

Å sette brukeren i sentrum – allerede som student

Hvordan skal vi lære fremtidige leger å samhandle godt med pasienter og annet helsepersonell? I et nytt studieopplegg ved Universitetet i Oslo skal studentene spille fastlege i et ansvarsgruppemøte rundt en ruspasient. Erfaringene fra en pilot er så gode at vi allerede nå ønsker å dele erfaringene med andre.

«Brukermedvirkning», «brukermedbestemmelse» og «pasientsentrert medisin» er blitt moteord innenfor helsepolitikk og forvaltning de siste tiårene (1). Og det er det gode grunner til. I § 3.1 i pasient- og brukerrettighetsloven heter det at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder og at det ved utforming av tjenestetilbudet skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener (2).

Brukermedvirkning har en egenverdi – vi ønsker alle å motta helsehjelp på egne premisser. Mange mener det også har en terapeutisk verdi – medbestemmelse påvirker selvbildet, styrker behandlingsmotivasjonen og kan motvirke hjelpeløshet (3, 4), selv om kunnskapsgrunnlaget er uklart (5). I tillegg kan brukermedvirkning være med på å forbedre og kvalitetssikre tjenestene fordi de får større treffsikkerhet når det gjelder utforming og gjennomføring (4, 6).

Noen av artikkelforfatternes erfaringer (AKL, IH, HL) gjennom arbeid som lærere og som student ved medisinstudiet er at studentene har et uklart forhold til hva brukermedvirkning innebærer – de knytter det ofte til at pasientens erfaringer og følelser skal bli tatt med i vurderingen av behandlingstilbudet. Medbestemmelse er imidlertid langt mer enn empatisk omgang med pasienter. Prinsippet om brukermedvirkning er dessuten lettere i teorien enn i praksis – virkeligheten byr på mange utfordringer som kan gjøre gjennomføringen vanskelig.

På rusfeltet er brukerkunnskap tradisjonelt blitt lite vektlagt i behandlingen, fordi ruslidelser karakteriseres ved tap av kontroll over rusmiddelinntak (7). Behandlingen starter ofte med høy grad av ytre kontroll fra behandlerne, med gradvis overføring av kontroll til den rusmiddelavhengige etter at bedring og stabilisering er registrert. For personer med ruslidelser kan det derfor være lav grad av brukermedvirkning i behandlingen (8). Av og til vil også prinsippet om medisinsk forsvarlig behandling være i konflikt med prinsippet om brukermedbestemmelse. Eksempler som kom opp under vår pilot var ønsket om/behovet for benzodiazepiner eller utlevering av LAR-medisiner for flere dager om gangen.

Nyere forskning viser at selv om intensjonene er gode, er resultatene i praksis heller magre når det gjelder det å involvere pasientene i beslutningene (9). Dette trenger studentene mer trening i!

Idé og planlegging

I medisinstudiet har vi gjort for lite for å øke studentenes praktiske kompetanse i brukermedvirkning og samhandling. Vi så derfor omlegging til ny studieplan i Oslo (Oslo 2014) som en anledning til å innføre et nytt undervisningsopplegg innenfor samfunnsmedisinundervisningen i studiets rus- og psykiatri-modul (modul 5). Ganske tidlig i reformprosessen planla vi at studentene skulle få prøve seg som fastlege i et ansvarsgruppemøte der de øvrige deltakerne så langt som mulig spilte seg selv.

Undervisningsopplegget (ramme 1) er utformet ut fra tanke om at den beste måten å erkjenne utfordringer, dilemmaer og mulig gevinster av brukerinvolvering på,

«Medbestemmelse er langt mer enn empatisk omgang med pasienter»

er ved å prøve det ut i praksis – med skolelerte brukere i en reell fremtidig arbeidssituasjon. Vi ønsket også å fremheve den lovfestede rettigheten til *individuell plan*, som er en veldig god mulighet til å forankre og forplikte behandlingen, men som av ulike grunner brukes for lite (10). Studentene får også øvd seg på samhandling med brukere og andre yrkesgrupper og får innsikt i den vesentlige kompetansen annet helse- og sosialpersonell sitter med som de senere i sitt arbeid som lege kan spille på. Fastlegen er en viktig aktør i ansvarsgruppemøtet og ofte den eneste i gruppen med reell beslutningsmyndighet.

