

Psykotereapeuter må mer om brukermedvi

Bør brukerne være førende i utformingen av sin egen behandling? Jeg vil svare ja. Brukermedvirkning gir bedre terapi, og bedre utnyttelse av ressurser. Det forutsetter imidlertid grundig opplæring av terapeuter, langt over dagens praksis.



Foto: Privat

Av Birgit Valla, psykologspesialist, Virksomhet Barn og Familie, Stange kommune

Og ofte, veldig ofte, virket det bra å skjære seg. Det virket selvfølgelig ikke alltid, men det var i alle fall mye mer effektivt enn å snakke, for det virket nesten aldri. Ordene mine var i det hele tatt veldig lite verdt på det tidspunktet, og etter hvert var det stort sett handlingen som stod igjen. I journalen kalles det for utagering og manipulering. (...) Jeg må innrømme at jeg er veldig lei av ordet, manipulering, og at jeg skulle ønske det kunne bli erstattet av et annet mye brukt og mye mer positivt ord, nemlig brukermedvirkning. For egentlig handler det om det samme, nemlig menneskers ønske om å påvirke og kontrollere sin livssituasjon og ha en reell innvirkning på eget liv og egen behandling. (Fra «I morgen var jeg alltid en løve» av Arnhild Lauveng, 2005)

Jeg kom til Hagen behandlingssenheter i Ringsaker som nyutdannet psykolog vinteren 2005. Det var min aller første jobb. Her ble jeg presentert for en annerledes måte å jobbe på: I stedet for at terapeuten var førende i å bestemme behandlingen, ble den kontinuerlig evaluert og dermed justert gjennom tilbakemeldinger fra barn og foreldre.

Sats på brukermedvirkning som faglig kompetanseområde. Dette er noe som må læres av den enkelte terapeut, ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdannelse.

I begynnelsen syntes jeg dette var en krevende måte å jobbe på. Jeg måtte utfordre meg selv til å prøve ut metoder jeg var mindre sikker på, og jeg tenkte: Kan jeg ikke bare bruke de metodene jeg har lært på studiet? I stedet måtte jeg tenke nytt i møte med hver familie.

Gjennom jobben på Hagen lærte jeg at klientenes tanker og ideer var like verdifulle som mine. De hadde ressurser, selv om det noen ganger kunne være vanskelig å få øye på dem. Jeg var opptatt av hva familiene mestret, hva som var deres sterke sider, og hvordan de selv kunne bli aktive agenter i sitt eget liv.

Etter at Hagen gikk over fra ekspertstyrt til klientstyrt behandling, økte antall behandlede barn med 300 prosent. Dette så vi da vi sammenlignet femårsperioden før omleggingen (1990–1994) med femårsperioden etter omleggingen (2000–2004). Og det hadde skjedd uten nyansettelser og økt ressursbruk. Det vi også så, var at gjennom kontinuerlige tilbakemeldinger fra brukerne kom vi raskere i gang med tiltak som virket. I tillegg så vi at når familiene var med på å bestemme tiltakene, ble disse ofte mindre omfattende (Huggins, Valla, Huggins & 2007).

Myndighetene i Norge legger stor vekt på at brukermedvirkning skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innenfor psykisk helse. I 1999 kom stortingsproposisjon nummer 63, «Om opptrap-

lære rkning

■ BRUKERMEDVIRKNING

Prinsippet om brukermedvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Dette kan skje på ulike nivåer, og man snakker gjerne om individnivå, systemnivå og politisk nivå. Denne artikkelen tar for seg brukermedvirkning på individnivå. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

pingsplanen for psykisk helse 1999–2006». I 2006 ble den utvidet med to år. Opptappingsplanen skulle reformere psykiske helsetjenester både på spesialist- og kommunenivå og ble prosjektert til å koste 24 milliarder kroner. Et av opptappingsplanens hovedmål var å styrke brukerperspektivet og brukernes rettigheter. Evalueringer av opptappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt. I rapporten «Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena» (Rådet for psykisk helse, 2008) hevdes det at brukerne ikke har reell medvirkning i store deler av landet, og at tilbudet som ytes, ofte er usammenhengende og oppstykket.

