

# Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering

**BIRTE FOLGERØ JOHANNESSEN**

PSYKOLOG, DR.PHILOS.

Paper, track *Health sector management and organisation* ved The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF) at Aarhus School of Business in Denmark on August 18-20, 2005.

Spor 1: Transparens, ledelse, profesjoner og arbeidsorganisering

HELSE-BERGEN HF, PSYKIATRISK DIVISJON

I SAMARBEID MED

ATM-PROSJEKTET V/ ROKKANSENTERET

UNIVERSITETSFORSKNING BERGE

# Innhold

INNHold .....	2
ABSTRACT .....	4
INNLEDNING .....	5
Problemstillinger og fremgangsmåte.....	7
NOEN TREKK VED NEW PUBLIC MANAGEMENT-REFORMENE .....	8
EBM SOM KUNNSKAPSMODELL INNEN DET PSYKISKE HELSEVERN .....	10
DEN ØKTE ETTERSPÒRSEL ETTER MÅLESYSTEM MED KRAV TIL INNSYN – ELLER «GJENNOMSIKTIGHET» .....	12
KONSENKVENSER FOR KUNNSKAPSUTVIKLING OG ORGANISERING INNEN DET PSYKISKE HELSVERN .....	16
AVSLUTNING .....	19
Noter.....	21
Litteratur.....	24



# Abstract

A more professional and distinct managerial role is now being established. Unitary management changes the relationship between management-knowledge, clinical knowledge and specialized professional knowledge. A central concern in this paper is how evidence based medicine (EBM) is providing clinically unskilled management with an instrument for monitoring clinicians' performance, legitimizing organizational changes both in clinical practice and organizational behavior towards «transparency» and external quality control. In this paper evidence-based health care policy will be discussed in relation to strategies within the medical and psychological professions, as well as New Public Management (NPM) reforms. The introduction of evidence based medicine and evidence based psychotherapy can be seen as a way of assisting the individual clinician striving to integrate clinical experience and best empirical evidence working with patients. From an Organizational Behavior viewpoint, the introduction of EBM calls for clinical practice to be based on a specific type of data and a formal mode of rationality, more in line with economic and public transparency claims, ignoring how these changes affect the clinician in helping the patient. The NPM reformstrategy encompasses the introduction of unitary management, signifying a changed management structure in Norwegian hospitals from 2002 involving new performance and quality monitoring dynamics. The debates on EBM in mental health care and the debates on the introduction of unitary management usually take place in settings isolated from each other. They are both combined in the discourse on NPM reforms, however. In this paper, the interaction effect between unitary management and evidence based medicine will be described as a central precondition for understanding how knowledge traditions and work practices are now being changed in Mental Health Care.

# Innledning

Helsesektoren har de senere år blitt mer inspirert av bedriftsmodellen, bl.a. med etablering av helseforetak med egne styrever, fritt sykehusvalg og nye styringssystemer tilknyttet prinsipper for mål- og resultatstyring, med innføring av modeller for «enhetlig ledelse» (Byrkjeflot 2004). En tolkning av denne utvikling retter fokus mot enhetlig ledelse som en måte å kombinere to vidt forskjellige måter å tenke omkring – og lede organisasjoner på; en behandlingsfaglig og en økonomisk-administrativ (Østergren og Sahlin-Andersson 1998). Forsøkene på å kombinere de to forskjellige tenkemåtene, er forbundet med intensjoner om å bremse utgiftsvekst, og samtidig sikre kvaliteten på den behandling som gis. Mens behandlingsfaglige og økonomisk-administrative resultatmål tidligere var klart atskilte, er enhetlig ledelse forbundet med utvikling av resultatmål som kombinerer eller bygger bro mellom administrative/økonomiske og faglige logikker. Denne utvikling merkes nå på flere måter, ikke minst gjennom økt etterspørsel etter nye målesystemer innen helsesektoren. For å unngå at økonomisk-administrative tenkemåter automatisk kommer til å dominere over behandlingsfaglige, fremhever Østergren (Østergren og Sahlin-Andersson 1999, Østergren 2002) i den sammenheng betydningen av at særtrekkene ved så vel de behandlingsfaglige som de nye økonomiske logikkene tydeliggjøres, slik at der skapes muligheter for reell dialog.

Fordi kunnskapsgrunnlaget er spesielt sammensatt og til dels motstridende innen det psykiske helsevern (Wifstad 1997), vil også krav til tydeliggjøring av behandlingsfaglige tenkemåter medføre spesielle utfordringer. De aktuelle motsetningsforhold innen det psykiske helsevern gjør seg gjeldende på mange plan, både når det gjelder hva psykiatrien oppfattes som å være en vitenskap om<sup>i</sup>, hvordan psykiske problemer blir definert eller forstått, og hvordan det psykiske helsevern organiseres og avgrenses (Ludvigsen 1998, Skålevåg 2003).

