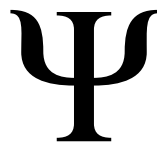




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Siri Selvik Kruse

Vår 2009

Veileder: Jan Skjerve

Forord

Tusen takk til Jan Skjerve for svært god veiledning. Jeg har følt meg vel ivaretatt og samtidig tilstrekkelig fri til å gjennomføre hovedoppgavearbeidet på en selvstendig måte. Jeg er svært fornøyd med valg av tema for oppgaven, medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid, og føler jeg har lært mye om et svært sentralt aspekt ved psykoterapien. Tusen takk også til min far for språklig gjennomgang av oppgaven.

Abstract

The patient's legal right to participate in clinical decision making is a professional challenge for psychotherapeutic work. Active patient participation in therapy is also seen as a precondition for successful outcome. The thesis discusses a key question: How to conduct therapy in consideration and promotion of patient participation? This is a clinical task requiring a patient perspective on therapy, and an autonomous administration of professional knowledge. It is argued that these conditions are accommodated in the Policy statement on evidence-based practice in psychology (EBPP), and that EBPP may be a useful conceptual model for the clinical decisions underlying patient participation. Evidence-based clinical decision making starts with the patient and asks what research evidence will be useful to help this particular patient. Clinical expertise is a core element. Case formulation, treatment plan, client-directed outcome-informed therapy, and individual plan are strategies recommended for evidence-based practice, because they are presumed to accommodate and adjust treatment to patients' needs. It is argued that the strategies have the potential to facilitate patient participation in clinical decision making. However, their desired effects depend on, amongst other conditions, the patient's subjective experience of actual participation, and the therapeutic relationship.

Sammendrag

Pasientens lovfestede rett til medbestemmelse er en faglig utfordring for psykoterapeutisk arbeid. Aktiv pasientdeltakelse i terapi er også ansett som en forutsetning for vellykket utfall. Oppgaven drøfter ett nøkkelspørsmål: Hvordan ivareta og fremme medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid? Dette er en klinisk oppgave som krever et pasientperspektiv på behandling og en autonom forvaltning av faglig kunnskap. Det blir argumentert for at disse vilkårene rommes i Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) og at EBPP kan være en nyttig forståelsesmodell for de kliniske beslutningene som ligger til grunn ved medbestemmelse. Evidensbasert klinisk beslutningstaking tar utgangspunkt i pasienten og spør hvilken forskningsevidens som er nyttig for å hjelpe akkurat denne pasienten. Klinisk ekspertise er en kjernekomponent. Kasusformulering, behandlingsplan, klient- og resultatstyrt praksis og individuell plan er anbefalte strategier for evidensbasert praksis, fordi de antas å tilpasse behandlingen til pasienters behov. Det blir argumentert for at strategiene har potensial for å ivareta medbestemmelse. Imidlertid vil deres ønskede virkning avhenge av flere forhold, blant annet pasientens subjektive opplevelse av reell deltakelse og den terapeutiske relasjonen.

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	1
UTGANGSPUNKT FOR OPPGAVEN	1
AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING.....	4
PROBLEMSTILLINGER OG OVERSIKT OVER OPPGAVEN	5
JURIDISK OG FAGLIG GRUNNLAG FOR MEDBESTEMMELSE.....	6
OVERSIKT OVER DET JURIDISKE GRUNNLAGET	6
RETNINGSLINJER FOR BRUKERMEDVIRKNING I BEHANDLING	10
PSYKOTERAPIFORSKNING OG PASIENTERS MEDBESTEMMELSE	13
VILKÅR FOR MEDBESTEMMELSE I PSYKOTERAPI.....	17
EKSPERTROLLEN	17
FAGLIG AUTONOMI.....	20
PASIENTPERSPEKTIV.....	26
MEDBESTEMMELSE I PSYKOTERAPEUTISK ARBEID	27
EBBP: EN MULIG LØSNING?	27
STRATEGIER FOR IVARETAKELSE AV MEDBESTEMMELSE I PSYKOTERAPEUTISK ARBEID	32
KASUSFORMULERING	33
BEHANDLINGSPLAN.....	36
INDIVIDUELL PLAN	43
KONKLUSJON	46
REFERANSER.....	48

Innledning

Utgangspunkt for oppgaven

Pasienten først! Helselovgivningen fastslår at pasientperspektivet og pasientens behov skal være grunnlaget for all behandling i det psykiske helsevernet. Helselovene generelt og pasientrettighetsloven spesielt har som et sentralt formål å ivareta pasientens autonomi i behandling (Pasientrettighetsloven, 1999). Autonomi dreier seg om vern av handlefrihet. Muligheten til å gjøre selvstendige valg og bestemme over eget liv er et rettssikkerhetsideal som naturligvis også gjelder for pasienter i psykoterapi.

Pasientrettighetsloven gir pasienten rett til medbestemmelse i form av rett til informasjon, samtykke og medvirkning. Disse rettighetene legger på ulike måter føringer for informasjonsdeling og samarbeid i psykoterapi og skal sammen bidra til å ivareta pasientens autonomi i behandlingen. Vektleggingen av medbestemmelse i pasientrettighetsloven henger sammen med at loven har som ideal at det skal være mest mulig åpenhet og medvirkning i behandlingen. Loven er utviklet for å fremme antiautoritære holdninger hos behandlere og fremskynde utvikling mot sterkere medvirkning fra pasienten.

Hva er det som gjør det så viktig å ta med pasienter på beslutninger i psykoterapi? For det første er det et juridisk krav og samtidig etisk korrekt. For det andre viser psykoterapiforskningen at medvirkning bidrar til et positivt utfall av terapien. Pasientens subjektive opplevelse av terapiens ”match” til egne behov og preferanser har vist seg å være viktige faktorer for å predikere terapeutisk utfall (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Prinsipperklæring for evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007), som er psykologprofesjonens faglige

plattform, omtaler pasientegenskaper og pasientpreferanser som uunnværlig kilde til kunnskap i god klinisk beslutningstaking.

Pasientens rett til å være med på beslutninger i psykoterapi er altså en rettighet med faglig belegg, som psykologen må forholde seg til. Formålet med denne oppgaven er å presentere innholdet i det juridiske og faglige grunnlaget for medbestemmelse og drøfte vilkår og mulige strategier for hvordan medbestemmelse skal forstås og praktiseres i psykoterapeutisk arbeid.

Utgangspunktet for medbestemmelse i psykoterapi ligger hos psykologen som beslutningsansvarlig. Slik som annet psykoterapeutisk arbeid, foregår ivaretagelse av medbestemmelse ved beslutningstaking, det vil si valg mellom ulike handlingsalternativer. Ivaretagelse av medbestemmelse skal skje ved å ta beslutninger på et faglig forsvarlig grunnlag (Helsepersonelloven, 1999). Dette innebærer plikt til å ivareta pasienten og la pasienten være kjent med og bidra til beslutningene. Oppgaven vil argumentere for tre sammenvevde vilkår for at psykologen skal kunne ivareta denne oppgaven.

For det første bør psykologen ha et avklart forhold til sin ekspertrolle. Ulike utforminger av ekspertrollen innebærer ulike holdninger til hva som er forsvarlig forvaltning av faglig kunnskap i behandling og medfører ulike perspektiv på hvordan medbestemmelse skal ivaretas. For det andre bør psykologen ha tiltrekkelig faglig autonomi. Faglig autonomi refererer til psykologens muligheter til å forvalte faglig kunnskap og gjøre selvstendige beslutninger for å ivareta pasientens individuelle behov. Det vil bli argumentert for at faglig autonomi er en forutsetning for pasientens autonomi. Et aktuelt spørsmål er om utviklingen i det psykiske helsevernet har medført at faglig autonomi er blitt svekket i så stor grad at pasientens rett til medbestemmelse

ikke blir godt nok ivaretatt. For det tredje bør psykologen verdsette pasientperspektivet som sentralt utgangspunkt for behandling. Dette innebærer at psykologen bør ha en holdning som sier at ”jeg er ingen ekspert uten å kjenne til pasientens ekspertise om seg selv”.

Det vil bli argumentert for at de ovennevnte vilkårene for medbestemmelse rommes i de tre grunnleggende komponentene ved evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): Den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser (APA, 2005b; Norsk Psykologforening, 2007). Evidensbasert klinisk beslutningstaking skal starte med pasienten og spørre hvilken forskningsevidens som vil være mest nyttig for å hjelpe akkurat denne pasienten (APA, 2005b). Denne oppgaven krever klinisk ekspertise. Klinisk ekspertise refererer både til en psykologfaglig kunnskapsbase og til ulike psykologfaglige kliniske ferdigheter (Rønnestad, 2008). EBPP vil bli foreslått som en mulig modell for de kliniske beslutninger, som ligger til grunn for ivaretagelse av medbestemmelse. Det vil bli argumentert for at medbestemmelse er en forutsetning for og konsekvens av det å bruke pasientens preferanser som utgangspunkt for behandlingsplanlegging. Det vil bli hevdet at et fokus på klinisk ekspertise i EBPP er holdningsmessig sammenfallende med ivaretagelse av pasientperspektivet.

EBPP vil bli beholdt som rammeverk når oppgaven skal drøfte mulige strategier for rettighetsinnfrielse: kasusformulering, behandlingsplan, klient- og resultatstyrt praksis og individuell plan. Felles for strategiene er at de er anbefalt for evidensbasert praksis fra faglig og/eller myndighetshold, fordi de antas å kunne bidra til å tilpasse behandlingen til pasientens individuelle behov. Bruk av behandlingsplan og kasusformulering er sentrale komponenter ved klinisk ekspertise i EBPP. Klient- og resultatstyrt praksis og individuell plan blir anbefalt som verktøy for brukermedvirkning

fra myndighetshold. Hvorvidt strategiene er egnet for å ivareta medbestemmelse innenfor de rammene som foreligger i det psykiske helsevernet blir drøftet.

Avgrensning og begrepsavklaring

Rett til medbestemmelse vil bli brukt som samlebetegnelse for retten til informasjon, samtykke og medvirkning. Begrunnelsen for dette er at informasjon er grunnlag for medbestemmelse, og samtykke og medvirkning innebærer medbestemmelse.

Oppgaven skal være avgrenset til medbestemmelse i behandling hos psykolog, selv om den kan ha relevans også for andre helseprofesjoner. Pasientbegrepet vil bli brukt på linje med Prinsipperklæring om EBPP (Norsk Psykologforening, 2007), som igjen bruker pasientbegrepet i overensstemmelse med diskusjonen om evidensbasert praksis i helsevesenet. Prinsipperklæringen sier at begreper som "klient" og "bruker" kunne like gjerne vært brukt som "pasient".

Oppgaven er avgrenset til å gjelde medbestemmelse i frivillig behandling siden det oppstår særegne problemstillinger når behandling er iverksatt uten samtykke.

Oppgaven kan imidlertid ha relevans også for tvungen behandling, fordi også her skal medbestemmelse være et mål i det psykoterapeutiske arbeidet.

Autonomi dreier seg om vern av handlefrihet. Rett til informasjon, samtykke og medvirkning skal verne om pasientens handlefrihet i behandling. Pasientrettighetsloven inneholder også flere strategier for ivaretagelse av autonomi: rett til helsehjelp, rett til fritt sykehusvalg, rett til journalinnsyn etc., men disse har ikke direkte relevans for medbestemmelse i selve behandlingen og vil ikke bli drøftet i denne oppgaven.