Politikere og brukere er opptatte av at brukermedvirkning skal få en naturlig plass innen psykisk helse. Fagfolk har også i den senere tid vist større interesse for området. Norsk Psykologforening sluttet seg i 2007 til Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, som sier følgende:

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.

Det sistnevnte punktet betyr at pasienten skal vurderes individuelt, og behandling tilpasses hen-



INN I UNDERVISNINGEN: Studenter som skal jobbe innen psykiatrien bør lære om brukermedvirkning.

nes forutsetninger og egenskaper. Hun skal dessuten ha reell medvirkning i hvorvidt behandling skal settes i gang, og hvordan behandlingen utformes. Brukermedvirkningsprinsippet står altså sterkt når det gjelder evidensbasert praksis (Holmén, 2009). Men til tross for gode intensjoner blant fagfolk ser det ut til at brukermedvirkning er vanskelig å omsette i praksis.

Rådet for psykisk helse har i rapporten «Utdanning til morgondagens praksis?» (2006) sett på videreutdanning i psykisk helsearbeid og spesialistutdanningen innenfor psykologi og psykiatri i

lys av føringene i Opptrappingsplanen. I rapporten skrives det at brukermedvirkning ikke er vanlig som eget konkret tema i den teoretiske undervisningen. Rapporten sier videre: For å skape en bedre praksis i psykiatrien og i psykisk helsearbeid generelt er det viktig at fagfolkene som har mest makt, har både kunnskap og vilje til å sette brukerperspektivet høyt i det praktiske arbeidet. I «Standarder for Norsk psykologeksamen», utarbeidet av Nasjonalt råd for psykologutdanningen (redigert 2001), er brukermedvirkning ikke nevnt. Profesjonsutdanningen i psykologi ved landets universiteter har følgelig ikke brukermedvirkning som et prioritert tema, og ingen av universitetene har litteratur omkring brukermedvirkning som obligatorisk pensum.

Prinsippet om brukermedvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Dette kan skje på ulike nivåer, og man snakker gjerne om individnivå, systemnivå og politisk nivå. Denne artikkelen tar for seg brukermedvirkning på individnivå. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

«Brukermedvirkning er en viktig ingrediens for vellykket behandling.»

Både nasjonalt og internasjonalt har det vært et sterkt fokus på brukermedvirkning. Offentlige dokumenter, bøker og artikler har blitt skrevet, og mange tjenesteytere har tatt brukermedvirkning med i sin strategiske planlegging (Borg, Karlsson & Kim, 2009). I tillegg er både empowerment og recovery beslektede og relevante begreper for brukermedvirkning. Empowerment handler om et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt, som kan og vil sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det (Askheim, 2007). Studier om bedringsprosesser (recovery) er et relativt nytt forskningsområde, og har sin opprinnelse i brukermiljøer. Kunnskap fra brukermiljøene har vært avgjørende for å få innsikt i personers egne aktive roller i det å mestre og leve med psykiske problemer, og få til et godt liv i sitt nærmiljø (Borg, 2009). Denne artikkelen

har imidlertid et annet fokus. Utgangspunktet er psykoterapiforskning som er gjort i de siste 50 årene, der brukermedvirkning som begrep ikke har blitt direkte studert. Ved å se nærmere på faktorene som skaper endring i terapi, fremstår likevel brukermedvirkning som et kritisk element for å oppnå gode resultater.

Benytt verktøy for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra klientene om hvordan de opplever behandlingen.

I løpet av artikkelen argumenterer jeg for at det finnes overbevisende evidens for at brukermedvirkning er en viktig ingrediens for vellykket behandling av mennesker med psykiske lidelser. Jeg ser også på noen av utfordringene fagfolk møter for at reell brukermedvirkning faktisk skal skje. Jeg vil vise til arbeidssteder der man har jobbet innenfor en brukerstyrt tilnærming, og hvilke resultater dette har gitt. Til slutt vil jeg gi noen anbefalinger om hva som kan gjøres for å oppnå reell brukermedvirkning i psykisk helsevern.