Prosessen startet med et idémyndingsmøte mellom to av forfatterne (IAH og AKL), professor i medisinsk informatikk Per Grøttum og forhenværende professor i medisinsk pedagogikk Sten Ludvigsen. Høsten 2014 gjennomførte undervisningsansvarlige og representanter fra brukerorganisasjoner på rusfeltet to planleggingsmøter. Sammen planla vi selve simuleringen. Brukerrepresentantene kom med helt vesentlige innspill til opplegget, inkludert læringsutbyttet i modulen. Det at undervisningen slik ble utformet i fellesskap av bru-

kere og de fagansvarlige, har vært avgjørende for at prosjektet kunne gjennomføres i tråd med hensikten – som var å sette brukermedvirkning i sentrum.

RAMME 1

Planlagt gjennomføring:

- Maks åtte studenter per gruppe, hvorav én deltar som «fastlege» i ansvarsgruppemøtet. De andre studentene observerer og deltar i diskusjonen etterpå. Undervisningen er obligatorisk
- Én time forelesning som forberedelse hvor man tematiserer samhandling, brukermedvirkning og egenkraftmobilisering
- 10 minutters introduksjon av individuell plan ved bruker
- Kort formøte mellom bruker og fastlegen (studenten) for å belyse brukerens nåværende livssituasjon og behov for tjenester, oppfølging og behandling
- Ansvarsgruppemøte på ca. én time med følgende representanter:
 - 1 bruker med erfaring fra arbeid i brukerorganisasjoner
 - Fastlege (student) som skal lede ansvarsgruppemøtet
 - 2 profesjonelle ansatte fra Oslo kommune (ruskonsulent og hjemmetjeneste/helsetjeneste)
 - 1 representant fra spesialisthelsetjenesten (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)
 - I noen av gruppene vil det være en representant fra pårørende ved en pårørendeorganisasjon
 - En fagansvarlig fra avdeling fra samfunnsmedisin, som i utgangspunktet ikke skal ha noen rolle i selve møtet
- Én times debriefing med vekt på hva som fungerte og hva som kunne fungert bedre. Innspill til brukermedvirkning, fastlegens ledelse av gruppen, medisinsk forsvarlig behandling og videre prosess for brukeren
- Etter møtet skal alle studenter, som et obligatorisk arbeidskrav, skrive utkast til individuell plan for brukeren i den gruppen de har vært med i. Denne blir så evaluert av faglærer i gruppen

Neste trinn var møte med representanter fra Oslo kommune. Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo har inngått en samarbeidsavtale med byråd for eldre og sosiale tjenester, og responsen fra ledere og personell fra ulike bydeler var entusiastisk. Vi diskuterte ansvarsgruppemøtet som læringsarena og fikk mange gode innspill. Aktuelle problemstillinger og utfordringer har også vært diskutert med ulike helseprofesjoner i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).

Prosjektet er ambisiøst og krever mye koordinering og stor innsats fra de involverte. Instituttet bidrar med administrativ hjelp. Økonomisk er det kalkulerte kostnader til i overkant av 50 000 kroner per halvår. Oslo kommune og Oslo universitetspsykehus ved Seksjon spesialiserte ruspoliklinikker har sjenerøst stilt sine medarbeidere til disposisjon, uten krav om vederlag. Men brukerne har lang erfaring som brukerrepresentanter, og lærernes oppfatning var at de må få lønn etter samme satser som de får i sine mange ulike engasjementer i helseforetakene. Det har det imidlertid vært vanskelig å få gjennomslag for ved Det medisinske fakultet, som mener universitetets vanlige lønnsstige må brukes.

Et viktig element ved denne undervisningen er å belyse det mulige dilemmaet mellom medisinsk forsvarlig behandling og brukermedvirkning. Vi mener derfor at vi trenger brukere som har erfaring fra likemannsarbeid eller annen erfaring med brukermedvirkning. Brukerne er – sammen med de andre erfarne fagfolkene i ansvarsgruppemøtet – eksperter i denne undervisningen. Forstår ikke universitetene at de også må begynne å engasjere brukere i utviklingsarbeid, noe helseforetakene for lengst har forstått?

Praksis gir læring

13. mai 2015 arrangerte vi en pilot der vi simulerte tre ansvarsgruppemøter med studenter og til sammen 35 representanter fra henholdsvis brukerorganisasjoner, Oslo kommune, Seksjon spesialiserte ruspoliklinikker ved Oslo universitetspsykehus og fem ansatte ved avdelingen. Alle gruppene evaluerte opplegget gruppevis, og deretter samlet vi oss til en generell gjennomgang.

