvar som mor ved å la slikt passere, og mente at det ikke var noe rart at ting gikk bedre når sønnen fritt fikk lov til å si hva han ville til henne. Dette ble utgangspunktet for egne timer med mor hvor det ble sentralt å utrede hva som var grunnleggende føringer for oppdragelse og foreldreatferd i hennes kultur, og hvorvidt vårt opplegg kunne fungere innenfor den konteksten. Vi tematiserte også hennes stolthet og opplevelse av å bli krenket av sønnen sin, og jobbet med hvordan hun kunne takle disse følelsene på en konstruktiv måte. Etter hvert fikk vi etablert en bedre felles forståelse av hva som måtte skje for at hun og sønnen skulle unngå konflikter i hjemmet, og mor skåret høyere på SRS-skjemaet. Vi trappet da ned alene-timene med mor og økte fokuset på gjennomføring av gode familierutiner.

Bruken av feedbackskjemaer ble en viktig informasjonskilde som på en strukturert måte ga tilbakemeldinger om endring i problemer og opplevelse av arbeidsallianse, og

som gjorde det mulig å sikre tilgang på informasjon som gjorde det mulig å overvåke behandlingen og tilpasse den etter pasientens behov.

Bruken av feedbackverktøy kan være en systematisk måte å innhente informasjon fra pasienten på som er essensiell for å sikre vellykket behandling. Imidlertid er ikke bruk av slike skjemaer nok. Vellykket bruk av feedbackverktøy er avhengig av at man også bruker informasjonen på en slik måte at man sikrer brukervedvirkning (Valla, 2010). Dette impliserer at psykologer må være åpne for negative tilbakemeldinger og rette seg etter disse, og være villige til å gi opp noe av sin definisjonsmakt og basere hjelpen de yter, på klientens kunnskap (Valla, 2010).

Det er også aspekter ved pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål som vanskelig lar seg dekke med verktøy som gjør oss i stand til å overvåke resultater og arbeidsallianse. Samoilow (2007) viser til at motstand, mestringsstil, forventninger til behandling og når er pasienten klar for atferdsendring, er sentrale når psykologen skal tilpasse behandlingen til pasientens forutsetninger. Også med hensyn til tilpasning til pasienters kulturelle bakgrunn står psykologer overfor store utfordringer. Duckert & Lie (2006) påpeker at vestlig psykologi anvendes overfor minoritetskulturer og immigranter, og stiller spørsmålet om vi har den nødvendige multikulturelle skolering og sensitivitet for å håndtere det flerkulturelle Norge. Feedbackverktøy kan være ett element som gjør tilpasningen av behandling til pasienten lettere. Imidlertid bør fokuset på tilpasning i et bredere perspektiv være sentralt i det videre arbeidet med å utvikle og kvalitetssikre denne delen av prinsipperklæringen.

Konklusjon

Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis søker å sette en standard for kvalitetssikring av psykologisk arbeid. En slik standard er påkrevd av myndigheter som gir profesjonen et mandat til å utføre arbeidsoppgaver på vegne av samfunnet og av klientene som er avhengige av kompetent hjelp. Samtidig er psykologi et fag hvor samspillet og spenningene mellom teoretiske innsikter og praktisk kunnskap gjør det vanskelig å «fange» den ideelle yrkesutøvelse gjennom standardiserte kvalitetssikringsprosedyrer.

Psykologisk praksis har mange uttrykk som kan virke motsetningsfylte, men som allikevel er innenfor rammene av evidensbasert psykologisk praksis. Denne artikkelen har forsøkt å konkretisere noen uttrykk for praksis ved å foreslå eksempler på hvordan man som kliniker i gitte situasjoner kan ivareta de tre elementene i prinsipperklæringen. I andre tilfeller vil andre psykologer kunne finne andre måter å ivareta disse føringene på.

Spesialist i klinisk psykologi

Norsk Psykologforening

Postboks 419 Sentrum

0103 Oslo

ABSTRACT

Implications of «evidence-based practice» in psychology

«Evidence-based practice» in psychology (EBPP) as defined by APA (2006) and ratified by the Norwegian Psychological Association (2007) describes research, clinical expertise and patient characteristics as key components in effective psychological practice. However, the challenge of how to relate these components directly to clinical psychologists' day-to-day practice still exists. This article describes some of these challenges and, in the light of the author's own experience, seeks to clarify some of the practical implications related to the principles of EBPP.