Brukermedvirkning som «best practice»

Hvilke faktorer forklarer endring i terapi? Forskingen på fellesfaktorer gir oss flere pekepinner på at brukermedvirkning kanskje er den ingrediensen som er mest virksom i terapi, og jeg vil vise hvordan dette henger sammen. Michael Lambert (1992) har forsøkt å tallfeste hvor stor prosentdel hver fellesfaktor er ansvarlig for i utfallet av terapi. Han hevdet at 40 % kan forklares ved klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer, 30 % til relasjonsfaktorer, 15 % til placebo, håp og forventninger og 15 % til metode eller teknikk. Senere har Bruce Wampolds (2001) metaanalyse attribuert 87 % av variansen i behandlingseffekt til utenomterapeutiske faktorer og bare 13 % til selve terapien.

De to av Lamberts fellesfaktorer som forklarer mest av resultatet i terapi, er også de som kan knyttes til brukermedvirkning, nemlig relasjonsfaktorer (heretter omtalt som den terapeutiske alliansen) og klientrelaterte/utenomterapeutiske faktorer. I tillegg har feedback som fellesfaktor fått mer oppmerksomhet i de siste årene. Denne faktoren innebærer tilbakemelding fra klienten om hans eller hennes opplevelse av behandlingen, og er essensiell i forhold til brukermedvirkning.



VIKTIG OPPLÆRING: Terapeuter må lære brukermedvirkning. Ledere ved helseforetak bør satse på engasjerte fagpersoner som ønsker å utdanne seg innenfor feltet.

Den terapeutiske allianse

Det er gjentatte ganger dokumentert at alliansen mellom terapeut og klient er et hovedelement i psykoterapi (Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Duncan, Miller & Sparks, 2004). Jeg tar utgangspunkt i Bordins (1979, 1994) definisjon, som er rådende på tvers av metoder og terapeutiske tilnærminger. Bordin definerte tre komponenter som er med på å skape alliansen: enighet om terapiens mål, enighet om terapiens arbeidsoppgaver og det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient. Den terapeutiske alliansen er altså noe mer enn bare det emosjonelle forholdet mellom terapeut og klient, og inkluderer hva de gjør sammen og hvorfor de gjør det. Metaanalyser forteller oss at det er et moderat sterkt forhold mellom alliansen og utfall av terapi (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Videre har enkeltstudier vist at alliansen er en avgjørende faktor i psykoterapi (Connors & Carroll, 1997; Shelef, Diamond, Diamond & Liddle, 2005), og alliansen forklarer langt mer av variansen i utfall enn f.eks. spesifikke intervensjoner (Norcross, 2010; Wampold, 2001). Ved å vektlegge alle de tre komponentene i Bordins definisjon ser man at en kontinuerlig utvikling av alliansen utgjør hovedarbeidet i terapi. Metoder bør sees på som en del av alliansen, da dette er en viktig ingrediens (enighet om arbeidsoppgaver) for en god bedringsprosess. Metoder skaper

et rammeverk i terapien for å forstå hva det er vi skal gjøre sammen. Det ser imidlertid ikke ut til å være avgjørende hvilken metode man benytter seg av (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Wampold et al., 1997; Lambert & Ogles, 2004; Elkin et al., 1989; Project MATCH Group, 1997; Godley, Jones, Funk; Ives & Passetti, 2004; Miller, Wampold & Varhely, 2008), så lenge terapeuten og klienten er enige om metoden og har tro på at den kan føre til endring. Dette tyder på at det meste av metodens effekt kommer gjennom aktivering av placebo, håp og forventninger hos klienten, og terapeutenes tiltro til behandlingen.

Etabler brukermedvirkning som fag ved alle utdanningene til de ulike profesjonene. I videreutdanningene bør brukermedvirkning også vektlegges.