Det var stor enighet om at dette var noe både studenter, Nav-ansatte, helsepersonell og brukere hadde lært mye av. Studentene satte pris på det de opplevde som et svært virkelighetsnært scenario og at brukerne delte sine egne historier så det ble så realistisk som mulig. Studentene var glade for god og riklig tilbakemelding både på lederstil, holdninger, evne til brukermedvirkning og samhandling med andre i ansvarsgruppen.

Også fra de andre deltakerne fikk vi entusiastiske tilbakemeldinger – Nav-ansatte kommenterte at de mente de hadde lært noe både av brukerne, hverandre og

studentene i diskusjonen som fulgte. Problemstillinger som de møtte hver dag, ble tatt opp til diskusjon – dilemmaer de ikke alltid hadde så mye tid til å reflektere over. Konflikten mellom prinsippet om medisinsk forsvarlig behandling og prinsippet om brukermedvirkning ble belyst i de fleste ansvarsgruppemøtene, og som oftest var det brukerne som påpekte konflikten.

På forhånd hadde vi bestemt at vi skulle utforme en kasuistikk tilpasset hvert enkelt medlem i ansvarsgruppen, slik at alle skulle stille med profesjonsbasert bakgrunnsinformasjon. Enkelte representanter fra brukerorganisasjonene hadde hele tiden påpekt at de mente det beste var om man stilte uten detaljert bakgrunnsmateriale fordi det ga best mulighet til å ta utgangspunkt i brukerens nåværende livssituasjon og slik var et bedre utgangspunkt for brukermedvirkning, men vi var redde for at det ville bli ustrukturert og vanskelig for alle de andre involverte.

Imidlertid ble det underveis klart at disse kasusene gjorde det vanskeligere for brukerrepresentantene å bruke sin personlige erfaring og erfaringen fra likemannsarbeid i brukerorganisasjonene til å lage en mest mulig realistisk livssituasjon som rusmiddelavhengig med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Studentene var enige i dette. Til høsten forsøker vi oss derfor uten detaljert bakgrunnsmateriale. Så blir det brukerens egen historie som i enda større grad får danne utgangspunktet for innholdet i ansvarsgruppemøtet.

Vår foreløpige erfaring med dette er at det er en svært god undervisningsform. Den driller studentene i helt vesentlige ferdigheter de trenger som ferdig lege, men som det er umulig å undervise i kun ved hjelp av teoretiske forelesninger. Selv om metoden er ressurskrevende, særlig på den administrative siden, anser vi det som en så god undervisningsform at vi ønsker å dele våre erfaringer slik at flere kan la seg inspirere.

Anne Kveim Lie
ahlie@medisin.uio.no
Terje Jensen
Hanne Lichtwarck
Jon Storaas
Erik Torjussen
Ingrid Amalia Havnes

Anne Kveim Lie (f. 1969) er ph.d., førstamanuensis i medisinsk historie og undervisningsleder i samfunnsmedisin ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Terje Jensen (f. 1962) er boveileder/fadder og brukermedvirker i stiftelsen Livet Etter Sining – WayBack. Han er tidligere tung rusmisbruker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Ochieng Lichtwarck (f. 1986) er turnuslege ved Kongsberg sykehus og har en deltidsstilling som universitetslektor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jon Storaas (f. 1957) er sosionom og sosialpedagog og leder i RIO. Han er tidligere rusavhengig. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Erik Torjussen (f. 1955) er brukermedvirker i A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon. Han er tørrlagt alkoholiker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Amalia Havnes (f. 1967) er ph.d., spesialist i psykiatri og seniorrådgiver i Statens helse-tilsyn. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087–110.
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [19.6.2015].
3. Fischer J, Jenkins N, Bloor M et al. Drug user involvement in treatment decisions. York: Joseph Rowntree Foundation, 2007. www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2012-drug-user-treatment.pdf [19.6.2015].
4. Neale J, Bloor M, Berney L et al. Feel good factor. *Druglink* 2006; nr. 21: 20–21.
5. Crawford MJ, Rutter D, Manley C et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325: 1263.
6. Borg M. Intet om oss uten oss. I: Borg M, Kristiansen K, red. *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2009: 29–40.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
8. Caplan A. Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction* 2008; 103: 1919–21.
9. Gulbrandsen P, Dalby AML, Ofstad EH et al. Confusion in and about shared decision making in hospital outpatient encounters. *Patient Educ Couns* 2014; 96: 287–94.
10. Breimo JP, Normann T, Sandvin JT et al. *Individuell plan, samspill og noter*. Oslo: Gyldendal, 2015.

Mottatt 19.6. 2015, første revisjon innsendt 22.6. 2015, godkjent 24.6. 2015. Redaktør: Lise Mørkved Helsingen.