I forarbeidene til psykiatrireformen, bl.a. St.meld. nr. 25 (1996–97)<sup>ii</sup> «Åpenhet og helhet» kommer flere klassiske motsetningsforhold uttrykk, bl.a. heter det:

«I psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder – uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasientene. Behandling av psykiatriske lidelser krever stor grad av nærhet og fortrolighet mellom pasient og behandler. Men dette kan være et tveegget sverd. Når prosessen foregår i «det lukkede rom» rundt pasient og behandler, kan også muligheten for åpenhet, sammenligning og etterprøving avskjæres» (St.meld. nr. 25 (1996–97), pkt. 1.3.1).

For at pasienter i fremtiden skal beskyttes mot «tilfeldig og utilstrekkelig underbygd behandling» fremhever meldingen at fagmiljøene må bygge på allment anerkjente metoder forankret i internasjonalt konsensus-arbeid. Dette går ut på at internasjonalt ledende forskere og klinikere, diskuterer seg fram til felles oppfatning om hvilke retningslinjer som bør legges til grunn for diagnostikk og behandling, ut fra rådende kunnskapsgrunnlag. Slike konsensus-prosesser har gått i retning av evidensbasert medisin (EBM) tilknyttet ulike modeller for evidensbasert behandling, deriblant evidensbasert psykoterapi.

Denne nye konsensus-byggingen rundt evidensbasert medisin, psykiatri og psykoterapi har imidlertid skapt stor debatt innen fagmiljøene, den såkalte «evidensdebatten»<sup>iii</sup>. Det har vært rettet kritikk mot at naturvitenskapelige synsmåter nå gjøres gjeldende langt inn i det kulturelle og psykologiske opplevelsels- og meningsfelt med den konsekvens at psykologien marginaliseres som meningsfortolkende vitenskap og psykiatrien mister sin doble forankring, dvs. i både natur- og humanvitenskapene. Vi ser nå tendenser til entydiggjøring av kunnskapsgrunnlaget innen det psykiske helsevern med fare for at sentrale faglige utfordringer knyttet til møtet med den andre, fortregnes (Wifstad 1997). Debatten om evidensbasert psykoterapi har vært tilknyttet forskjellige patologimodeller innen området psykisk helse, med ulik vektlegging av biologiske, sosiale og psykologiske forhold. Fokus har vært rettet mot hvilken status ulike kunnskapsformer skal ha, og mot hvilken grad av autonomi som kreves for at klinikerne skal kunne utforme en forsvarlig behandlingspraksis. Debatten har altså vært spesielt sammensatt, med vekt på så vel forskningsmetodiske problemstillinger, kunnskapsteoretiske spørsmål, praktisk-kliniske utfordringer, samt maktforholdet mellom profesjoner og mellom terapeut og pasient. Det forunderlige er at man i denne debatten ofte overser betydningen av den siste tidens reformer innen helsesektoren, som f.eks. eierskapsreformen i sykehus i 2002, og innføring av enhetlig ledelse<sup>iv</sup>. Etter mitt syn er det denne konteksten som gir det nye evidensbaserte paradigmet slik kraft innen det psykiske helsevern.

Denne satsing står helt sentralt i reformarbeidet innrettet mot å bedre behandlingskvalitet og bremse utgiftsvekst. Den nye satsing på bedre ledelse og nye organisasjonsformer kommer til uttrykk i flere statlige styringsdokument, bl.a. NOU 1997:2. Pasienten først!: Ledelse og organisering i sykehus. Sykehusreformen fra 2002 overførte eieransvar fra fylkeskommunen til staten. Samtidig ble fem nye regionale helseforetak etablert. Helseforetakene utgjør separate enheter, med egne styrever og administrerende direktører som har selvstendig resultatansvar, overfor staten som er eier. Både sykehus og de nye distriktpsykiatriske sentre (DPS), ble fra 2002 direkte underlagt helseforetaksledelsen, mens det psykiske tjenestetilbudet i kommunene er organisert under en annen ledelse<sup>v</sup>. Endringer i spesialisthelsetjenesteloven, § 3–9, som trådte i kraft 1. januar 2002, påla alle helseforetak å organisere sykehus slik at det bare er en ansvarlig leder på alle nivå. I den nye lov blir norske sykehus pålagt å implementere prinsippet om enhetlig ledelse. Kravet om enhetlig ledelse innebærer at det for alle organisatoriske enheter skal utpekes en person som har det helhetlige ansvar for enheten, og gjelder for DPS`ene på linje med sykehusene. I forarbeidene til denne bestemmelsen er det eksplisitt uttalt at lederen har et administrativt ansvar som *også* innbefatter et overordnet ansvar for det faglige arbeid som utøves i enheten (Heyerdal 2002).