Baldwin, Wampold og Imel (2007) har sett på hvor stor rolle henholdsvis klienten og terapeuten spiller for utviklingen av alliansen, som i neste omgang er viktig for utfallet av behandlingen. Deres funn viser at klienten og terapeuten ikke spiller en like stor rolle, da det ser ut til at det er ulikheter mellom terapeuter som forklarer sammenhengen mellom allianse og utfall. Terapeuter som utviklet sterkere allianser med klientene sine, oppnådde bedre resultater enn terapeuter som ikke utviklet så sterke allianser. Videre så man at innenfor den enkelte

terapeuts klientmasse var det ingen sammenheng mellom styrken på alliansen og utfallet. Dette tyder på at ulikheter hos klientene ikke er så viktig for utvikling av alliansen for den enkelte terapeut, da terapeuter som er gode til å skape sterke allianser, gjør dette på tvers av egenskaper hos klienten. I situasjoner der terapeuter har vanskeligheter med å forme allianser, bør man dermed se på sitt eget bidrag til alliansen, og i mindre grad fokusere på karakteristikker ved klienten. Ifølge Baldwin et al. (2007) vil det å forklare svake allianser med motstand eller maladaptive tilknytningsstiler hos klienten være irrelevant i forhold til utfall av behandling. En videre konsekvens av dette er at terapeuter bør etterspørre klientens opplevelse av alliansen jevnlig. Hvis alliansen er svak over tid, bør terapeuten reflektere over sine egne handlinger og bidrag til dette, og søke råd/veiledning (eventuelt annen hjelp). Jevnlig innhenting av informasjon fra klienten om kvaliteten på alliansen vil dermed være en viktig målsetting i terapien, og en viktig del av utøvelsen av reell brukermedvirkning. Vi ser dermed at utforming av alliansen er tett knyttet til brukermedvirkning. Ifølge Bordins definisjon skal det være enighet mellom klient og terapeut

omkring innholdet i alliansen, og det er klientens vurdering av kvaliteten på innholdet som er viktig i forhold til utfall.

Klientfaktorer

Klientfaktorer eller utenomterapeutiske faktorer er deler av klientens liv som bidrar til bedring uavhengig av klientens formelle deltagelse i terapi. De består av klientens styrker, støttende elementer i omgivelsene og til og med uforutsette hendelser. De er hva klienten bringer med seg inn i terapirommet og hva som påvirker livet deres utenfor det (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Både Lambert (1992) og Wampold (2001) viser at klientfaktorer står for den største delen av den forklarte variansen i forhold til endring i et menneskets liv. Wampold estimerer denne faktoren til hele 87 %. Funn fra recoveryforskning viser at klientens egen innsats er noe av det grunnleggende i bedringsprosessen, i motsetning til effekt av behandlingen eller fagfolks intervensjoner og bidrag. Klientens livsverden og det levde liv er dermed et sentralt utgangspunkt i forståelsen av bedringsprosesser (Borg, 2009).

Et slikt perspektiv på hvordan endring skjer, sier noe om hvordan vi bør tenke at terapi skal



NY SITUASJON: Brukermedvirkning krever at terapeuten omstiller seg en del. Ved å gi klienten større kontroll og styring over behandlingen, gir fagpersonen fra seg posisjon og makt. Da må terapeuten tåle usikkerhet om hva som vil være best hjelp for den enkelte.

foregå. Innenfor mange terapitradisjoner har man vært opptatt av hvilke metoder og intervensjoner terapeuten bidrar med, og hvordan dette skaper bedring. I stedet bør klienten sitte i førersetet både i utformingen av hvordan man skal jobbe sammen fremover, og i utføringen av handlinger som vil skape endring i eget liv. Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004) oppsummerer femti år med psykoterapiforskning slik:

Thus, the quality of the patient's participation in therapy appears to emerge as the most important determinant of outcome.

Å finne ut hva klientene tror ville være nyttig for dem, vil derfor være en avgjørende faktor for å oppnå bedring. Man vil da antagelig oppdage at klientene ikke tenker innenfor de samme rammene som fagfolk gjør. Fagfolk må dermed hjelpe klientene å oppnå endring på måter som tar utgangspunkt i klientens erfaringskunnskap og ikke nødvendigvis i terapeutenes fagkunnskap.