Problemstillinger og oversikt over oppgaven

Medbestemmelse er en pasientrettighet psykologen bør ivareta. Loven og offentlige retningslinjer krever at medbestemmelse skal finne sted i psykoterapeutisk arbeid. Psykoterapiforskning viser at medbestemmelse er en viktig forutsetning for vellykket behandling. Det juridiske og faglige grunnlaget for medbestemmelse vil bli presentert i første del av oppgaven. Dette gir bakgrunn for å hevde at pasientens rett til medbestemmelse både er en utfordring psykologen må forholde seg til og en løsning for vellykket behandling. Psykologens oppgave blir å anvende utfordringen som løsning i psykoterapeutisk arbeid. I denne forbindelse stiller oppgaven to hovedspørsmål, som vil bli drøftet i andre og tredje del av oppgaven.

Hva er vilkårene for medbestemmelse i psykoterapi er det første spørsmålet? Det vil bli tatt utgangspunkt i at ivaretagelse av medbestemmelse er psykologens oppgave. Ekspertkunnskap, profesjonell autonomi og pasientperspektiv vil bli drøftet som vilkår for at psykologen skal kunne ivareta denne oppgaven. Det andre spørsmålet er hvordan ivareta medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid? EBPP vil bli foreslått som en modell for de kliniske beslutningene som ligger til grunn ved medbestemmelse. Kasusformulering, behandlingsplan, klient- og resultatstyrt praksis (KOR) og individuell plan vil bli drøftet som mulige strategier for medbestemmelse. Fjerde del av oppgaven inneholder en konklusjon.

Juridisk og faglig grunnlag for medbestemmelse

Oversikt over det juridiske grunnlaget

Pasientrettighetsloven (1999) ble vedtatt samtidig med helsepersonelloven, loven om psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesteloven. Helselovgivningen som helhet er utviklet med pasientperspektivet i fokus. Pasientrettighetsloven gir føringer for hvordan ivareta den enkelte pasients preferanser og behov i behandlingen. Loven er anti-autoritær og anti-paternalistisk ved å legge vekt på betydningen av pasientmedvirkning og åpenhet. Den ble utviklet nettopp for å fremskynde en holdningsendring mot sterkere brukermedvirkning i helsevesenet. Loven er skrevet med henblikk på den somatiske sektoren, men er fullt ut gjeldende også for det psykiske helsevernet.

I tillegg til å ivareta den enkelte pasient har pasientrettighetsloven som formål å sikre befolkningen tilgang på helsehjelp av god kvalitet (Pasientrettighetsloven, 1999). Det betyr at ivaretagelse av den enkelte pasient skal ta hensyn til pasientpopulasjonen som helhet. Et slikt folkehelseperspektiv vil bl.a. innebære innskrenkninger av den enkeltes frihet til å velge behandling. Rett til medbestemmelse er også en komponent ved pasientens rett til forsvarlig helsehjelp. Pasientens rett til forsvarlig helsehjelp kan sies å være et speilbilde av psykologens plikt til å utøve forsvarlig helsehjelp.

Plikt til å utøve forsvarlige tjenester

Det er psykologens plikt å utøve praksis i samsvar med profesjonens krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Faglig forsvarlighet skal alltid innebære ivaretagelse av pasientens behov. Psykologen skal gjøre faglige vurderinger av hvilke beslutninger som vil være til pasientens beste, og samtidig la pasienten være med å bestemme så mye som mulig. Dette fremkommer av begrepet medbestemmelse:

pasienten har rett til å være med å gjøre beslutninger, men psykologen er beslutningsansvarlig.

Psykologen og pasienten stiller med to ulike perspektiv på behandlingen. Plikten til faglig forsvarlighet innebærer at psykologen i noen tilfeller vil gjøre beslutninger som går på tvers av hva pasienten gir uttrykk for og ønsker. I slike tilfeller vil det være et mål å engasjere pasienten i en evaluering av situasjonen for å forsøke å komme til enighet om mål. Slik vil medbestemmelse bli ivaretatt. I tilfeller der man ikke lykkes å komme til enighet og psykologen vurderer at pasientens uttrykte ønsker er til skade for pasienten eller andre, vil psykologen kunne bestemme å fortsette behandling i fravær av medbestemmelse. Det vil her være snakk om tvunget behandling. Også innenfor slike rammer skal psykologen etterstrebe så mye medbestemmelse som mulig.

I forbindelse med medbestemmelsesretten kan det være interessant å påpeke skillet mellom faglig forsvarlig praksis og god praksis (Myklebust & Zimmermann, 2008). Bestemmelsen om faglig forsvarlighet er en rettslig standard og sier ingenting om hva som er godt psykologfag. Det er opp til profesjonen selv å bestemme hva som er å regne som faglig forsvarlig helsehjelp. Videre er faglig forsvarlighet en minstestandard for hva som er å regne som lovlig praksis, mens målet for psykologen er å yte best mulig helsehjelp, med andre ord god praksis. Ivaretagelse av medbestemmelse er et vilkår for forsvarlig praksis. Dette betyr at det er viktig å finne strategier for medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid. Slike strategier vil kunne bidra med faglig innhold til forsvarlig helsehjelp. Dersom strategiene er gode vil de også kunne bidra til å bevege praksis fra ”kun” faglig forsvarlig til god praksis.

Pasientens rett til informasjon, samtykke og medvirkning

Medbestemmelsesrettighetene skal ivareta pasientens egenverd, autonomi og integritet i behandlingen (Pasientrettighetsloven, 1999). Retten til informasjon dreier seg om rett til å få opplysninger om behandling. Å samtykke dreier seg om å akseptere et behandlingsforslag. Medvirkning dreier seg om aktiv innflytelse på utforming av behandling. Rett til informasjon, samtykke og medvirkning er sammenvevde og delvis overlappende komponenter ved medbestemmelse. De gir retningslinjer for ulike fremgangsmåter for informasjonsdeling og samarbeid i behandlingen.

Rett til informasjon. Tilgang på informasjon er forutsetning for samtykke og medvirkning. Pasienten skal ha nødvendig og tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsetilbudet slik at han eller hun har et forsvarlig beslutningsgrunnlag for å gi sitt samtykke (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Dette innebærer grundig orientering om mål, metoder og forventede fordeler og mulige ulemper med behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Informasjonen skal være tilpasset pasientens egenskaper og forutsetninger. Dette stiller krav til utvalget, utformingen og overleveringen av informasjonen. Det foreligger ikke formkrav til informasjonen som gis. Dermed er det opp til psykologen å avgjøre hvordan informasjonen skal utvelges, utformes og overleveres, så lenge informasjonen er nødvendig, tilstrekkelig og tilpasset pasienten.

Rett til samtykke. ”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke” (Pasientrettighetsloven, 1999, paragraf 4-1). Samtykke skal alltid foreligge i forkant av det tiltaket som blir iverksatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Ved gyldig samtykke har pasienten hatt anledning til å vurdere sin situasjon og

har foretatt et valg som kommer eksplisitt eller stilltiende til uttrykk. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

Psykologen skal vurdere kvaliteten på samtykket pasienten avgir og hvorvidt det kan regnes som gyldig. Pasienter kan ha vansker med å uttrykke sin egentlige vilje og det er psykologens ansvar å vurdere ”vedkommendes utsagn... i lys av hva personen ville ha besluttet hvis forholdene rundt beslutningen var optimale” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, pkt. 6.7.1.1). Psykologen skal legge til rette for at alle pasienter i størst grad selv skal kunne samtykke til egen behandling. Dette stiller særlige krav til utformingen av informasjonen som skal legge grunnlaget for samtykke til pasienter med redusert samtykkekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Psykologen skal drive behandling i tråd med gyldig samtykke (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). På denne måten blir pasienten aktivt deltakende i etablering av egen behandling.

Rett til medvirkning. ”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder” (Pasientrettighetsloven, 1999, paragraf 3-1). Medvirkning innebærer at ”pasienten blir en samarbeidspartner for helsepersonellet, som i tillegg til å motta hjelp skal bidra til å sette premissene for hva som skal gjøres og på hvilken måte” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, pkt. 5.1.6). Det poengteres at ”helsepersonellet har de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede metoden for hver enkelt pasient” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, pkt. 5.1.4), men at ”pasientens syn og vurdering er et tungtveiende argument i avgjørelsen” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, pkt. 5.1.4).

Oppsummering av det juridiske grunnlaget for medbestemmelse. Pasientens rett til informasjon, samtykke og medvirkning legger føringer for det psykoterapeutiske arbeidet. Behandling skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov, men medbestemmelse skal skje i en faglig forsvarlig ramme. Pasientrettighetslovens krav om medbestemmelse er blitt fulgt opp av flere offentlige utredninger og retningslinjer for praksis. Her brukes ofte begrepet brukermedvirkning som en samlebetegnelse for pasientens deltakelse i behandling. Dette begrepet refererer til mye av det samme som medbestemmelse.

Retningslinjer for brukermedvirkning i behandling

Helselovgivningspakken fra 1999 hadde som hensikt å fremskynde en holdningsendring i helsevesenet fra "behandleren vet best" til "pasienten vet best". Offentlige standpunkt om mangelfull ivaretagelse av brukermedvirkning vare med å lede fram til Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), som sier at brukerperspektivet skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innen psykisk helse. "Pasientens behov er utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997a, pkt. 1). "Det er brukernes behov som skal avgjøre hva slags tilbud som gis. Tjenestene skal ha tilfredsstillende kvalitet og skal gis som individuelt tilpassede tilbud" (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997b, pkt. 1.4). Offentlige utredninger gir retningslinjer for hvordan brukermedvirkning bør bli forstått og praktisert i det psykiske helsevernet.

Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på tjenester og hvordan tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Overordnet formål er økt kvalitet på tjenestene og

at brukeren får økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukeren skal oppleve et personlig møte preget av respekt, likeverd og trygghet. Med brukermedvirkning følger økt autonomi, ansvar og kontroll over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Brukermedvirkning på individnivå skal ha en terapeutisk egenverdi ved å gi brukeren en aktiv, deltakende og innflytelsesrik rolle i egen behandling. Mennesker opplever mestring, motivasjon og selvrespekt når de får anledning til å styre over eget liv (Sverdrup, Kristofersen, & Myrvold, 2005). Det er en slags ”mobilisering nedenfra”, ved at brukere blir gitt anledning til å definere egne problemer ut fra egen situasjon og finne egne løsninger, men gjerne i fellesskap med andre (Askheim, 2003). Mange brukere oppsøker psykoterapi med en følelse av hjelpsløshet som kan bli forsterket ved fravær av brukermedvirkning. Pasientens innspill medfører økt ”treffsikkerhet” i valg av behandlingsstrategier, det vil si økt ”match” mellom tiltak og faktiske behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Til tross for at krav om brukermedvirkning både er politisk og ideologisk korrekt, medfører det ikke nødvendigvis reell brukermedvirkning. Det kan ha lett for å bli bare ”ord dersom arbeidsformen ikke er anerkjent og omsettes i konkret handling fra de som gir tjenester” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, p. 10). Potensialet for reell brukermedvirkning ligger i dialogen og samspillet mellom pasient og tjenestutøver. Det er en forutsetning at pasienten opplever at egne bidrag har betydning og reell innflytelse på utformingen av behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Mennesker med psykiske vansker kan av ulike grunner ha problemer med å gi tilstrekkelig uttrykk for sine behov. Psykologen må gi pasienter med psykisk lidelse mulighet til å medvirke på lik linje med alle andre. Det blir påpekt at tjenestutøvere i noen tilfeller kan mistenkes for å ikke involvere pasienter med psykiske vansker ut fra

en antagelse om at de selv ”vet bedre”, og at pasienter med psykiske lidelser ikke evner å ”sette seg inn i eller delta i egen behandling på samme måte som personer med somatiske lidelser gjør” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, pkt. 4.1).