Introduksjonen av enhetlig ledelse, med utvikling av en ny lederrolle, kan sees som en av pillarene i den norske sykehusreformen (Vareide 2002). Ledelse søkes utviklet som en egen, selvstendig profesjon, ikke avledet fra andre profesjoner, heller ikke medisin. Heller enn å være knyttet til en eller flere av profesjonene, eller til kollegiale profesjonsfelleskap, forventes den enkelte leder å være lojal overfor organisasjonen alene (Byrkjeflot 1999). Her introduseres ulike former for management-tenkning forankret i mål- og resultatstyring, med vekt på personlige kvaliteter og moralske

imperativer innrettet mot viljen til å lede, ta ansvar og utøve innflytelse på vegne av organisasjonen selv (Torjesen and Gammelsæter 2004).

Fagledelse innen sykehus har vært – og er fortsatt, tiknyttet spesialisert profesjonskunnskap med vekt på omforming av teori og forskning til praktiske ferdigheter, der kunnskapen som utvikles gjennom arbeidet står helt sentralt. I artikkelen «Ledelse på norsk: motstridende tradisjoner og idealer?» redegjør Byrkjeflot (2002) for ulike ledelses-ideal og tradisjoner. Han peker her på at tendensene til løsriving av ledelseskunnskap fra virksomhetsfelt og det sosiale fellesskap, strider sterkt mot idealet til «fagledere» som gjerne vil søke å unngå et skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Introduksjonen av enhetlig ledelse innebærer den type økning i avstand mellom ledelse – og den spesialiserte profesjonskunnskap tilknyttet det praktisk-kliniske arbeid. Samtidig er det en forutsetning at den nye ledelse skal inkludere såvel behandlingsfaglige som økonomisk-administrative vurderinger, i styringsgrunnlaget. Det er i denne sammenheng at EBM, med beslektede modeller for «evidensbasert behandling» blir et så viktig styringsgrunnlag. En styringsmessig tilknytning til denne kunnskapsmodell innebærer en mer formalisert kunnskapsorganisering med sterkere standardisering av behandlingsfaglig kunnskap, enn den som var tilknyttet «gamle» faglederidealer forankret i utvikling av individuell profesjonskunnskap, tilknyttet det konkrete arbeid (Lundbäck 2003).

EBM ble startet opp innen den medisinske profesjon for å evaluere forskjellige medisinske behandlingsmetoder ved hjelp av forskning, hvor systematiserte gjennomganger av publiserte forskningsartikler skal veilede klinikerer i hans/hennes arbeid (Evidence Based-Medicine Working group 1992, Sackett m. fl. 1996) Som Lundbäck (ibid) påpeker representerer EMB et kunnskapsregime som både har fokus rettet mot konkrete fremgangsmåter, eller prosedyrer, for å skille «vitenskapelig kunnskap» fra annen kunnskap, og mot innhold, hvor de effektive behandlingsmetoder skilles fra de mindre effektive. Den behandlingsfaglige ekspertise gjøres gjennom EBM mer eksplitt, ikke bare for klinikerer, men også for den nye ledelse ved helseforetakene. I sine forsøk på å kombinere behandlingsfaglige og økonomisk-administrative vurderinger, vil ledelsen kunne informeres om og forplikte seg i forhold til, «best mulig» medisinsk- sosial- og psykologfaglig kunnskap, basert på forskning. Den vil naturligvis være avhengig av faglig ekspertise, for å tolke de forskningsbaserte anvisningene, men generelt kan man si at det evidensbaserte behandlingsparadigme tablerer? en form for «kikkert-innsyn» i kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis, forankret i forskningsbaserte anvisninger for hva som er mest effektiv behandling. Gjennom tilknytning til EBM med beslektede modeller for evidensbasert behandling, vil den nye ledelse ideelt sett kunne inkludere de mest veldokumenterte behandlingsfaglige vurderinger, sammen med økonomisk-administrative vurderinger, i sitt beslutningsgrunnlag.

## **Problemstillinger og fremgangsmåte**

Dette spørsmål blir nedenfor drøftet ved å se nærmere på de ulike tenkemåter, eller logikker, som nå møtes innen helsesektoren. Disse studeres gjennom å nærmere å belyse hvordan introduksjonen av enhetlig ledelse knyttes til EBM, der fokus rettes mot

hvordan forestillinger om vitenskapelighet og effektivitet nå veves sammen i nye diskurser<sup>vi</sup> tilknyttet enhetlig ledelse, der konsekvensen er at en mer formalisert kunnskapsorganisering blir viktig på flere nivå. For nærmere å belyse *hvordan* det evidensbaserte behandlingsparadigmet inngår i styringsgrunnlaget for den nye enhetlige ledelse, tar jeg for meg ulike *drivkrefter* for den aktuelle utvikling i tre påfølgende avsnitt om New public management (NPM) som bevegelse for modernisering av offentlig sektor, Evidensbasert medisin (EBM) som kunnskapsmodell, samt en mer administrativ form for «vitenskapeliggjøring» av klinisk praksis tilknyttet krav om økt innsyn, styrbarhet og målbarhet (Gjennomsiktighet/Transparens). Konsekvenser for kunnskapsutvikling og organisering drøftes underveis, mens de mer spesifikke konsekvenser for psykisk helsevern med aktuelle forskningsutfordringer drøftes i avslutningen.