Feedback som fellesfaktor

Innenfor psykisk helse har det tradisjonelt vært vanlig at fagfolks vurderinger har dannet grunnlaget for problemforståelse, intervensjoner og planlegging av behandlingstilbudet. Det er imidlertid grunn til å spørre seg om dette er en god måte å organisere hjelpetilbudet på. Vi vet fra ulike studier at det er lite samsvar mellom terapeutenes og klientens vurdering av alliansen (Wampold, 2001). Terapeutenes vurdering av bedring i behandlingen er heller ikke pålitelig (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005; Hannan et al., 2005), og stemmer ofte dårlig overens med klientens. Når det da er terapeutenes vurdering av både allianse og bedring som blir styrende for forløpet, kan dette ofte føre til forlenget og ineffektiv behandling. Vi trenger altså tilbakemeldinger fra klienten om hans eller hennes vurdering av alliansen, og om den hjelpen vi tilbyr, faktisk hjelper. Det er klientene som sitter på denne informasjonen, vi trenger dermed å sikre oss den på en systematisk og mest mulig pålitelig måte. Mange klinikere vil påstå at de spør klientene om hva de mener om behandlingen, men ved å gjøre det på en uformell, ikke strukturert måte får vi ikke den informasjonen vi trenger. Det vil da være vanskelig for terapeuter å lære av egen praksis (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005).

Michael Lambert har i en årrekke forsket på

betidningen av å innhente systematisk feedback til terapeuter i behandlingssammenheng (Lambert et al., 2001; Whipple et al., 2003; Hawkins et al., 2004; Harmon et al. 2007). Resultatene viser at systematiske tilbakemeldinger (rapportert på et standardisert spørreskjema) fra klientene om utbytte av terapien bedrer resultatene. Samtidig kvalitets-sikres terapeutenes arbeid ved at tilbakemeldingene viser om klientene får den hjelpen de trenger for å oppleve bedring. Innehenting av tilbakemeldinger er spesielt godt egnet til å fange opp de terapiforløpene som er i risiko for å få negativt utfall.

For å sikre oss feedback fra klienten trenger vi verktøy som hjelper oss i denne prosessen. Det finnes ulike systemer for å gi terapeuter og klienter tilbakemeldinger om terapiprosessen. Et av de mest brukervennlige systemene er utviklet av Barry Duncan og Scott Miller, kalt Client-Directed, Outcome-Informed (CDOI) practice, på norsk oversatt til Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). KOR er en fremgangsmåte for å sikre seg systematisk tilbakemelding fra klientene om den terapeutiske prosessen og nytte av behandlingen. Fremgangsmåten kan brukes uansett teoretisk skoleretning, men det legges avgjørende vekt på klientens vurderinger av terapiforløpet når det tas valg omkring behandlingen. Kjernen i KOR er å verdsette klientens kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen. For en nærmere innføring i KOR anbefales «I fellesskap for endring» (Duncan & Sparks, 2008) og «Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i

«Tilbakemeldinger fra klienten om utbytte av terapien bedrer resultatene.»

psykisk helsearbeid» (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Det er foreløpig gjort to randomiserte studier ved bruk av KOR (Anker, Duncan & Sparks, 2009 og Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009). Anker et al. (2009) har sett på effekten ved å gi både klient og terapeut systematisk tilbakemelding om klientens vurdering av fremgang i behandlingen og alliansen i parterapi. Resultatene viste at parene i feedbackgruppen fikk signifikant større bedring enn de i TAU-gruppen (treatment as usual) ved slutten av behandlingen, oppnådde nesten fire ganger så mye klinisk signifikant endring, og fikk

bedre resultater seks måneder etter endt behandling. Feedbackgruppen oppnådde også signifikant færre tilfeller av separasjon og skilsmisser. Reese et al. (2009) sin studie ble gjort uavhengig av gruppen som utviklet KOR-praksisen, og viste at feedbackgruppen oppnådde signifikant mer endring enn TAU-gruppen, og med bruk av færre timer.