Involvering av brukere er en sentral forutsetning for kvalitetssikring av tjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Brukeren sitter på unik informasjon om hva slags forbedringer som bør gjøres og på hvilke måter, fordi brukeren er den eneste som er med i hele behandlingsforløpet. Det er et mål at pasienters erfaringer og innspill skal gjenspeiles i den faglige forståelsen av psykiske vansker og i anbefalinger om behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). En rekke tiltak er blitt iverksatt for å øke brukermedvirkning i det psykiske helsevernet. Brukere skal ha tilgang på informasjon og oppfølging fra kompetansesentre for brukermedvirkning og brukerorganisasjoner. Pasientombudet har en tjenestefunksjon om å ivareta brukernes rettigheter (Pasientombudet). Det foregår utvikling og utprøving av gode modeller for brukermedvirkning, slik som klient- og resultatstyrt praksis og individuell plan. Disse to strategiene vil bli presentert senere i oppgaven.

Oppsummering av retningslinjer for brukermedvirkning. Brukermedvirkning er grundig vektlagt og verdsatt i offentlige utredninger og retningslinjer for praksis. Det offentlige synet på brukermedvirkning er kjennetegnet ved gjennomgående respekt for pasientens autonomi og direkte appell til tjenesteutøvere om å sette pasientens behov først i alle faglige beslutninger. De offentlige retningslinjene bygger på pasientrettighetsloven, og sammen utgjør de et myndighetskrav om medbestemmelse. Psykoterapiforskning gir myndighetskravet faglig belegg.

Psykoterapiforskning og pasienters medbestemmelse

I bakgrunns materialet til pasientrettighetsloven blir det vist til behandlingsforskning for å begrunne retten til medbestemmelse. Pasientdeltakelse er viktig forutsetning for vellykket og virksom behandling og pasienttilfredshet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Hensiktsmessig informasjon til pasienten fremmer god pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

APA (2005b) refererer til undersøkelser som viser at en aktiv, motivert pasient bidrar til vellykket behandling. Videre skal psykoterapi skal ha større og mer langvarig effekt dersom pasienten tilskriver endringen egen innsats (Lambert & Bergin, 1994). Det er gjort studier av hva som kjennetegner gode terapeuter på tvers av teoretiske retninger. Gode terapeuter bruker pasientens egne verdier som ledetråd i den terapeutiske prosessen (Levitt, Neimeyer, & Williams, 2005). I de tilfelle der terapeuten vurderer at pasientens egne verdier er direkte til ulempe for pasienten, forsøker terapeuten aktivt å involvere pasienten i en evaluering av disse verdiene. På bakgrunn av denne forskningen kan man argumentere for at de gode terapeutene er fokusert på pasientens behov og relasjon til pasienten (Goodheart, 2006).

Endringsfaktorer i psykoterapi

I psykoterapiforskningen er det vanlig å skille mellom pasientfaktorer, terapeutfaktorer og behandlingsfaktorer (Wampold, 2001). Pasientfaktorer er pasientens egenskaper, preferanser og ressurser. Det er pasientfaktorene som kommer til uttrykk ved medbestemmelse. Terapeutfaktorer er psykologens personlige egenskaper og ferdigheter. Pasientfaktorer og terapeutfaktorer er altså noe partene tar med seg inn i behandlingen og blir til forutsetninger for hva som skapes der. Behandlingsfaktorene

kan deles opp i egenskaper og prosedyrer som er unike for spesifikk teoretisk/metodisk tilnærming (spesifikke faktorer) og egenskaper som er felles for ulike teoretiske/metodiske tilnærminger (generelle faktorer/fellesfaktorer). De generelle faktorene er subjektive og kontekstuelle forhold ved behandlingen, slik som terapeutisk allianse. Terapeutisk allianse kan defineres som et positivt emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut og enighet om mål og metode (Bordin, 1979).

Pasienten som viktigste endringsfaktor

Wampold (2001) gjør en sammenfattende analyse av psykoterapiforskning og konkluderer med at pasientfaktorer har langt større forklaringsverdi for utfall av terapi (87 prosent) enn spesifikke og generelle behandlingsfaktorer (13 prosent). Av de spesifikke og generelle behandlingsfaktorenes samlede forklaringspotensial (100 prosent) tilskrives bare åtte prosent spesifikke faktorer. Det vil si at virkningen av de spesifikke behandlingsfaktorene kun utgjør én prosent av den samlede effekten av pasientfaktorer, terapeutfaktorer og behandlingsfaktorer. I et gjennomsnitt av saker kommer altså effekten av pasienten før effekten av behandlingen og effekten av de generelle forhold ved behandlingen før effekten av de spesifikke forhold. Dette kan forklare at man finner tilnærmet like behandlingsresultater på tvers av ulike terapeutiske retninger, og at det har vist seg vanskelig å fremskaffe evidens for at én retning er bedre enn en annen (Rønnestad, 2000; Wampold, 2001).

Wampold (Wampold, 2001) understreker at tallene ikke skal tolkes dit hen at spesifikke variabler ikke har betydning, men at effekten blir modulert av terapeutfaktorer og metodetilhørighet ("allegiance"). Dette vil påvirke terapeutens evne til å formidle metoden til pasienten på en troverdig måte. I tillegg vil egenskaper ved

den enkelte pasient påvirke i hvilken grad en gitt terapiteknikk har effekt. Imidlertid har det vist seg at gitte terapeutiske teknikker har best effekt i forhold til avgrensede problemer. Dette gjelder blant annet eksponeringsteknikker for behandling av fobier og tvangsproblemer. I de fleste tilfeller har ikke pasienter så avgrensede problemer (Reichelt & Skjerve, 1994).

Psykoterapiforskning og implikasjoner for medbestemmelse

Fagfolk strides om hva som er de viktigste endringsfaktorene i psykoterapi. Wampold (2001) omtaler dette som en debatt mellom en medisinsk og kontekstuell modell for psykoterapi. Den medisinske modellen tilskriver spesifikke behandlingsfaktorer mest betydning for endring, mens den kontekstuelle tilskriver pasientfaktorer, terapeutfaktorer og generelle faktorer mest betydning. Psykoterapiforskningen, som vist over, peker mot den kontekstuelle modellen som den mest sannsynlige. Hvilke implikasjoner kan funnene fra psykoterapiforskningen ha for medbestemmelse?

Medisinsk modell har hatt stor innflytelse på utviklingen av psykoterapi, for eksempel på psykodynamisk orientert terapi og varianter av atferdsterapi.

Pasientrettighetsloven har en medisinsk modell som utgangspunkt. Loven har dermed en innebygd antagelse om de spesifikke behandlingsfaktorenes overlegne effekt. Den kontekstuelle modellen, som er støttet av en overvekt av psykoterapiforskning, konkluderer annerledes. Vellykket utfall av terapi avhenger lite av hvilken metode og teori som er i bruk. Det er pasientfaktorer, terapeutfaktorer og generelle behandlingsfaktorer som er mest avgjørende. For medbestemmelsesretten kan dette implisere forbedrede vilkår. Dersom behandlingsmetoden i seg selv har mindre betydning betyr det at pasienten kan få være med å velge, uten at dette får noen negative

konsekvenser for behandlingen. Det kan med andre ord hende at mulighetene for å realisere medbestemmelse er større enn hva pasientrettighetsloven har som innebygd antagelse.

Betydningen av medbestemmelse øker ytterligere dersom pasientens deltakelse i valg av behandlingsmetode i seg selv kan bidra til behandlingsmetodens effekt.

Forskningsfunn gir belegg for å si at pasientens opplevelse av eierskap og tilhørighet til behandlingsmetoden kan bidra til metodens virkning (Duncan et al., 2004). Det er mulig at pasientens deltakelse i valg av behandlingsmetode kan bidra til opplevelse av eierskap og tilhørighet til metoden. Representanter for den kontekstuelle modellen (Frank & Frank, 1991) mener at vellykket psykoterapi nettopp avhenger av at både terapeut og pasient har tro på behandlingsmetoden. De omtaler dette som å ha et felles rasjonale for behandlingen, som gir en troverdig forklaring for pasientens vansker og som foreslår ulike ritualer eller prosedyrer (teknikker) for å løse vanskene. De sier at effekten av ritualer og prosedyrer avhenger av aktiv deltakelse fra både terapeut og pasient, og at pasienten opplever allianse med terapeuten. Dersom pasientens deltakelse i valg av behandlingsmetode bidrar til behandlingsmetodens effekt, via opplevelse av eierskap og tilhørighet til metoden, understreker det viktigheten av å anvende strategier for medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid.

Oppsummering av juridisk og faglig grunnlag. Sannsynligheten for vellykket psykoterapi øker med ”terapeutisk match” mellom pasient, psykolog og terapeutisk tilnærming (Duncan et al., 2004; Frank & Frank, 1991). Psykologer, som behandlingsansvarlige, bør utøve terapeutiske handlinger som støtter slik ”matching”: informere, lytte til pasientens ønsker og behov og la pasienten delta aktivt i

behandlingen. Pasientens medbestemmelse kan betraktes både som et juridisk mål og et terapeutisk middel for vellykket psykoterapi.

Vilkår for medbestemmelse i psykoterapi

Ekspertrollen

Som profesjonsutøver og ”profesjonell hjelper” er psykologen tildelt en ekspertrolle. Pasienter oppsøker som oftest psykolog fordi de sliter med noe de ikke klarer å løse på egen hånd. Det er vanlig at pasienter møter i terapi med en forventning om at psykologen har spesiell kompetanse på psykiske vansker, behandling og måter å mestre livet på. Dette er en legitim pasientforventning, men den er samtidig en sentral grunn til at psykologen bør ha et avklart forhold til sin ekspertrolle. Det er rimelig å hevde at psykologen som vitenskapelig og klinisk utdannet profesjonsutøver er bærer av psykologfaglig og klinisk relevant kunnskap. Den kunnskapen kan man velge å kalle ekspertkunnskap. Ulike fagfolk har imidlertid ulike holdninger til hvorledes forvalte ”ekspertkunnskap” i behandlingen. De ulike holdningene bygger på ulike antagelser om hvordan en bør gå frem for å ivareta pasienter. Grovt sett kan man skille mellom en ”vite”-holdning og en ”ikke-vite”-holdning til ekspertrollen (Reichelt & Skjerve, 1994). Psykologens utforming av ekspertrollen vil påvirke medbestemmelsesprosessen i det psykoterapeutiske arbeidet og kan påvirke mulighetene for medbestemmelse.

”Vite”-holdning til ekspertrollen

Denne holdningen kjennetegner den tradisjonelle ekspertrollen til profesjonsutøvere eksemplifisert ved den gamle legerollen. Profesjonsutøverens ekspertkunnskap blir

ansett som viktig og riktig for behandling av pasienten. Et sentralt mål for behandling er å utforske for å kategorisere. Med dette menes å kartlegge og ”avdekke” pasientens vansker for så å kunne plassere vanskene i en forhåndsdefinert lidelseskategori.

Profesjonsutøverens kunnskap om pasientens lidelseskategori eller diagnose, blir utgangspunkt for behandlingsplanlegging. Profesjonsutøveren er her en ansvarlig og myndig aktør i behandlingsarbeidet. Dette åpner for at profesjonsutøveren kan opptre autoritært og paternalistisk, ved å dosere sin ekspertkunnskap til pasienten.