## Noen trekk ved New Public Management-reformene

Kombinasjonen av statlig styring og økt vekt på økonomiske normer og verdier, fremmes i offentlig sektor av en gruppe administrative reformer som går under fellesbetegnelsen New Public Management (NPM). De aktuelle styringsformer åpner for en mer aktiv og synlig kontroll med prosesser og resultater innen helseforetakene. Sykehusreformen med innføring av enhetlig ledelse, kan sees som et av de siste og vesentligste, gjennomslag av NPM-reformene i Norge. Et karakteristisk trekk ved endringene i Norge, er at privatisering av sykehusene unngås. Isteden settes kostnadseffektivitet i sentrum, der en idealisert modell av virksomheter og ledelsesformer i privat sektor kan sies å tjene som forbilde.

NPM er enkelt sagt en reformbevegelse som har spredd seg over den vestlige verden de siste to tiår. Bevegelsen har utspring i sentrale anglo-amerikanske land og er aktivt understøttet av OECD. NPM er ikke et homogent program for reform av offentlig sektor, men en løsere samling av ideer og konkrete reformelementer. Hovedvekten er på økonomisk effektivitet, markedstenkning, management, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn. NPM har generelt hatt betydning i de vestlige land, særlig som et sett av økonomiske ideer for offentlig styring. Ideene i NPM er blitt omformet i mange land og tilpasset nasjonalt baserte strukturer og kulturer, hvor Norge, frem til i det siste, har vært ansett som en forsiktig reformator (Christensen og Lægread 2001, Byrkjeflot 2004). Det viktigste trekk ved reformene innen NPM er ideologisk dominans av økonomiske normer og verdier, tilknyttet ulike typer av lederskap som fremmer aktiv og synlig kontroll med organisasjoner, basert på eksplisitte standarder for evaluering og måling. Samtidig er der en innebygget inkonsistens i NPM «The reformers claim to empower customers, free managers and strengthen political control, but these three things are difficult to achieve at the same time» (ibid. s.308?) .

Begrepet NPM ble først benyttet av Hood (1991), som en betegnelse på en gruppe nyere reformer som ble implementert fra midt på 1980-tallet og på 1990-tallet. Det skal i den sammenheng fremheves at reform-agentene selv ikke brukte dette begrepet ved

lansering av aktuelle administrative reformer, selv om innholdet i reformene senere ble klassifisert under NPM (Christensen og Lægereid 2001) Sykehusreformen med introduksjon av enhetlig ledelse, kan som nevnt klassifiseres under NPM, men baserer seg på omfattende endringer i offentlig sektor mer generelt – samt på ideologiske endringer, med mer diffuse innflytelseskilder, der for eksempel ledelsesbegrepet får endret symbolverdi. I Norge og Norden så en for eksempel en øket preferanse for ledelsesbegrepet i forståelsen av hvordan organisasjoner fungerer, på 80- og 90-tallet. Den aktuelle ledersentrering inngikk videre i et bilde av organisasjoner som «instrumenter» i hendene på rasjonelle og handlekraftige ledere (Brunsson 1989, Johannessen 1994). Czarniawska-Joerges og Wolf omtalt de mer diffuse ideologiske innflytelseskilder slik: «The neo conservatism of the 1980 brought to Europe from beyond the ocean various nostalgic notions such as ‘free market’ and ‘leadership’ – as opposed to ‘negotiated economies’ and ‘codetermination’» (Czarniawska-Joerges og Wolf 1991:34). Lægereid bemerker allerede i 1992 påfallende endringer i språkbruk innen offentlig sektor i Norge: «Dialekten er lagt om og dei nye talemåtene er knytta til ideer om ledelse, effektivisering, brukarstyring og konserntankegang» (1992:21). Også meningsdannelsen rundt kvinners økte yrkesdeltakelse, særlig de høyt utdannede, var fra midten av 1980- og inn på 1990-tallet under innflytelse av disse ideologiske endringer. Bildet av kvinner som en «ubrukt ressurs» ble da stående sentralt, sammen med økt vekt på kjønn som personlig lederegenskap, samtidig som mange kvinner selv fremhevet ledelse som et eget «fag» og «kompetanseområde», uavhengig av kjønn, i tråd med rådende management-literatur (Johannessen 1994). Slike endringer i talemåter er innflytelsesrike kilder for organisasjonsendring på menings- og handlingsplanet, samtidig som de reflekterer endringer som allerede har funnet sted.

NPM-reformene er som Cristensen og Lægereid påpeker entydige når det gjelder ideologisk dominans av økonomiske normer og verdier, men et like viktig trekk kan sies å være deres «hybride» karakter (Christensen og Lægereid 2001). Med reformenes «hybride» karakter siktes det til reformgrupper preget av sammensmelting mellom kryssende hensyn, en forening av ulike og ofte motstridende normer, verdier og interesser. Den ideologiske dominans av økonomiske normer og verdier er for eksempel ofte forbundet med sterke, men ikke alltid like velbegrunnede oppfatninger om hvordan disse normer og verdier er forenlig med andre hensyn, som for eksempel økt behandlings-kvalitet og pasienttilfredshet.