Når man så har innhentet tilbakemeldinger fra klienten, er neste steg å handle ut fra denne og dermed bidra til reell brukermedvirkning. For at KOR eller andre tilbakemeldingssystemer skal ha relevans for brukermedvirkning, må terapeuten være åpen for negative tilbakemeldinger og rette seg etter disse. Det må etableres en «feedbackkul-

«Klientens stemme i terapi er essensiell.»

tur» (Higgins et al., 2007), der klientene opplever at deres meninger og vurderinger har like stor betydning som terapeuten. Terapeutens fleksibilitet kan være avgjørende for om terapeut og klient kommer til enighet omkring behandlingens mål og arbeidsoppgaver (jf. Bordin, 1979 og den terapeutiske allianse). I artikkelen «Supershrinks – what's the secret to their success?» hevdes det at de beste terapeutene er de som bevisst ønsker å forbedre sine prestasjoner basert på tilbakemeldinger fra klienten (Miller, Hubble & Duncan, 2007). Dette viser oss at klientens stemme i terapi er essensiell, og den bør bli retningsgivende for utvikling av både mål og arbeidsmetoder i terapiforløpet. Slik kan vi utnytte og bygge vår fagkunnskap på en mer hensiktsmessig måte.

Hindringer på veien

Intervjuer: Hvor mye snakket dere om hvordan det skulle være, på den ene måten, eller på andre måter?

Klient: Vi snakket ikke så mye om det, for jeg tror det var en sånn greie som var lagt opp fra før av. Før vi kom på det første møtet, så tror jeg det allerede var bestemt hvordan de skulle gjøre det.

Ingerid Aamodt, 2005

Aamodt (2004, 2005, 2007) er interessert i å finne ut hvilken struktur som omgir våre møter med klienter. Inn i hvilket felt er det vi ønsker at brukermedvirkning skal skje, og hva kjennetegner

dette feltet? Aamodt har sett spesielt på barne- og ungdomspsykiatrien, der hun har intervjuet mødre som har hatt kontakt med både barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Innenfor dette feltet hevder Aamodt at det er de fagutdannede og den vitenskapsbasert kunnskapen som råder. Denne type kunnskap er mer gyldig enn den erfaringen mødre selv har. Mødrenes kunnskap er av et annet slag, og klienten lukkes ute som kompetent i spørsmålet om hva som er tjenlig for henne og barnet hennes.

Tor-Johan Ekeland (1999) viser i sin artikkel hvordan det moderne vitenskapssynet dominerer psykiatrien gjennom utvikling av evidensbasert behandling. Ifølge dette synet skal vitenskapen konstruere hvilken praksis som skal gjelde. Det naturvitenskapelige kunnskapssynet utgjør det sentrale meningsaspektet i psykisk helsevern, og det er dette feltet mange av oss arbeider innenfor. Ifølge Aamodts analyser forholder klientene våre seg til den strukturen som omgir dem, og handler ut fra hva som forventes av dem. De hører på det som fagfolkene har bestemt, ikke nødvendigvis fordi de er overbevist om at det er bedre eller klokere enn det de selv har tenkt, men fordi de vil gjøre det som er riktig innenfor den strukturen de nå er en del av (Aamodt, 2005). Borg, Karlsson og Kim (2009) utdyper dette ved å peke på hvem som har makt til å definere hva som er «sann kunnskap», som en utfordring for å oppnå brukermidvirkning i psykisk helsevern. «Sann kunnskap» er typisk assosiert med å ha spesialistkunnskap, og dette gjør at fagfolkene får all makt og kontroll. I sin artikkel «Tid for endring i kunnskap, makt og kultur» skriver Sunniva Ørstadvik (2008) at en av de mest problematiske sidene ved det psykiske helsevesenet er et ensidig kunnskapssyn basert på det naturvitenskapelige perspektivet. Det har lang tradisjon, høy status og «eies» av fagpersonell med stor makt og myndighet. Det vil følgelig være vanskelig å oppnå reell brukermidvirkning, fordi brukerens vurderinger vil telle minst da de ikke er «objektive», eller de passer ikke inn i det naturvitenskapelige kunnskapssynet.

Maktforholdet i terapi

Ørstadvik (2008) skriver videre at makt har nær sammenheng med kunnskap og kultur.