Et av problemene med ”vite”-holdningen er at den i liten grad vektlegger og verdsetter pasientens egen kunnskap om egne behandlingsbehov og preferanser. Dette fører til at det kan bli vanskelig å ivareta pasientens rett til medbestemmelse. ”Vite”-holdningen kan fungere godt for å ivareta retten til informasjon og samtykke. Å ”vite” er forenlig med å kunne informere om hva man vet. Det er også fullt mulig for pasienten å samtykke til informasjon uten å ha medvirket til å utforme den. Holdningen kan imidlertid være en ulempe for ivareta medvirkningsretten. Ekstremvarianter er vanskelig stilt i et pasientrettighetsperspektiv på grunn av lite rom for medvirkning. Det er imidlertid mulig å være opplysningsorientert og samtidig ivareta medvirkning.

”Ikke-vite”-holdning til ekspertrollen

Denne representerer en reaksjon til ”vite”- holdningen. Profesjonsutøveren anerkjenner å være kunnskapsrik, men tar ikke sikte på å dosere sin kunnskap til pasienten og presentere den som riktig og viktig. Med ”ikke-vite”-holdningen er utforskning et mål i seg selv, fordi behandlingen er samtaleorientert. Holdningen innebærer å være kritisk til behandling basert på kategorisering og diagnoser. Kategorisering blir lite relevant når behandling er samtaleorientert.

Et sentralt opphav for ”ikke-vite”-holdningen er familie- og systemorienterte terapiretninger med sosialkonstruksjonistisk perspektiv (Anderson & Goolishan, 1988; 1992; de Shazer, 1988; White & Epston, 1990). Med en sosialkonstruksjonistisk tilnærming til terapi er målet å finne fram til de historier som sammen skaper et fenomen. Det blir dermed lite relevant å skulle konstruere den ”sanne” historien (Gergen, 1985). Psykologens oppgave i behandling er å være ekspert på samtaler (”conversations”) som fremmer pasientens egenekspertise (Anderson & Goolishan, 1988; 1992). Det er pasienten og pasientens egenekspertise som skal være utgangspunktet og drivkraften i behandlingen. Man er opptatt av at psykologen ikke kan kjenne til hva som er best behandling for pasienten og i hvilken retning pasienten bør bevege seg, uten å kjenne til pasientens kunnskap om seg selv.

Det finnes mer og mindre hensiktsmessige tolkninger av ”ikke-vite”-holdningen til ekspertrollen. En lite hensiktsmessig tolkning er at psykologen ikke bør påberope seg noen som helst form for ekspertkunnskap og således er å betrakte som nokså kunnskapsløs om behandling. Denne tolkningen blir ”feil” fordi den tillegger forsvarerne av ”ikke-vite”-holdningen oppfatninger de ikke har/hadde (Anderson & Goolishan, 1988; 1992; de Shazer, 1988; White & Epston, 1990). En mulig fordel med tolkningen er at pasienten får en svært sentral og betydningsfull posisjon i behandlingen. Mulighetene for medvirkning er altså store, men spørsmålet er om psykoterapi utøves forsvarlig uten at psykologen har kunnskap?

En mer hensiktsmessig tolkning er at ”ikke-vite”-holdningen rommer kunnskap (Reichelt & Skjerve, 1994). Psykologen er kunnskapsrik i form av å kjenne til både pasientens egenekspertise og generell psykologfaglig kunnskap. Psykologen er ekspert i kraft av å kunne integrere denne kunnskapen og vil opphøre å være ekspert dersom den

ene eller den andre kunnskapen fjernes. Dette ligner på idealet for evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007).

Slik som ”vite”-holdningen vil ”ikke-vite”-holdningen til ekspertrollen påvirke mulighetene for medbestemmelse i psykoterapi. Det å innta en ”ikke-vite” posisjon er en fordel for medvirkning, men kan være en ulempe for samtykke og informasjon, siden psykologen er opptatt av pasientdeltakelse og mindre opptatt av å formidle kunnskap om behandlingen til pasienten. De ulike medbestemmelsesrettighetene blir altså ivarettatt i ulik grad med de to ulike holdningene til ekspertrollen. Imidlertid er det selvfølgelig et mål å ivareta alle rettighetene. Det er grunn til å tro at et avklart forhold til egen ekspertrolle er en viktig forutsetning for at dette skal la seg gjøre, fordi dette også innebærer et avklart forhold til hvordan man synes det er best å gå fram for å ivareta medbestemmelse.

Oppsummering av ekspertrollen. Pasientens lovfestede rett til informasjon, samtykke og medvirkning stiller krav til utformingen av ekspertrollen. Det er grunn til å hevde at ekstremposisjoner av både det å ”vite” og det å ”ikke vite” er vanskelig å forene med faglig forsvarlig ivaretagelse av medbestemmelse. Dette er oppgave som krever at psykologen plasserer seg mellom ekstremposisjonene. Innenfor disse rammene finnes det mange måter å ivareta pasienter. Det er imidlertid en fordel å ha et avklart forhold til hvor man står for å kunne gjøre gode beslutninger.

Faglig autonomi

Faglig autonomi refererer til psykologens frihet til å gjøre selvstendige faglige beslutninger i behandlingen. Det dreier seg blant annet om frihet til å styre innholdet i det terapeutiske møtet og velge mellom tilgjengelige fremgangsmåter og kunnskapssyn

innenfor faget (Ekeland, 2004). Psykologen er tildelt kontroll over egen yrkesutøvelse - faglig autonomi, fordi psykologfaglig kunnskap anses som spesialisert og utilgjengelig for utenforstående. Det skal også verne pasienten i behandlingen, som antas å være best ivaretatt uten inntrengning utenfra (Ekeland, 2004). I det følgende vil det bli argumentert for at faglig autonomi er vilkår for at psykologen skal kunne ivareta pasientens autonomi.

Faglig autonomi er relatert til psykologens "ekspertfunksjon" i behandlingen. Det vil gjøre liten nytte å være bærer av faglig kunnskap uten å kunne forvalte denne kunnskapen relativt selvstendig. Det er psykologens mulighet for å velge fremgangsmåter for behandling som gjør at psykologen kan tilpasse behandlingen til pasientens individuelle behov. Den faglige autonomien er altså forutsetning for individualisert behandling og ivaretagelse av pasientautonomi. Den gjør psykologen til en ansvarlig og myndig aktør og pasienten til en aktiv deltaker, med frihet til å være med å bestemme over egen behandling (Ekeland, 2004).

Psykologen bør altså ha tilstrekkelig autonomi for at det skal være mulig å ivareta pasientens individuelle behov. Imidlertid har ikke psykologens faglige autonomi frie vilkår og det finnes mange legitime grunner til dette. Faglig autonomi er begrenset av økonomiske rammer som er laget for å sikre befolkningen tilgang på god behandling. Ivaretagelse av den enkelte pasient skal skje med tilgjengelige økonomiske midler og med hensyn til ivaretagelse av pasientpopulasjonen som helhet. Kravet om faglig forsvarlighet gjør det også rimelig å legge visse føringer for hvilke beslutninger psykologer bør og ikke bør gjøre. Slike føringer har til hensikt å sikre kvalitet på behandling.

Når vilkårene for den faglige autonomien svekkes, svekkes imidlertid også vilkårene for pasientens medbestemmelse. Flere hevder at vilkårene for den faglige autonomi er svekket i så stor grad at pasientens mulighet til å gjøre reelle valg i behandlingen står i fare (Ekeland, 2004; Førde, 2003; Stefansen & Haugen, 2006). Psykologens faglige autonomi er begrenset av flere forhold. Begrensninger på grunn av vitenskapeliggjøring av psykoterapeutisk arbeid, krav om kostnadseffektivitet og produksjon og system for tilsyn og kvalitetssikring står sentralt.

Vitenskapeliggjøring av psykoterapeutisk arbeid

Psykologprofesjonen har et vitenskapelig grunnlag og bør forholde seg til vitenskapelige idealer. For eksempel bør man være opptatt av at forskningsevidens er nyttig kilde til kunnskap. Flere fagfolk spør imidlertid om gitte vitenskapelige idealer har fått en så stor plass i behandlingen at man kan snakke om en vitenskapeliggjøring av det psykoterapeutiske arbeidet (Ekeland, 2004; Førde, 2003; Reed & Eisman, 2006; Stefansen & Haugen, 2006; Stricker et al., 1999; Tanenbaum, 2003). De vitenskapelige idealene som blir satt under lupen, er kjennetegnet ved medisinsk tankegang og en smal tolkning av hvilke typer forskning som kan gi gyldig kunnskap.

(Mis)bruk av evidensbegrepet. Evidensbegrepet blir mye brukt og misbrukt i behandling. Det å kunne vise til evidens, er blitt til et tegn på kvalitet som gir behandling legitimitet (Ekeland, 2004). Tanenbaum (2003) omtaler bruken av begrepene evidens og evidensbasert praksis (EBP) som en retorisk triumf:

It is, in fact, a rhetorical triumph, for who can argue with evidence? Critics of EBP literally have nothing to call themselves or their position; it is not evidence, but the limitations of certain evidence hierarchies they oppose....Moreover, the

rhetoric of evidence-based practice raises an important question in the listener`s mind: If EBP is the introduction of evidence into practice, how have clinicians been practicing all along? What is there besides evidence? Even if the public never gets it`s specifics, however, it should be clear to them that clinicians are in the wrong. (p. 294)

Det antydes her at psykoterapi er fundert på noe mer enn anvendelsen av ”evidens” i praksis. Kanskje er dette ”mer” blant annet den faglige autonomien. Et problem med vitenskapeliggjøringen av praksis er at flertallet av psykologer baserer sin virksomhet på en rekke kunnskapskilder, slik som uformell terapiforskning, kollegial kunnskapsformidling og egen erfaring og ikke bare formell forskningsevidens (Reichelt & Skjerve, 1994).

Standardisering og manualisering. Vitenskapeliggjøring av praksis kan føre til hva man kan kalle ”standardisert behandling for standardiserte lidelser”, det vil si bruk av manualbaserte behandlingsmetoder for forhåndsdefinerte vansker. Manualene foreskriver spesifikk terapeutatferd i behandlingen. Et vanlig problem med manualbasert behandling er at enkeltpasienter sjeldent passer inn i malen for behandlingen, og at man derfor må endre på behandlingsmanualen for at den skal kunne hjelpe pasienten (Havik, 2000).

Standardisering av behandling kan medføre at pasienten går fra å være subjekt til å være objekt (Ekeland, 2004) - en gjenstand for psykologens teknikker. Det kan også medføre at psykologen går fra å være autonom og myndig til å bli en slags tekniker. Westen, Novotny og Thompson-Brenner (2004) sier at psykologen står i fare for å bli en ”paraprofesjonell som ikke kan – og ikke burde – utøve selvstendige kliniske vurderinger ved valg av behandlingsintervensjoner” (s. 639). Goodheart (2006) påpeker

at det gir lite mening å redusere psykoterapi, som er en menneskelig og relasjonell virksomhet, til teknikk og mekanikk. Dersom psykologen bruker sin autonomi til å motsi ensrettede vitenskapelige idealer for behandling, kan psykologen bli stemplet som antivitenskapelig eller uvillig til å endre atferd. Slik motstand blir ofte omtalt som den største hindringen for implementering av EBP i behandling (f.eks. Keckley, 2003).