En annen sentral ide, som senere er blitt klassifisert som typiske for NPM, er tanken om «The supermarket State» – en statsmodell som i mindre grad er sentrert rundt demokrati og i større grad rundt effektivitet, kvalitet og direkte konsument – eller brukerinnflytelse. «This modell of the state should be used where the task is to provide public services with highest possible degree of productivity and flexibility» (Olsen 1988:246).

Modeller for evidensbasert helsepolitikk, kan identifiseres som konkrete reformelement innen NPM, mens andre trekk mer har status som en løsere samling av ideer og forestillinger. Noen av disse er konkretisert på måter som innebærer endringer i rettigheter og lovverk tilknyttet helsetjenester, mens andre eksisterer i løsere form. Spesiell symbolverdi gis for eksempel til ideer om rasjonalitet og effektivitet i forsøkene på å selge reformene til publikum (Christensen og Lægereid 2001).

Sørbo (2002) gir i kapittelet «Skjervheim i skorpionens tid», en god beskrivelse av det hybride ved NPM-reformene innen det psykiske helsevern når han oppsummerer de forskjellige logikker som pasienten og kliniker, lederen eller administratoren nå forholder seg til: «Ein med utgangspunkt i pasienten som subjekt, ein med utgangspunkt i psykiatrien som fag, og ein med utgangspunkt i administrasjonen av helsestellet. Medan lova vil sikra pasienten subjektstatus og psykiatrifaget vil insistera på si sjølvstendige forståing, forlanger helseadministrasjonen resultat og effektivitet. Det er ikkje slik at berre ein av desse logikkane gyldige; tvert om er alle tre gyldige på sitt vis» (ibid.:311).

## EBM som kunnskapsmodell innen det psykiske helsevern

EBM kan sees som medisinenes faglige respons på dominansen av økonomiske normer og verdier i internasjonale reformprosesser. Ved hjelp av EBM skal den faglige kvaliteten, og dermed pasientens beste sikres. Med strenge krav til vitenskapelighet, skal EBM fungere som buffer også mot kvasi-vitenskapelig dokumentasjon av effekt, som kan være mer forankret i økonomiske interesser enn i pasientens. Spørsmålet er imidlertid om det nye evidensbaserte behandlings-paradigme tilknyttet EBM egner seg til å sikre behandlingskvalitet innen det psykiske helsevern?

Grunnlaget for debatt rundt dette spørsmålet, forkludres ofte av at EBM omtales uspesifikt, uten redegjørelse for hvilke former for forskning – og hvilken type kunnskap, det her er tale om. I sammenhenger hvor EBM introduseres blir for eksempel følgende definisjon ofte benyttet: «The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients» (Sackett, Straus et al 2000). En annen definisjon som ofte benyttes blir gitt av Haynes: «Advocates of evidence-based medicine want clinicians and consumers to pay attention to the best findings from health care research that are both valid and ready for clinical application» (2002). I Norge er det ikke uvanlig å introdusere EBM, eller modeller for evidensbasert behandling, under etikettene «kunnskapsbasert medisin» eller «kunnskapsbasert praksis». I artikkelen «Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap» presenteres EBM for eksempel slik: «Den kunnskapsbaserte medisin, gjennom en sterkere vektlegging av vitenskapelig empirisk evidens som grunnlag for våre behandlingsmetoder, vil være det beste utgangspunkt for en vedvarende utvikling av faget» (Reichborn-Kjennerud og Falkum 2000a:1148).

De fleste presentasjoner av EBM og evidensbasert behandling synes rett og slett å konstatere at EBM er fornuftig bruk av forskning – i praksis. Gitt denne karakteristikken, alene, ville det være underlig om EBM skapte større debatt i fagmiljøene. For hvem kan ha innvendinger mot å bruke best mulig forskning på en klok måte i klinisk praksis?

I artikkelen «Hva er evidensbasert psykoterapi?» bidrar Gullestad (2001) til en avklaring av hva som skiller evidensbasert psykoterapi fra andre former for psykoterapiforskning. Hun identifiserer her det randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) som det viktigste definatoriske kjennetegn. Dette er i tråd med Schon, Scott og Stanley

som fremhever: «The heart of EBM is the use of randomized controlled trials (RCTs) to determine the safety and efficacy of interventions, e.g. treatment, diagnosis, and prevention» (ibid.).