Den viktigste årsaken til at brukermidvirkning bare har begrenset gjennomslag i psykisk helsefeltet, tror

jeg er knyttet til makt og mangel på tydeliggjøring av maktens gjennomslag og begrensninger for handling. Makt er en statisk størrelse. Det betyr at makten ikke kan økes, den kan bare fordeles annerledes. Det snakkes om å gi brukere og pårørende økt innflytelse, men ikke om hvem som skal få mindre innflytelse som en følge av det.

Tør fagfolk i psykisk helsevern å gi opp noe av makten og basere hjelpen de yter, på klientens kunnskap? Tør vi tro på det pasienten sier? Rolf Sundet (2006) behandler dette temaet og mener at å tørre å tro bare er startstedet. Terapeut–klientforholdet er meget hierarkisk i den forstand at den ene parten er mer betydningsfull enn den andre. Man må se relasjonen i et maktperspektiv. For å reversere dette hierarkiet må klienten bringes frem på bekostning av den andre. Terapeuten må tåle å komme litt i bakgrunnen, mens klientens egen beretning om sine problemer skal gis forrang. Ved å gi klientene større kontroll og styring over behandlingen gir fagfolk fra seg posisjon og makt. Det kan være skremmende, fordi man da må tåle usikkerhet om hva som vil være best hjelp for den enkelte. Dette er ikke noe fagfolk kan komme frem til, verken ved hjelp av diagnoser eller forskningsbaserte vurderinger. Man må være sikre i sin usikkerhet, slik at håp opprettholdes hos klientene, samtidig som fagfolk er ydmyke over at de ikke har alle svarene. Brukeren må bli en likeverdig part i utforskningen av hva som vil være den beste hjelpen.

Brukermedvirkning bedrer produktivitet og effektivitet – vist i praksis

Over hele verden tar nå flere og flere behandlingsenheter og tjenesteytere innenfor mental helse i bruk perspektiver fra Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i sin behandling. Dette gir oss innblikk i virkningen av en tilnærming som kan gi reell og systematisk brukermedvirkning. Det er imidlertid viktig å presisere at kun distribuering av tilbakemeldingsverktøy ikke nødvendigvis bidrar til brukermedvirkning. Det

er hvordan vi som tjenesteytere forholder oss til de tilbakemeldingene vi får, som gjør at vi oppnår reell brukermedvirkning.

I boken *The Heart and Soul of Change. Delivering what works* (2. utg) (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010) blir følgende data fra en rekke enheter der man har implementert KOR, lagt frem:

Ved The Center of Family Services i Palm Beach, Florida ble gjennomsnittlig antall timer redusert med 40 %. Avbestillinger og ikke-møtt ble redusert med henholdsvis 40 og 25 %. Og langtidspasienter uten bedring minket med 80 % (fra 10 % av alle klientene til 2 %). På et år sparte senteret nesten en halv million dollar, penger som ble brukt på flere stillinger og til å tilby flere tjenester. Community Health & Counseling Services, Bangor i Maine (USA) opplevde også en dramatisk økning av effektivitet overfor klienter med alvorlige psykiske lidelser. Over en tre års periode ble ikke-møtt og avbestillinger redusert med 30 %, mens gjennomsnittlig behandlingstid minket med 59 %. Behovet for langvarig støtte enten i form av innleggelse eller case management minket henholdsvis 50 og 72 %. Samtidig var det en forbedring i brukertilfredshet med tjenestene. Ved The Center for Alcohol and Drug Treatment (CADT) i Minnesota tilbys det tjenester til over 6000 nye klienter i ulike programmer hvert år. Sammenlignet med andre

lignende tjenesteytere i Minnesota var fullførte behandlinger 15 % høyere hos CADT, mens behandlingstid for innlagte pasienter og intensivt polikliniske pasienter var 20 % og 43 % lavere. Resultatene har også forbedret seg (Bohanske & Franczak, 2010).

Også ved andre enheter der brukermed-



PENSUM: Brukermedvirkning bør bli en del av pensum ved norske læresteder.

virkning blir vektlagt, ser man positive resultater.

Ved en sengepost ved Jæren DPS ble det innført brukerstyrte kriseinnleggelse for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33 %. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Økt tilgjengelighet ga et lavere sengeforbruk (Heskestad & Tytlandsvik, 2008).