Kreditering av visse behandlingsformer. Vitenskapeliggjøringen av praksis har i stor grad vært basert på en liten del av tilgjengelig forskning, nærmere bestemt formell forskningsevidens og randomiserte-kontrollerte forsøk (RCT-forsøk). Det er standardiserte og manualiserte behandlingsmetoder som passer best inn i slike forsøk. Disse metodene har fått tilnavnet ”evidensbaserte” fremfor andre behandlingsmetoder som er like mye eller mer brukt i den kliniske hverdagen (Tanenbaum, 2003; Westen et al., 2004). Dette har ført til en kreditering av særlig kognitiv og atferdsrettet terapi, som passer bedre inn i manualer enn mange andre terapiformer. De ”evidensbaserte” metodene blir omtalt som mest virksomme og mest effektive, til tross for fravær av evidens for at det å bruke slike metoder fører til god praksis (Westen et al., 2004).

Kostnadseffektiv behandling og produksjonskrav

På legitimt vis setter de økonomiske rammene for det psykiske helsevernet begrensninger for hvor mye man har råd til å behandle, det vil si antall pasienter og lengde på behandling. Dette legger videre føringer for innholdet i behandlingen, det vil si hva man behandler og hvordan man gjør det (Skjerve, 2009). I denne forbindelse krever myndighetene at behandling skal være kostnadseffektiv, det vil si så billig og effektiv som mulig. Behandling skal også møte produksjonskrav. Med dette menes at

helseforetakene skal strebe etter å produsere en viss mengde behandlingssaker innen gitte tidsrammer.

Kravene om kostnadseffektivitet og produksjon er laget for å ivareta den totale pasientpopulasjonen med de økonomiske midler som er tilgjengelige. Det kan imidlertid være misvisende å blande hvor godt en behandling virker med hvor mye den koster (Stricker et al., 1999). På lignende måte kan det være misvisende å bruke antallet produserte saker i et helseforetak som mål på kvalitet.

System for tilsyn og kvalitetssikring

Tilsyn viser til instanser som skal stimulere til praksis i samsvar med allment aksepterte normer og forebygge praksis som ikke har god kvalitet (Stefansen & Haugen, 2006).

Helselovene og myndighetenes veiledere og retningslinjer om behandling fungerer som viktige styringsdokumenter for tilsynet. Psykologen er ansvarlig for å dokumentere behandling i journal slik at all etterlevelse av lovkrav blir ettersporbart for tilsynet.

System for tilsyn og kvalitetssikring har legitime funksjoner, men dersom praksis blir styrt av lovverk og offentlige retningslinjer kan det føre til at psykologer bruker disse for å vurdere hva som er god praksis (Førde, 2003) og i mindre grad baserer beslutninger på faglig skjønn. De offentlige retningslinjene for praksis anbefaler som oftest de "evidensbaserte" metodene, på grunn deres antatte høye kvalitet og effektivitet.

Oppsummering av faglig autonomi. Psykologens faglige autonomi er utfordret fra en rekke kilder som bl.a. vitenskapeliggjøring av psykoterapeutisk arbeid, krav om kostnadseffektivitet og system for tilsyn og kvalitetssikring. Det er grunn til å hevde at samtlige kilder på ulikt vis kan bidra til svekket faglig autonomi med svekket

pasientautonomi som følge. Faglig autonomi kan imidlertid også fungere som en ”buffer” mot de utfordringene og truslene den møter, ved å gjøre psykologen i stand til å ta selvstendige beslutninger som går på tvers av det forventede (Stefansen & Haugen, 2006).

Konkret vil svekket faglig autonomi innebære at psykologen begrenser sitt behandlingstilbud til pasienten på grunn av hensyn til retningslinjer om ”evidensbasert praksis”, krav om kostnadseffektivitet etc. Som følge av begrenset behandlingstilbud vil pasienten få færre muligheter til å velge behandling, altså begrenset mulighet for medbestemmelse. Begrenset faglig autonomi er legitimt, men innenfor rammer av faglig forsvarlig praksis. Det vil være uforsvarlig dersom faglig autonomi blir svekket i så stor grad at psykologen ikke lenger kan ivareta pasientens rett til medbestemmelse.

Pasientperspektiv

Det er et vilkår for medbestemmelse i psykoterapi at psykologen gjør beslutninger i et pasientperspektiv. Pasientperspektivet er grundig vektlagt i myndighetenes retningslinjer for brukermedvirkning i behandling, som ble presentert tidligere i oppgaven. Hensynet til pasientens egenskaper og behov skal være utgangspunktet for all behandling. Pasientperspektivet skal alltid være grunnlaget for psykologens autonome forvaltning av faglig kunnskap. Det er et vilkår for ivaretagelse av medbestemmelse i psykoterapi.

Medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid

EBBP: en mulig løsning?

Norsk Psykologforening besluttet i 2007 å slutte seg til den Amerikanske psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (APA, 2005a; Norsk Psykologforening, 2007), som standard for faglighet i praksis. Prinsipperklæringen er utviklet på grunnlag av en rapport fra APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2005b). EBP er en modell for hvordan klinisk beslutningstaking i psykoterapi bør foregå. Modellen har som intensjon å romme ulike perspektiv og arbeidsmåter, innenfor de prinsipielle faglige rammer erklæringen beskriver. Som bakgrunn for å forklare hvordan EBP kan fungere som en mulig og nyttig modell for beslutningene som ligger til grunn ved medbestemmelse, er det viktig å poengtere skillet mellom EBP og EST ("empirically supported treatments").

Skillet mellom EST og EBP

EST ble introdusert som et ideal for psykologisk behandling i en APA-rapport fra Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Rapporten inneholdt en EST-liste. Å bli godkjent som EST krever støtte fra RCT-forsøk. RCT-designet krever at behandlingsmetoden har egenskaper som gjør at den kan standardiseres/manualiseres. Det er bare et lite utvalg av psykologiske behandlingsformer som kan møte EST-kriteriene. Det betyr ikke at flertallet av psykologiske behandlingsformer ikke har effekt, men at de ikke lar seg studere via målekriteriene for RCT-forsøk. Derfor er det et problem å prinsipielt anbefale EST fremfor andre behandlingsformer. Dette er en sentral årsak til at psykologprofesjonen

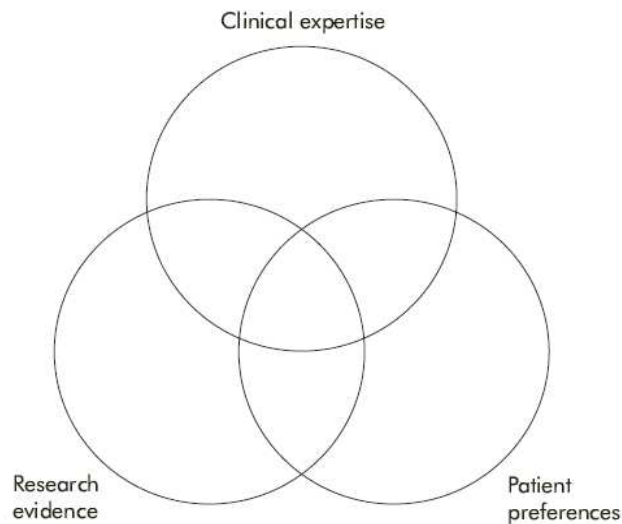
har utviklet EBPP. APA (2005b) forklarer skillet mellom EBPP og EST på følgende måte:

ESTs start with a treatment and ask whether it works for a certain disorder or problem under specified circumstances. EBPP starts with the patient and asks what research evidence (including relevant results from RCTs) will assist the psychologist in achieving the best outcome. In addition, ESTs are specific psychological treatments that have shown to be efficacious in controlled clinical trials, whereas EBPP encompasses a broader range of clinical activities (e.g. psychological assessment, case formulation, therapy relationships). As such, EBPP articulates a decision-making process for integrating multiple streams of research evidence – including but not limited to RCTs – into the intervention process (p. 6).

EST og EBPP er altså vesensforskjellige vitenskapelige idealer for beslutningstaking i psykoterapi. EST starter med behandlingen og har et smalt forskningsideal. Dette medfører at EST gir lite rom for medbestemmelse, både fordi pasienten ikke er utgangspunkt for valg av behandlingsmetode og fordi det selekterte behandlingstilbudet gir pasienten få valgmuligheter. EBPP starter med pasienten og har et bredt forskningsideal. Dette gir rom for medbestemmelse, fordi pasientens behov er utgangspunktet for valg av behandlingsmetoder og fordi et bredere behandlingstilbud gir pasienten flere valgmuligheter.

EBPP: modell for klinisk beslutningstaking

EBPP består av tre likeverdige og gjensidig avhengige komponenter: forsknings-evidens, klinisk ekspertise og pasientpreferanser (figur 1).



Figur 1. “Early model of the key elements for evidence-based clinical decisions”

(Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002, p. 36).

Evidensbasert klinisk beslutningstaking er ”integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). Man skal ta utgangspunkt i pasienten og spørre hvilken forskningsevidens som vil være mest nyttig for å hjelpe akkurat denne pasienten (APA, 2005b). Dette krever klinisk ekspertise. Klinisk ekspertise er ulike psykologfaglige praktisk-teoretiske ferdigheter, som blant annet gjør psykologen i stand til å tilpasse behandlingen til pasientens behov.

EBPP kan romme vilkårene for medbestemmelse i psykoterapi. EBPPs holdning til ekspertrollen er at psykologen er ekspert i kraft av å kunne integrere pasientkunnskap

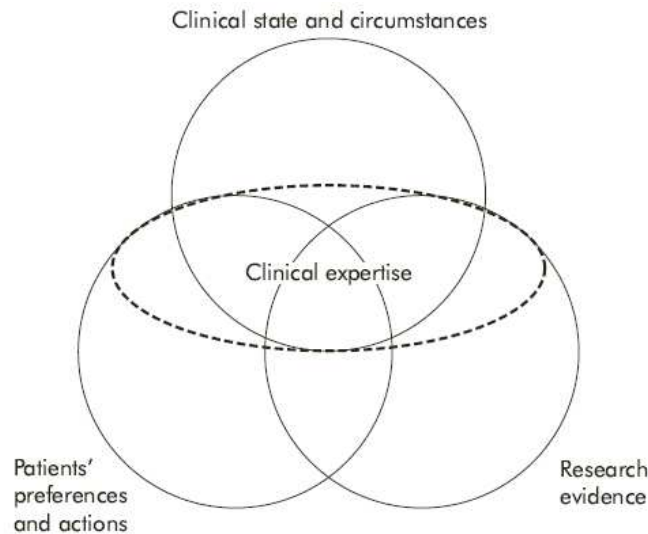
og forskningskunnskap i møte med hver pasient. Innenfor disse rammene er EBPP åpen for ulike utforminger av ekspertrollen og ulik forvaltning av faglig kunnskap.

Psykologen skal ha både et pasientperspektiv og et forskningsperspektiv, men det sies ikke noe prinsipielt om hvordan disse perspektivene skal vektas i hvert enkelt pasientmøte. Det blir altså gitt rom for faglig autonomi og selvstendig klinisk beslutningstaking, som muliggjør individualisert behandling og ivaretagelse av pasientautonomi.