Keywords: evidence-based psychological practice, research, clinical expertise, patient characteristics, case formulation, feedback.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 10, 2010, side 930–936

TEKST

Andreas Høstmælingen, fagsjef i Norsk psykologforening

KONTAKT: anhostma@gmail.com

+ [Vis referanser](#)

Referanser

American Psychological Association. (2002). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. *American Psychologist*, 57 (12), 1052–1059.

Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009). Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 693–704.

Aanonsen, A.-M. (2007). Evidensbasert basert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (6), 802.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 842–852.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Lynn, G. & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 5 (1), 80–89.

Berge, T. (2007). Viktig dokument om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (9), 1094.

- Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54 (11), 965-978.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16 (3), 252-260.
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (9), 1095-1106.
- Dehli, L. (2009). Ikke løgnere, men lærere. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (4), 398-399.
- Duckert, F. & Lie, G. T. (2006). Møter med det flerkulturelle Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (12), 1266-1267.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *The Heroic Client - Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Eells, T. D. (1997). Psychotherapy Case Formulation: History and Current Status. I T. D. Eells (red.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (s. 1-25). New York: The Guilford Press.
- Ekeland, T.-J. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (4), 406-407.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, R. (2009). Evidensbasert psykoterapi: Et forsøk på en vitenskapsteoretisk analyse av begrepet. *Psykologisk Tidsskrift NTNU*, 12 (3), 29-39.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofgaard, T. L. (2008). Om å ta evidensbegrepet tilbake. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (4), 494.
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (10), 938-939.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 223-233.
- Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 714-718.
- Kazdin, A. E. (1996). Foreword. I A. Roth & P. Fonagy (red.), *What Works for Whom* (ss. v-vii). New York: The Guilford Press.
- Kendjelic, E. M. & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 66-77.
- Kennair, L. E. (2009). 7 grunnleggende profesjonshemmende misforståelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (2), 196-198.
- Lambert, W., Salzer, M. S. & Bickman, L. (1998). Clinical Outcome, Consumer Satisfaction, and Ad Hoc Ratings of Improvements in Children's Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 270-279.
- Levant, R. F. & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (6), 658-662.
- Martinussen, M. (2009). De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram. Hentet 16. november 2009 fra Ungsinn: [http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/art... 884](http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/art...)
- McCullough, L., Hjeltnes, A., Ulvenes, P., Langkaas, T. F. & Hoffart, A. (2009). Å forene motsetninger er psykologers styrke. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (5), 496-499.
- Miller, S. D. (2009). Performance Metrics. Hentet 19. november 2009, fra Scott D. Miller, Ph.D.: <http://124.254.10.21/scott/?q=node/6>

- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander og L. I. Terum (red.), Profesjonsstudier (s. 13-29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myklebust, I. & Zimmermann, C. (2008). Faglig forsvarlig helsehjelp. Hentet 15. november 2009, fra Psykologforeningen: <http://www.psykologforeningen.no/pf/Loenn-og-arbeidsvilkaar/Jus/Juridisk...>
- Norman, E. & Nielsen, G. H. (2009). Klinisk intuisjon: Forenelig med evidensbasert praksis? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46 (10), 940-947.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44 (9), 1127-1128.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2009a). 7 løgner om psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46 (2), 168-173.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2009b). Fortsatt løgn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46 (3), 284-287.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76 (4), 607-621.
- Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. American Psychologist, 61 (4), 271-285.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45 (4), 444-454.
- Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen og L. I. Terum (red.), Evidensbasert profesjonsutøvelse (s. 39-63). Oslo: Abstrakt forlag.
- Samoilow, D. K. (2007). Løsningsfokuserede allianser: Løsningsfokuseret terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44 (9), 1107-1117.
- Shirk, S. R. & Russel, R. L. (1996). Change Processes in Child Psychotherapy - Revitalizing Treatment and Research. New York: The Guilford Press.
- Skauli, G. Ø. (2009). Evidensbasert praksis i familievern. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Smedslund, J. (2008). Har du sluttet å slå din kone? Ja/Nei. Kan psykologisk praksis være evidensbasert? Ja/Nei. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45 (4), 455-459.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42 (7), 587-597.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). Hvordan holde orden i eget hus - Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005) ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stricker, G. & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical Scientist: A bridge between science and practice. American Psychologist, 50 (12), 995-1002.
- Stuart, R. B. & Lilienfeld, S. O. (2007). The Evidence Missing From Evidence-Based Practice. American Psychologist, 62 (6), 615-616.
- Sørli, M., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A.R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47 (4), 315-321.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi - behov for kompetanseutvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47 (4), 308-314

- Wampold, B. E., Goodheart, C. D. & Levant, R. F. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62 (6), 616-618.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 93-109.
- Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene - en foreldreveileder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.