Innen RCT-designet er det en forutsetning at det som skal behandles, kan defineres klart. Den aktuelle sykdom skal spesifiseres diagnostisk, og den behandling som mottas, samt resultatene av denne, skal kunne observeres på en meningsfull måte, av en tredjeperson, dvs. forskeren. Undersøkelsen skal også skje i en situasjon som legger klare restriksjoner på datainnsamlingen, med laboratoriestudiet som ideal: Der må være en kontrollgruppe med pasienter som ikke mottar den eksperimentelle behandling som undersøkes, pasientene må være tilfeldig utvalgt og plassert (randomisert) i enten kontrollgruppe eller eksperimentgruppe. Ideelt skal verken forskerne eller andre deltakere ha kjennskap til hvilke pasienter som tilhører kontrollgruppen og eksperimentgruppe. Pasientene skal heller ikke selv vite hvilken behandling de mottar, i form av medisiner eller annen terapi/behandling/hjelp. RCT studier forutsetter som nevnt at den aktuelle sykdom må kunne spesifiseres diagnostisk, og dette på måter som *eliminere*r personlige, i form av ideografiske og sosiale særtrekk ved individet, fra det som konstituerer «sykdommen». Dessuten må behandlingen kunne spesifiseres som metode/teknikk på en måte som eliminerer intersubjektivitet som hovedinnhold i den behandling som undersøkes. Mens de førstnevnte krav kan være vanskelig å innfri for alle studier som gjennomføres i klinisk praksis, står de to sistnevnte krav i motsetning til det som særpreger psykiske lidelser som fenomen og samtale som «behandling». Det er krav som presser klinisk psykologisk forskning, eller psykoterapiforskning, over i en medisinsk modell for etablering av evidens (Gullestad 2001). Dette innebærer at psykologisk forskning presses fra å studere «innvendige» eller subjektive menings-sammenhenger til å finne de mer «utvendige», eller objektivt observerbare, sammenhengene. Innvendige sammenhenger kan defineres som de opplevelsesmessige sammenhenger personer selv etablerer og bruker når de deltar i sin sosiale verden. De metoder som forskere benytter for å studere slike sammenhenger benevnes ofte som kvalitative, men kan med fordel heller beskrives som fortolkningsvitenskapelige metoder (Haavind 2000). Som faglig drivkraft er EBM helt uten tilknytning til hermeneutikk eller fortolkningsvitenskap, hvor det legges større vekt på fenomenutdyping gjennom analyse av mening og betydning med vekt på begrepsutvikling<sup>vii</sup>.

I sammenhenger hvor EBM introduseres, tones ofte RCT-designet ned som definatorisk kjennetegn (Sehon, Scott og Stanley 2003). Dette finnes der flere eksempler på, også i den norske debatten. For eksempel hos Walby (2003): «Selv om randomized controlled trial (RCT) er et sentralt forskningsdesign i arbeidet med å etablere grunnlaget for hva som omtales som evidensbasert praksis (EBP), rommer dette paradigmet også mange andre former for evidens, og langt mer enn dette. EBP er nemlig ikke i seg selv en forskningstilnærming, eller en vitenskapsfilosofisk skoleretning, selv om slike aspekter ved tilnærmingen er klart relevante. EBP er først og fremst et redskap til bruk for å foreta kliniske avgjørelser innenfor helsefagene» (Walby 2003:85). Med en presisering av evidensbasert praksis (EBP) som «redskap» til bruk for å foreta kliniske avgjørelser, drøfter han og konkretiserer, hvordan den enkelte kliniker kan og bør forholde seg til den mer formaliserte kunnskapsorganisering som det nå tilrettelegges for i klinikken. Han unngår imidlertid både å drøfte den styringsmessige

kontekst som EBP inngår i, og den kunnskapsteoretiske status RCT-studiene har innen EBM. Ved å nedtone RCT-designets avgjørende status for å etablere empirisk evidens for en behandlingmetode, skyves den viktige kunnskapsteoretiske debatt om operasjonalisme<sup>viii</sup> i forståelsen av psykiske lidelser til side, samt de sentrale forskningsmetodiske innvendinger mot RCT-designet som Gullestad (2001) har gjort rede for. Før jeg går videre med en drøfting av EBM og evidensbasert psykoterapi som «redskap», skal det derfor presiseres at det som fra et forskningsmetodisk synspunkt skiller EBM fra andre former for forskningstilknyttet klinisk praksis, er den forrang som gis til bestemte former for «evidens», nemlig den empiriske dokumentasjon av effekt som kan etableres gjennom RCT-studier.<sup>ix x</sup>

At behandling av psykiske lidelser med fordel kan baseres på klinisk forskning, har der så langt ikke vært noen større uenighet om i den norske debatten. Debatten handler om hvilke former for forskning, og hvilke kunnskapsbegrep som skal legges til grunn. Kritikken av RCT-designet knytter seg dessuten til den status som dette designet er i ferd med å få mer i grenseland mellom forskning og helsepolitikk<sup>xi</sup>. Som Kjekshus påpeker har evidensbasert helsepolitikk, sammen med RCT-designet, en analog-tilnærming på flere nivå: «Metamedicine and clinical medicine look to basal medicine, epidemiology and chemistry for conceptual models and methods (...). When going from basal medicine to clinical medicine the premises must be stretched (...) When RCT-s are applied to research on health care policy or meta-medicine, the premises must be streched even further (...). It is not possible to test 'interventions' in one municipality while another is being held constant as a control group not affected by the other intervention» (s. 13).