EBPP blir forstått på forskjellige måter, som er mer eller mindre forenlige med modellens tiltenkte mening. Noen fagfolk mener at forskningskomponenten prinsipielt sett er en viktigere kilde til kunnskap enn komponenten for pasientens preferanser. Andre er kritiske til EBPP fordi de tror at evidensbasert praksis dreier seg om nettopp et ensrettet fokus på forskningskomponenten, og at det tas lite hensyn til pasienten. Det kan virke som om begge gruppene på forskjellige måter assosierer EBPP med EST, der fokuset var på det vitenskapelige. Uansett er det problematisk å tolke EBPP-modellen som at forskningskomponenten har større betydning enn pasientpreferanser og klinisk ekspertise, fordi alle komponentene er like store og gjensidig avhengige av hverandre (se figur 1). Det er også lite forenlig med ivaretagelse av medbestemmelse og pasientens behov. Det vil her bli argumentert for at en forståelse av EBPP med fokus på klinisk ekspertise er mest forenlig med EBPPs faktiske intensjon om å ivareta pasientens behov. Et slikt fokus er holdningsmessig sammenfallende med pasientperspektivet i pasientrettighetsloven.

Fokus på klinisk ekspertise. Goodheart (2006), leder for komitéen bak APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2005b) omtaler klinisk ekspertise som kjernen i EBPP. Hun forklarer at hjørnet for klinisk ekspertise har en annen og mer

overordnet funksjon enn hjørnene for pasientpreferanser og forskningsevidens, som ikke fremkommer av EBPP-modellen (se figur 1). Hun viser derfor til en oppdatert modell for klinisk beslutningstaking (Haynes et al., 2002) som bedre gjør rede for den kliniske ekspertisens overordnede rolle (figur 2).



Figur 2. “An updated model for evidence-based clinical decisions” (Haynes et al., 2002, p. 37).

Modellen har fire komponenter: 1) klinisk ekspertise, 2) forhold ved pasientens kliniske tilstand, 3) pasientens preferanser og handlinger og 4) forskningsevidens. Klinisk ekspertise skal balansere og integrere betydningen av de tre andre komponentene slik at hvert enkelt behandlingsforløp blir tilpasset den enkelte pasient. ”Forhold ved pasientens kliniske tilstand” er lagt til og erstatter komponenten for klinisk ekspertise fra den gamle modellen. Komponentene for pasientens preferanser er utvidet til å inkludere pasientens handlinger, og har byttet plass med komponenten for forskningsevidens. Dette er gjort for å illustrere at førstnevnte bør vurderes forut for sistnevnte, og at pasientens preferanser skal gis forrang for psykologens preferanser der

det er mulig. Haynes et al. (2002) legger vekt på at dette er en modell for hvordan klinisk beslutningstaking bør foregå, ikke en beskrivelse av hvordan det faktisk foregår.

Fokus på klinisk ekspertise gjør at EBPP kan brukes som en modell for beslutningene som ligger til grunn ved medbestemmelse i psykoterapi. Det er grunn til å argumentere for at medbestemmelse er en logisk forutsetning for og konsekvens av det å bruke pasientens preferanser som utgangspunkt for behandlingsplanlegging.

Psykologen kan ikke ha fått kunnskap om pasientens preferanser og behov uten å ha satt seg inn i pasientens perspektiv og lyttet til pasienten (medbestemmelse). Psykologen kan heller ikke bruke kunnskapen om pasientens preferanser og behov uten at det fører til medbestemmelse.

Oppsummering av EBPP som mulig løsning. Ulike forståelser av EBPP er mer eller mindre forenlige med pasientperspektivet og ivaretagelse av medbestemmelse. EBPP kan fungere som en hindring dersom man prinsipielt fokuserer mest på det vitenskapelige, men kan fungere som en løsning dersom man vektlegger den kliniske ekspertisens sentrale rolle i beslutningstaking. Ved gjennomlesning av prinsipperklæringen synes fokuset på klinisk ekspertise å være mest i overensstemmelse med prinsipperklæringens tiltenkte mening. EBPP vil beholdes som rammeverk i det oppgaven nå går over til å drøfte strategier for ivaretagelse av medbestemmelse.

Strategier for ivaretagelse av medbestemmelse i psykoterapeutisk arbeid

Innenfor de juridiske rammene for medbestemmelse er det opp til psykologen å velge hvilke strategier som skal brukes for å ivareta pasientens rett til informasjon, samtykke og medvirkning. I valg av strategi kan det imidlertid være nyttig å forholde seg til faglige anbefalinger. Kasusformulering, behandlingsplan, klient- og resultatstyrt praksis

(KOR) og individuell plan er alle anbefalte strategier for evidensbasert praksis, fordi de antas å kunne bidra til å tilpasse behandlingen til pasientens individuelle behov.

Potensialet i de ulike strategiene for rettighetsinnfrielse vil her bli drøftet.

Kasusformulering

Hva er en kasusformulering? Kasusformulering kan defineres som ”en hypotese om de årsaker, utløsende og opprettholdende faktorer, som påvirker en persons psykologiske, interpersonlige og atferdsmessige problemer” (Eells, 2007, p. 4). Det kan forklares som en oppsummering av psykologens tanker og hypoteser om en pasientsak.

Kasusformulering refererer både til den prosessen der formuleringen blir til og til selve kasusformuleringen (Westmeyer, 2003). Som en prosess kan kasusformulering bidra til å utvikle og organisere psykologens faglige og teoretiske slutninger om vanskenes opprinnelse og opprettholdelse (Eells, 2007; Hanssen, 2007). I følge APA (2005b) er ferdigheter i kasusformulering en viktig komponent ved klinisk ekspertise: “The clinical expert psychologist is able to formulate clear and theoretically coherent case conceptualizations....Expert clinicians revise their case conceptualizations as treatment proceeds and seek both confirming and disconfirming evidence” (p. 11).

Kasusformuleringen skal være tydelig, klar og teoretisk sammenhengende. Den skal bygge både på psykologens teoretiske forståelse av pasienten og på konkrete opplysninger fra behandlingen. Kasusformuleringsarbeidet skal være en kontinuerlig prosess som følger behandlingen fra begynnelse til slutt. Det kan beskrives som et arbeid for å lage et ”kart” som stemmer så godt som mulig overens med ”terrenget”(Bieling & Kuyken, 2003). Opplysninger fra behandlingen skal føre til endring i kasusformuleringen dersom den ikke stemmer overens med opplysningene.

Hvorfor bruke kasusformulering? Kasusformuleringen skal kunne tjene som grunnlag for behandlingsplanlegging. Den skal gi retningslinjer for valg av terapeutiske mål og tiltak, iverksetting og framdrift av disse og evaluering av behandlingsprogresjonen (Poliklinikk for barn ved UiB, 2007). Kasusformuleringen kan bidra til at behandlingen blir en kontrollert prosess som er sikret mål og mening. En antatt fordel med kasusformulering er at den kan gi et individualisert grunnlag for behandlingsplanlegging (Bieling & Kuyken, 2003; Hanssen, 2007). Med dette menes at den kan brukes til å forklare det unike ved pasienten og hvordan dette unike kan forstås i kontekst av teori og forskning. Kasusformuleringen kan fungere som et redskap for ”skreddersøm” av behandlingen. Den kan sy sammen biter av teori og forskning etter hva som passer for pasienten. Dersom kasusformulering brukes til å lage et individualisert behandlingsopplegg, kan det være et alternativ eller supplement til behandlingsplanlegging basert på diagnostiske kategorier. Behandling utelukkende basert på diagnostiske kategorier vil innebære at alle pasienter med samme diagnose får lik behandling. Standardisert behandling kan kritiseres for å ta for lite hensyn til de unike egenskapene ved pasienten.

Kasusformulering kan brukes som behandlingsgrunnlag på tvers av terapeutiske tilnærminger. Det er imidlertid en arbeidsform som krever at psykologen bruker sin ”ekspertkunnskap” i behandlingen. Arbeidsformen har opprinnelse i de tradisjonelle terapiretningene som følger en medisinsk modell. Den passer altså dårlig dersom psykologen er opptatt av å være en ”ikke-viter”. Som vist tidligere i oppgaven er det imidlertid mulig å kombinere en ”ikke-vitende” og utforskende holdning i behandlingen med å være kunnskapsrik. Dermed kan det hende at kasusformulering er en arbeidsform som kan brukes mange steder, så lenge den tilpasses den enkelte terapiretningen.

Utforming og formidling av kasusformulering. Innholdet og formen på kasusformuleringen vil variere på tvers av psykologer med ulik terapeutisk tilhørighet. Det er vanlig å gjøre den til et skriftlig produkt, men den kan også eksistere som et ”tankeprodukt”. I alle tilfeller skal bruken av kasusformulering dokumenteres skriftlig i journal.

Kasusformuleringen kan utformes sammen med eller uten pasienten. Det er for eksempel vanlig å utforme den sammen med pasienten i kognitiv terapi, mens det er mindre vanlig i psykodynamisk orientert terapi. Det er også vanligere å formidle innholdet av kasusformuleringen åpent til pasienten i kognitiv terapi enn i psykodynamisk orientert terapi. Det kan hende at egenskaper ved kognitive kasusformuleringer gjør det lettere å dele disse med pasientene, sammenlignet med psykodynamisk orienterte. De har ofte et mer konkret innhold enn de psykodynamisk orienterte formuleringene, som på sin side ofte har et mer teoretisk og abstrakt innhold. Det er grunn til å tro at det er lettere for pasienter å forholde seg til førstnevnte. Kasusformuleringen bør imidlertid alltid inneholde teoretiske forklaringer og hypoteser, siden den skal fungere som psykologens arbeidsredskap for å forstå pasienten. Utformingen krever et kunnskapsgrunnlag som psykologen neppe deler med pasienten. Derfor vil pasientens mulighet til å påvirke utformingen alltid være begrenset – noe som ikke nødvendigvis er et onde.

Kasusformulering til rettighetsinnfrielsesformål. Først og fremst vil kasusformuleringen kunne tjene som grunnlag for klar og konsistent formidling av informasjon til pasienten. Informasjonen bør gi pasienten et best mulig beslutningsgrunnlag for videre samtykke og medvirkning til kasusformuleringen og behandlingen for øvrig. Skriftliggjøring av kasusformuleringen i journal fungerer som

en dokumentasjon på informasjonen som er blitt formidlet til pasienten. Pasienten kan avgi samtykke ved å gi sin tilslutning til innholdet av kasusformuleringen. Samtykke eller fravær av samtykke innebærer aktiv deltakelse fra pasientens side i kasusformuleringsarbeidet. For at samtykket skal kunne regnes som gyldig, er det selvfølgelig en forutsetning at pasienten forstår innholdet. Siden kasusformuleringen per definisjon skal inneholde psykologens teoretiske slutninger, er det grunn til problematisere hvorvidt pasienten har tilstrekkelig kunnskap til forstå den.

Mulighetene for direkte medvirkning til utforming av kasusformulering er, som allerede nevnt, begrenset ved at kasusformulering krever psykologfaglig kunnskap. Det vil imidlertid være mer eller mindre direkte medvirkning avhengig av psykologens initiativ for å involvere pasienten. Eksempelvis er det grunn til å tro at kognitive kasusformuleringer åpner for mer direkte medvirkning enn psykodynamisk orienterte. Generelt er mulighetene større for indirekte medvirkning til kasusformuleringsarbeidet. Når psykologen lager kasusformuleringen, skal han eller hun ta i betraktning pasientens presentasjon av egne vansker og behandlingsbehov. Videre skal kasusformuleringen endres i tråd med pasientens evalueringer av behandlingsprosessen. På denne måten kan kasusformulering fungere som en nyttig strategi for medvirkning.