Det er imidlertid viktig å fremheve at en satsing på brukermidvirkning krever forankring i ledelsen og en klar visjon om hva man ønsker å oppnå på den enkelte enhet. Høy grad av brukermidvirkning vil innebære både kulturendringer og strukturelle endringer. Deler av rammebetingelsene innenfor psykisk helsevern kan virke direkte imot brukermidvirkning, for eksempel måten man registrerer tiltak på, og bruk av takster. Telling av tiltak er viktig; noen tiltak gir høyere inntekter enn andre. Hvorvidt tiltakene hjelper, etterspørres ikke i registreringssystemene. Dette gjelder spesielt spesialisthelsetjenesten, men også kommunene har utfordringer her. Høy grad av brukermidvirkning vil også utfordre fagfolks ekspertstatus, og åpne for nye måter å tenke på. Å organisere tjenestene våre fra brukerens ståsted innebærer en radikal end-

«Sats på brukermidvirkning som faglig kompetanseområde.»

ring i tjenestetilbudet, der lite er hellig og det kan settes spørsmålsteget ved mye av etablert praksis. Når tjenesteytere innser dette, er man langt på vei klar for en endring mot reell brukermidvirkning.

Kan vi starte på nytt i psykisk helsevern?

Brukermidvirkning har kommet for å bli. Det er klientenes lovfestede rett, som vi fagfolk er nødt til å forholde oss til. Hvordan vi forholder oss til brukermidvirkning, kan være avgjørende for hvor lenge pasienten blir værende i behandling og når endring skjer. I denne artikkelen har jeg vist til forskning på fellesfaktorer og feedback som støtter at brukerens midvirkning i psykoterapi er en viktig ingrediens for et positivt behandlingsresultat. Ved å la klienten være styrende i sin behandling vil vi komme raskere i gang med den type behandling som pasienten tror på, og som følgelig vil være mest effektiv. Det fremmer også en god terapeutisk alli-

anse ved at klienten opplever seg hørt og tatt på alvor. For å være sikre på at dette faktisk skjer, må terapeuten skaffe seg kontinuerlig feedback om hvordan klienten vurderer relasjonen og hvordan klienten vurderer effekten av behandling.

Jeg mener følgende fem tiltak vil bidra til å oppnå reell brukermidvirkning i psykisk helsevern:

- Sats på brukermidvirkning som faglig kompetanseområde. Anerkjenn nødvendigheten av at dette er noe som må læres av den enkelte terapeut, ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdanning. Ledere ved helseforetak, avdelinger og enheter bør satse på engasjerte fagpersoner som ønsker å utdanne seg innenfor dette feltet. En slik satsing må forankres i ledelsen for at den skal få gjennomslag.
- Etabler brukermidvirkning som fag ved alle utdanningene til de ulike profesjonene. I videreutdanningene bør brukermidvirkning også vektlegges.
- Jobb for å lage systemer som gir klientenes kunnskap og vurderinger likeverdighet. Dette gjelder for eksempel journalsystemer, regler om refusjonsrett og organisering av hjelpetilbudet.
- Benytt verktøy for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra klientene om hvordan de opplever behandlingen.
- Ledende fagmiljøer innenfor psykisk helse bør jobbe for å utvide psykoterapibegrepet. Uttalelser fra brukerrepresentanter viser at mennesker med psykiske vansker ønsker mer fleksibel hjelp enn terapeuter tradisjonelt har tilbudt.

Konklusjon

50 år med psykoterapiforskning viser at brukermidvirkning er et avgjørende element for vellykket behandling av psykiske lidelser. Fagmiljøene innenfor psykisk helse har i de siste årene vist større interesse for dette området, men man ser at det har fått begrenset gjennomslag i praksisfeltet. Det bør derfor satses mer målrettet på brukermidvirkning i utdanningsinstitusjonene og på arbeidsstedene, slik at brukermidvirkning får en naturlig plass i utdanningen og opplæringen av psykisk helse-arbeidere, psykologer og psykiatere.

Artikkelen er tidligere publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Fullstendig referanseliste finner du på www.psykologtidsskriftet.no ■