## Den økte etterspørsel etter målesystem med krav til innsyn – eller «gjennomsiktighet»

Modeller for evidensbasert helsepolitikk (EBP/EBCH) har mye til felles med «gamle» Tayloristiske ledelsesideal: «Like Taylor, EBHC models are interested in developing a more 'scientific' system of medical practice, in the form of a highly functionalized, scientific evidence base governed by mechanistic, generalized rules. The similarities are clear. First EBHC enables control and coordination in the form of clinical guidelines and protocols. Second, it emphasizes the separation of plan and execution in the form of science 'push' models of innovation, diffusion and technology transfer. Third, it institutionalizes the closer supervision of individual work performance by attempting to limit clinicians 'traditional freedom to prescribe'» (Wood og Ferlie 2003:48). Modeller for kunnskapsspredning innen EBP/EBHC kan videre beskrives som «'top-down' in tone, using the language of 'planned change'.» Bruk av incentiver som for eksempel avansementsmuligheter tilknyttet høyere lønn, har vært foreslått for å fremme organisasjonsendring som øker tilslutning til modeller for evidensbasert helsepolitikk og behandling blant klinikere. Også utvikling av utdanningsprogrammer for

kompetanseheving står sentralt. Dessuten har det vært foreslått at lokale «endrings-agenter» informeres om planlagte endringer, og motiveres til å bidra til implementering av neste skritt i ønsket retning (Ferlie et. al 2000:97).

Et styrket lederskap med vekt på abstrakte styringsteknikker som begrenser klinikerens autonomi, er ikke uten videre i tråd med praksisidealene innen EBM. I tråd med at klinisk kompetanse er blitt fremhevet som sentralt i profesjonenes debatt av evidensbasert psykoterapi (Rosenvinge m. fl. 2004), har sentrale forskere også fremhevet betydningen av en «nedenfra-og-opp»-forankring ved praktisering av EBM og evidensbasert psykoterapi. For eksempel fremhever Sackett «because it requires a bottom up that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patient's choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care» (Sackett m. fl. 1996:72)<sup>xiii</sup>. På liknende vis fremhever Hoffart (2003) at inter-subjektiviteten må overordnes de standardiserte teknikker ved praktisering av kognitiv terapi, innen kognitiv atferds terapi (CBT). Dette for å unngå teknifisering av samtalen med objektivisering av mennesket som resultat.<sup>xiiii</sup> Det sentrale poeng hos begge er at de behandlingsfaglige anvisninger innen EBM og evidensbasert psykoterapi må fortolkes klinisk, for å sikre forsvarlig praksis. Jeg oppfatter Sackett (ibid) i retning av at han mener dette også er den beste «garanti» mot at økonomiske normer og verdiers skal bli dominerende innen helsesektoren: «Some fear that evidence based medicine will be hijacked by purchasers and managers to cut the costs of health care. This would not only be a misuse of evidence based medicine but suggests a fundamental misunderstanding of its financial consequences. Doctors practising evidence based medicine will identify and apply the most efficacious interventions to maximize the quality and quantity of life for individual patients; this may raise rather than lower the costs of their care» (2001:72).

Praksisidealene innen EBM fremhever altså en «nedenfra og opp forankring» i fortolkningen av hvordan forskning skal benyttes i klinisk praksis, men samtidig understøttes en mer formalisert kunnskapsorganisering i helseorganisasjoner (Ferlie, Fitzgerald and Wood, 2000) . Rosenberg og Donald beskriver for eksempel de pågående endringer i det praktisk-kliniske kunnskapsområde som «a process of turning clinical problems into questions, and then systematically locating, appraising, and using contemporary research-findings as the basis for clinical decisions» (Rosenberg and Donald 1995:1122). Det dreier seg om en generell reorganisering av kunnskapsformer i helseorganisasjoner *avledet* fra kvantitativ forskningsmetodikk, der kunnskap basert på randomiserte kontrollerte studier rangeres høyest, kontrollerte ekspertimentelle studier i midten, mens resultater fra ukontrollerte studier plasseres på bunnen sammen med «opinion» (Barton 2000). Denne form for kunnskapsorganisering driver frem arbeidsmåter innen det psykiske helsevern som mer kritisk vurdert kan beskrives slik: «Det *aller først skritt* innen evidensbasert praksis er at man flytter seg fra pasienten (dvs. personen) til diagnostisert lidelse (dvs. sykdommen), og fra et spørsmål om hva som er best mulig behandling til hva som er dokumentert som dette, innen en nærmere definert kunnskapsmodell» (Berg 2002:3). Berg tilføyer at man med dette løfter seg over i en biomedisinsk sfære innen det psykiske helsevern, og løftet skjer nesten umerkelig, hvis man ikke stopper opp og ser..