Behandlingsplan

Hva er en behandlingsplan? APA (2005b) gir følgende beskrivelse av behandlingsplan (behandlingsplanlegging):

Treatment planning involves setting goals and tasks of treatment that take into consideration the unique patient, the nature of the patient's problems and

concerns, the likely prognosis and expected benefits of treatment, and available resources. The goals of therapy are developed in collaboration with the patient and consider the patient and his or her family's worldview and socio cultural context. The choice of treatment strategies requires knowledge of interventions and the research that supports their effectiveness as well as research relevant to matching interventions to patients (p. 11)

Behandlingsplanen skal angi mål og tiltak for behandlingen. Den skal ta utgangspunkt i individuelle forhold ved pasienten og utarbeides i samarbeid med pasienten. Behandlingsplanlegging forutsetter at psykologen kjenner til forskning på ulike behandlingsmetoder og hvordan tilpasse disse til enkeltpasienter. Dersom kasusformulering foreligger, skal denne være med å legge grunnlaget for innholdet i behandlingsplanen.

Hvorfor bruke behandlingsplan? Behandlingsplanen skal systematisere planlagte behandlingsintervensjoner. Den kan være et nyttig verktøy for å strukturere mengden av kunnskap om pasienten og pasientens behandlingsbehov. Slik som kasusformulering, kan bruken av behandlingsplan bidra til at behandling blir en kontrollert prosess som er sikret mål og mening.

Utforming og formidling av behandlingsplan. En modell for strukturering av behandlingsplan fra Poliklinikk for barn ved Universitetet i Bergen (2007, s. 57) er et godt eksempel på hvordan behandlingsplan kan utformes. Behandlingsplanen skal inneholde fire kategorier av informasjon: Formulering av behandlingsmål, tilhørende terapeutiske tiltak, evalueringsmetoder og resultater fra evalueringen. Målformuleringene skal beskrive hvilke oppgaver man skal arbeide med i behandlingen (problematferd) og hva man søker å oppnå (målferd). Rekkefølge og tidspunkt for når

målene skal arbeides med, bør angis. Målformuleringene skal knyttes til terapeutiske tiltak, det vil si beskrivelse av behandlingstilbudet. Evalueringsmetodene skal måle endring mot formulerte behandlingsmål og effekt av tiltak. Resultater fra evalueringen skal legge grunnlaget for å kunne gjøre hensiktsmessige endringer i behandlingsplanen.

Formulering av mål, tiltak og evaluering er grunnelementer i behandlingsplan som arbeidsform, og tilhører opprinnelig den medisinske modellen for psykoterapi. Grunnelementene er imidlertid ikke nødvendigvis uforenlige med tankemåten i terapiretninger som ikke har en medisinsk modell. Behandlingsplan blir brukt, eksplisitt eller implisitt, i mange ulike terapiformer. I det man bestemmer seg for å jobbe mot et mål opererer man med en slags behandlingsplan. I sosialkonstruksjonistisk orientert terapi (f.eks. Anderson & Goolishian, 1988, 1992; de Shazer, 1988; White & Epston, 1990) er terapeuten lite opptatt av å formulere eksplisitte mål for behandlingen siden en ikke ønsker å forhåndsdefinere terapeutiske mål for pasienten. Imidlertid opererer en også her ut i fra en implisitt behandlingsplan der målet er å skape en god samtale i hver terapitime, slik at pasienten kan finne frem til egne mål. På bakgrunn av dette kan man argumentere for at behandlingsplan som strukturert metode, kan anvendes i flere terapiformer. En forutsetning er at man definerer planen innenfor terapiens egen forståelsesramme. Hensikten med å spre bruken av behandlingsplan som strukturert metode måtte være at de antatte fordelene ved behandlingsplan blir enda større når planen er eksplisitt utformet.

Det finnes ulike syn på om målformuleringer bør være allmenne og generelle eller konkrete og klientspesifikke. Eksempel på førstnevnte er ”å gi pasienten anledning til å utnytte sine ressurser best mulig”. Eksempel på sistnevnte er ”å gi pasienten anledning til å mestre dagliglivets oppgaver med reduserte hjelpebetingelser”.

Disse målformuleringene informerer om behandlingen på ulike detaljnivå.

Behandlingsplan til rettighetsinnfrielsesformål. Slik som kasusformulering, er behandlingsplan først og fremst grunnlag for å gi pasienten klar og konsistent informasjon om behandlingen. Informasjonen fra kasusformuleringen og behandlingsplanen vil kunne være gjensidig utfyllende. Pasienten kan avgi samtykke ved å gi sin tilslutning til behandlingsplanen, slik som for kasusformulering. Det kan være lettere for pasienten å medvirke til behandlingsplanen enn til kasusformuleringen. Dette kan skyldes at innholdet krever mindre grad av psykologfaglig kompetanse for å forstås, og derfor er lettere tilgjengelig for pasienten. Det er som regel også lettere for pasienter å medvirke til målformuleringer som er konkrete og spesifikke fremfor allmenne, teoretiske og abstrakte.

Informasjon om behandlingsplan innebærer informasjon om både mål og teknikker. På hvilket detaljnivå skal man legge seg for at det gir grunnlag for gyldig samtykke? Holder det å samtykke til "foreldrerådgivning" eller må det samtykkes til spesifikke komponenter i denne behandlingen? Spørsmålet kan belyses med en analogi til medisin. Når legen innhenter samtykke til en operasjon orienterer han/hun om hovedtrekkene ved operasjonen og mulige positive og negative konsekvenser. Han/hun orienterer ikke om alle stegene i operasjonen.

Behandlingsplanen har til hensikt å informere om alle planlagte mål og teknikker for behandlingen, men bør egentlig all informasjon være delt? Kan det å informere om behandlingstilbud svekke kvalitet ved behandling? Det å redegjøre for alle hensikter kan gjøre at man mister visse teknikkmuligheter. Et illustrerende eksempel kan hentes fra løsningsfokusert terapi (LØFT) (de Shazer, 1988). Her er målet å fokusere på ressurser hos pasienten og finne unntak fra opplevde problemer. Terapeuten stiller ulike

løsningsfokuserte spørsmål slik som ”hvordan kommer du til å ha det når drømmen din går i oppfyllelse?”. Det kan være omkostninger ved å informere pasienten om at den bakenforliggende hensikten med å stille dette spørsmålet, er at pasienten skal finne frem til løsninger i stedet for å fokusere på problemer. Dersom pasienten kjenner til tankegangen bak kan spørsmålet miste sin kraft. Er det dermed slik at man ikke bør informere om mål og teknikker i LØFT, og at denne terapiformen er uforenlig med lovkravene om medbestemmelse? Man kan argumentere for at det er mulig å informere om slike planlagte intervensjoner på en god måte ved å orientere på et generelt nivå fremfor et detaljnivå. Man kan for eksempel informere om at det er vanlig blant folk flest å fokusere på det som er tungt når man har det vanskelig, og at man i denne terapien vil åpne for et samarbeid om å finne mulige og gode løsninger. Slik kan behandlingsplan brukes også i LØFT. Pasienten får anledning til å gi sitt samtykke til behandlingen, uten at terapeuten har informert om de spesifikke stegene ved metoden.

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)

I KOR (Duncan et al., 2004; Lambert & Brown, 1996) bruker psykologen systematiske tilbakemeldinger om pasientens opplevelse av endring og tilfredshet med terapi som ledetråder i utforming av behandling. Tilbakemeldingene skal gi retningslinjer for behandlingsplanlegging. KOR er anbefalt som verktøy for brukermedvirkning fra offentlig hold (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). APA (2006) nevner ikke KOR, men sier at klinisk ekspertise bør innebære monitorering, det vil si observasjon og registrering av pasientens fremgang:

Clinical expertise also entails the monitoring of patient progress. . .that may suggest the need to adjust the treatment. If progress is not proceeding

adequately, the psychologist alters or addresses problematic aspects of the treatment (e.g. problems in the therapeutic relationship or implementations of the goals of the treatment) as appropriate. If insufficient progress remains a problem, the therapist considers alternative diagnoses and formulations, consultation, supervision or referral (p. 11).

KOR består nettopp av monitorering (psykologen observerer og registrerer) og evaluering (psykologen tillegger observasjonene verdi) av behandlingsprosessen. Målet er å tilpasse behandlingen til pasientens ønsker og behov for å øke sannsynligheten for positivt utfall av behandlingen. KOR bygger på forskning som viser at pasientens opplevelse av endring og terapeutisk allianse, særlig tidlig i behandling, er sentral for å predikere utfall av terapi (Duncan et al., 2004).

KOR består av to ulike skjema for tilbakemelding som fylles ut i hver time eller regelmessig i behandlingen, med ulike design for voksne og barn (Duncan et al., 2004). Det ene skjemaet måler pasientens opplevelse av endring. Her kan pasienten angi sin opplevelse av personlig, mellommenneskelig, sosial og generell fungering. Det andre skjemaet måler pasientens opplevelse av terapeutisk allianse i samtalen. Her kan pasienten angi sin tilfredshet med terapeutisk relasjon, mål/tema, tilnærming/metode og samtalen generelt. Tilbakemeldingsskjemaene er tiltenkt som subjektive mål på pasientens opplevelse og som kilde til samtale om opplevelsen. Sammenligning av tilbakemeldinger fra samme pasient over tid kan gi mål på endring. Hva er det som virker for denne klienten? Hva er det klient og terapeut gjør som fører til endring? Og motsatt, hva er det som gjør at terapien ikke virker for denne klienten? Tilbakemeldingene gir anledning til å endre fokus og retning i terapi for å imøtekomme pasientpreferanser.

KOR skal bidra til individualisert behandling basert på psykologens kunnskap om hva som virker for akkurat denne klienten. Det antas at psykologens aktive etterlysning av pasientens evaluering formidler tro på klientens forståelse og ressurser og bidrar til positivt utfall av terapi (Tuseth, 2007). KOR forutsetter ikke noen spesifikk metode eller teori (Tuseth, 2007), men bygger imidlertid på en antagelse om at psykologen besitter kunnskap som han eller hun bruker i behandlingen. Pasienten får anledning til å gi tilbakemeldinger på den kunnskapen psykologen bruker i behandlingen. Pasienten får sagt fra til psykologen om hvorvidt denne kunnskapen "matcher" egne ønsker og behov. KOR representerer dermed en anti-paternalistisk holdning til terapi. Pasientens teorier om endring skal danne utgangspunkt for psykologens teorier om endring. Terapien skal være styrt av klient og resultat fremfor teori og metode (Tuseth, 2007).

KOR til rettighetsinnfrielsesformål. KOR er først og fremst en strategi for medvirkning. Psykologen inviterer pasienten til aktiv medvirkning i egen behandling ved å spørre etter pasientens vurdering av innholdet i behandlingen. KOR kan være godt egnet til å ivareta medvirkning i psykoterapi med barn (Tuseth, 2007; Tuseth, Sverdrup, Hjort, & Friestad, 2006). Dette har å gjøre med at KOR-skjemaene kan fungere som konkrete og visuelle hjelpemidler som gjør det lettere å samtale om vanskelige tema. For at KOR skal føre til reell medvirkning, er det imidlertid avgjørende at pasienten opplever å bli hørt, bli tatt på alvor og ha innflytelse. Tuseth (2007) sier at dette illustrerer at KOR ikke må bli forstått som bare en metode, men også en holdning til terapi som verdsetter betydningen av relasjon, tillit og klientstyring. En paradoksal fare ved KOR er at anvendelse av tilbakemeldingsskjemaene, kan forstås som en metode eller teknikk som er virksom i seg selv uavhengig av kontekst (Tuseth, 2007). I så

tilfelle er KOR blitt tatt igjen av det den opprinnelig tok avstand fra - metodestyrt praksis.

KOR er hovedsakelig en strategi for medvirkning, men vil også kunne ivareta rett til informasjon og samtykke. Informasjon og samtykke er logiske implikasjoner av medvirkning (med mindre behandling er blitt iverksatt uten samtykke).

Individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester og pasienter i det psykiske helsevernet har rett til å få tilbud om individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Individuell plan ligner en del på behandlingsplan og skal inneholde formulering av mål, tiltak og metoder for evaluering av behandling, men er også annerledes og mer omfattende. Den individuelle planen skal utformes av flere instanser i samarbeid med pasienten, ikke bare én behandler i samarbeid med pasienten. Planen har ofte et langsiktig tidsperspektiv og inneholder tiltaksplaner utover behandlingstiltak, som for eksempel planer om boligforhold og utdanningsforhold. Pasienten har rett til å få tilbud om individuell plan, men har også rett til å avslå dette tilbudet. Pasienten har ikke på samme måte rett til å avslå bruk av behandlingsplan.

Den individuelle planen skal være et hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning og fremme samhandlingen mellom instansene som er involvert i arbeidet med pasienten. Dette skal sikre pasienten et helhetlig behandlingstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005; Sosial- og helsedepartementet, 2001). Arbeidet med individuell plan skal være en kontinuerlig prosess. Slik som for behandlingsplan, skal

det gjøres endringer i planen dersom opplysninger fra behandlingen tilsier at planen er uhensiktsmessig eller inneholder feil.

Individuell plan til rettighetsinnfrielsesformål. Slik som behandlingsplan vil individuell plan kunne tjene som grunnlag for formidling av klar og konsistent informasjon om behandlingen til pasienten. Pasienten kan avgi samtykke til planen ved å gi sin tilslutning til innholdet. Formålet med individuell plan er, i følge de offentlige kildene, at pasienten skal medvirke både ved utforming og evaluering av planen. Individuell plan blir anbefalt fordi den antas å være en nyttig strategi for medvirkning. Det er blitt funnet at pasienter har for lite informasjon om retten til individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Dette kan gå utover mulighetene for medvirkning for pasientene.

Diskusjon av strategiene

De nevnte strategiene har et potensial for å innfri rettigheter. Formålet med strategiene er å tilpasse behandlingen til pasientens individuelle behov. Dette formålet er i overensstemmelse med idealet for EBPP. En rekke forhold påvirker imidlertid deres potensial for å innfri rettigheter. Det finnes også en rekke fallgruver ved bruk av strategiene.

For at strategiene skal fungere, er det en forutsetning at de brukes. Det er et åpent spørsmål hvor mange psykologer som faktisk anvender de anbefalte strategiene. I tillegg vil psykologens erfaring med strategiene påvirke hvor godt de virker. En studie som sammenlignet kvaliteten på ulike kasusformuleringer (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005) viste at ferdigheter i kasusformulering øker i takt med spesifikk

erfaring med arbeidsformen. Det kan derfor argumenteres for at kasusformuleringen har begrenset nytteverdi dersom profesjonsutøveren ikke er godt kjent med arbeidsformen. Dersom man skal anbefale bruk av kasusformulering i psykoterapeutisk arbeid, er det altså en fordel at psykologer har tilgang på opplæring i spesifikke kasusformuleringsferdigheter. Det er sannsynlig at spesifikk erfaring også er viktig for effekten av de andre strategiene.

For at strategiene skal ivareta medbestemmelse, må psykologen invitere til pasientdeltakelse. Dette forutsetter et pasientperspektiv og anti-autoritære holdninger. Strategiene vil ikke føre til reell medbestemmelse uten at pasienten *opplever* medbestemmelse. Dette krever at psykologen forstår bruken av strategiene mer som en grunnleggende faglig tenkemåte og terapeutisk holdning enn som spesifikke terapeutiske metoder. Terapeuten må være lydhør og vise respekt for pasienten og ha relasjonelle terapeutiske ferdigheter slik at det skapes en terapeutisk allianse. Terapeutisk allianse er en sentral forutsetning for pasientens opplevelse av medbestemmelse. Det er imidlertid sannsynlig at dette er et avhengighetsforhold som går begge veier: at medbestemmelse også er forutsetning for utvikling av terapeutisk allianse.

Det er potensiell fare for at strategiene bare brukes som mekaniske teknikker og at psykologen tror at de har effekt i seg selv, løsrevet fra den kontekst der de brukes. Anbefalingene om at strategiene skal brukes, kan også oppleves som en ytre styring av praksis og en innskrenking av mulighetene til å gjøre selvstendige kliniske beslutninger. Dersom strategiene fører til en begrensning av faglig autonomi vil de kunne bidra til å hindre mer enn fremme medbestemmelse. Det finnes mange arbeidsformer som kan ivareta medbestemmelse i psykoterapi. De nevnte strategiene er eksempler. Det vil i alle

tilfelle være nødvendig å sikre en dialog der pasientens stemme er hørt, og pasientens behov ivaretatt.

Konklusjon

Oppgavens tema har vært de pålegg loven stiller psykologen overfor med hensyn til krav om medbestemmelse. Diskusjonen har kretset rundt hva som er vilkår og strategier for ivaretagelse av medbestemmelse. Det har vært et mål å finne ut av hvorvidt anbefalte strategier har potensial for å ivareta medbestemmelse og i hvilken grad de er anvendbare innenfor de rammene som foreligger i helsevesenet. Ved gjennomgang av kasusformulering, behandlingsplan, KOR og individuell plan, er det blitt vist at de har potensial for å ivareta medbestemmelse. Dette støtter antagelsen om at de kan tilpasse behandlingen til pasienters individuelle behov, som er utgangspunktet for at de er blitt anbefalt for praksis.

At psykologen har et pasientperspektiv, et avklart forhold til egen ekspertrolle og tilstrekkelig faglig autonomi er blitt utforsket som sentrale vilkår for medbestemmelse. Gjennom argumentasjonen er det blitt vist at evidensbasert psykologisk praksis prinsipielt kan romme disse vilkårene, men kan de konkrete og praktiske forholdene i det psykiske helsevernet gi rom for bruken av de anbefalte strategiene, som både er tids- og ressurskrevende? Det foreligger krav om bruk av gitte undersøkelses- og behandlingsmetoder, tidsfrister for diagnostisering, krav om kostnadseffektivitet etc. Disse forholdene gir psykologen begrensede valgmuligheter om behandling og begrenset tid til rådighet for den enkelte pasient. De innskrenker rammene for psykologens frihet til å velge å anvende de anbefalte strategiene. Imidlertid kan det tenkes at bruken av de anbefalte strategiene kan føre til mer effektiv

behandling og at de nettopp derfor *er* anvendelige innenfor rammene som foreligger i det psykiske helsevernet. Denne oppgaven har vist at de anbefalte strategiene har som styrke at de *kan* ivareta pasientens medbestemmelsesrettigheter og tilpasse behandlingen til pasientens behov, hvilket i følge psykoterapiforskningen er sentrale forutsetninger for vellykket, effektiv behandling. Dette gir belegg for å si at strategiene har potensial for å bidra til det faglige innholdet i forsvarlig og god praksis, som skal være kjennetegnet ved ivaretagelse av pasientens behov.

Referanser

- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical work. *Family Process, 27*, 415–428.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Red.), *Therapy as a social construction*. London: Sage Publications.
- APA. (1995). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*, 2–23.
- APA. (2005a). Policy statement on evidence-based practice in psychology [Electronic Version]. Hentet 1. desember 2008 fra <http://www.apa.org/practice/ebpstatement.pdf>.
- APA. (2005b). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice American Psychological Association [Electronic Version]. Hentet 1. desember 2008 fra <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>.
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 52–69.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.

- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (Rev. ed.). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Eells, T. D. (2007). History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed., pp. 3–33). New York: The Guildford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. (2005). The Quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioural and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 579–589.
- Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis [Electronic Version]. *Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier - arbeidsnotat nr. 6/2004*. Hentet 15. februar 2009 fra <http://www.hio.no/layout/set/print/content/download/37198/299969/file/0604+Evidensbasert+skj%F8nnsnotat,+Tor-Johan+Ekeland.pdf>.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- Førde, R. (2003). Makt og disiplinering av legestanden. I P. Fugelli, G. Stang & B. Wilmar (red.), *Makt- og demokratiutredningen 1998–2003*. Oslo: Unipub.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *The American Psychologist, 40*(3), 266–275.

- Goodheart, C. D. (2006). Evidence, Endeavour, and Expertise in Psychology Practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapy. Where Practice and Research Meet* (pp. 37–61). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hanssen, M. H. (2007). *Psykoterapeutiske kasusformuleringer: teoretisk, empirisk og klinisk status*. Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Hausken, B. T. (2004). *Evidensbaserte relasjoner: En litteraturgjennomgang av teamet pasient og terapimatching*. Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Havik, O. E. (2000). Behandlingsveiledere og terapimanualer - bedre eller verre enn sitt rykte? I A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning : teori, empiri og praksis* (ss. 166–189). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine Notebook*, 7, 36–38.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997a). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. NOU 1997:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997b). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St.meld. nr 25 (1996–97) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Ot.prp. nr. 12. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64*.
- Poliklinikk for barn ved UiB. (2007). *Kvalitetshåndbok Poliklinikk for barn*. Bergen: Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.
- Keckley, P. H. (2003). *Evidence-based medicine and managed care: Applications, challenges, opportunities - Results of a national program to assess emerging applications of evidence-based medicine to medical management strategies in managed care*. Nashville, TN: Vanderbilt University Center for Evidence-Based Medicine.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. & Brown, G. S. (1996). Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clinical Psychology*, 3, 172–178.
- Levitt, H. M., Neimeyer, R. A., & Williams, D. C. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 117–129.
- Myklebust, I., & Zimmermann, C. (2008). Psykologen og loven. Faglig forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(12), 1543–1546.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127–1128.

- Pasientombudet. Pasientombudsordningen. Hentet 07.04.2009, fra <http://www.helsedirektoratet.no/pasientombudet/>
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter m.v. av 2. juli nr. 63.*
- Reed, G. M., & Eisman, E. J. (2006). Uses and Misuses of Evidence: Managed Care, Treatment Guidelines, and Outcomes Measurements in Professional Practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapy. Where Practice and Research Meet* (pp. 13–35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reichelt, S., & Skjerve, J. (1994). Skal kliniske psykologer være eksperter? . I S. Reichelt (red.), *Psykologi i forandring. Jubileumsbok Norsk psykologforening 60 år* (ss. 57–74). Oslo: Foreningen.
- Rønnestad, M. H. (2000). Psykoterapiforskning: Noen utviklingslinjer og betraktninger om ” the Dodo bird verdict”: ” Everybody has won and all must have prizes”. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 1003–1016.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Skjerve, J. (2009). Personlig meddelelse, 25. mars 2009. Bergen.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Veileder for individuell plan*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. IS-1315 Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stefansen, J., & Haugen, N. S. (2006). *Den kliniske autonomiens vilkår*. Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

- Stricker, G., Abrahamson, D. J., Bologna, N. C., Hollon, S. D., Robinson, E. A., & Reed, G. M. (1999). Treatment guidelines: The good, the bad, and the ugly. *Psychotherapy, 36*, 69–79.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B., & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Tanenbaum, S. J. (2003). Evidence-based practice in mental health: Practical weaknesses meet political strengths. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 9*, 287–301.
- Tuseth, A. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. Tuseth & T. Fjeldstad (red.), *Klienten - Den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (ss. 40–63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tuseth, A., Sverdrup, S., Hjort, H., & Friestad, C. (2006). *Å spørre den det gjelder. Erfaringer med Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631–663.
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment, 19*, 210–216.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.