Den økte vekt på formalkunnskap innen det psykiske helsevern kan likevel ikke sies først og fremst å bli drevet frem av klinisk forskning, tilknyttet EBM. En like viktig drivkraft er moderniseringen av offentlig sektor tilknyttet krav om økt innsyn, og nye finansieringsordninger basert på økonomiske resultatmål. De aktuelle organisasjonsendringer etablerer m.a.o. flere tilknytningspunkt mellom forestillinger om vitenskapelighet, klinisk praksis og lederskap enn de som følger av EBM, der alle aktører blir mer underlagt kunnskap basert på kvantitative mål, både pasienten, klinikerens og lederen. Kjekshus formulerer de aktuelle organisasjonsendringene slik: «It is modern to search for excellence, to find quantitative measures for your decisions; it is modern to have at least the image of being scientific. But this does not mean it has to be scientific, that it has to meet certain scientific criteria» (2000:11). Det kan da også bemerkes at det evidensbaserte behandlingsparadigmet utgjør behandlingsfaglige drivkrefter som både egner seg til å bygge opp under den enhetlige ledelsens vitenskapelige «image» og en mer formalisert kunnskapsorganisering, men samtidig fastholde praksisidealene med vekt på klinisk kunnskap.

Klinikerens autonomi er tradisjonelt forbundet med faglederidealene med vekt på omforming av teoretisk til praktisk kunnskap, og med en sterk profesjonsmakt, både innen sykepleie, medisin, og psykologi. De aktuelle reformprosesser utfordrer imidlertid både faglederidealene og profesjonsmakten. Med dette utfordres også det etablerte grunnlag for klinikerens autonomi.<sup>xiv</sup> Dette gjør det problematisk bare å forutsette, slik bla. Sackett ser ut til å gjøre, at det vil være den «samvittighetsfulle» kliniker som blir mest avgjørende for utformingen av det evidensbaserte behandlingsparadigmet. I de land hvor NPM-reformene har kommet lengst innen helsesektoren, observeres følgende maktforskyvning: «In health services it has commonly been the professional that has had the upper hand over the manager, but they are now changing places, with the consequence that the professions become less unified, a managerial strata is developed within each profession» (Byrkjeflot 2004). De sentrale aktørene blir ifølge Byrkjeflot (2004) de institusjoner og personer som har forstått at «the new game in town is to participate in the further development of systems of quality control, standard setting and ranking» (s. 22). Profesjonsmakten utfordres både «nedefra og ovenfra», dvs. både fra ledelsen av helseforetakene og fra brukerorganisasjonene. «Nedenfra» utfordres profesjonsmakten av ulike brukergrupper med krav om økt innsyn i klinisk praksis, «ovenfra» gjennom nye styringsteknologier som både utvider lederens maktgrunnlag og deres personlige handlingsrom. Byrkjeflot fremhever derfor at det derfor blir viktig å inkludere langt flere aktører enn profesjonene i forståelsen av pågående reformprosesser: «In the current phase of political-professional reconfiguration, (..) it may be necessary to admit several other actors onto the stage in studying reform-dynamics. Not the least the classical role of the journalist, the manager, the consultant, the politician and the patient, but also all sorts of 'experts'. E.g. the communication expert, the quality controller and the medical 'meta-expert', i.e. the controller of the technologies of evidence based medicine. Such experts all speak on behalf of the generalized patient and their expert status may be based on their access to powerful technological systems, e.g. the Cochrane library, the DRG-system, and so on» (s. 8).

Behovet for å satse på utvikling av *bedre og flere målesystemer* innen det psykiske helsevern, begrunnes noen ganger faglig, med referanse til forskning, andre ganger

klinisk, med referanse til behovet for bedre pasientoppfølging, noen ganger mer pragmatisk med henvisning til krav om kostnadseffektivitet. Det er sjeldnere at den økte etterspørsel etter nye målesystem begrunnes med behovet for å innføre DRG<sup>xv</sup>-liknende finansieringsordninger som hos Bretteville-Jensen og Kaarbøe (2004). Jeg skal la debatten rundt en evt. innføring av DRG-systemet i arbeid med psykiske problemer ligge, og bare fremheve at den tenkemåte som ligger til grunn for systemet ikke bare innebærer en sterk vektlegging av effektivitetshensyn, den innebærer også en vektlegging av standardisering (Lian 1994). Det generelle poeng er at vi innen det psykiske helsevern som oftest finner *sammensatte begrunnelser* for nyere teknologi- og metodeutvikling som medfører økt standardisering av behandlingsfaglig kunnskap, der hensynet til forskning ofte flyter over i hensynet til pasienten i begrunnelsen som gis og bidrar til utvikling av styringsteknologier tilknyttet nye økonomiske resultatmål. Sett fra et organisasjonsteoretisk perspektiv, har vi å gjøre med mer generelle organisasjonsendringer som driver frem økt standardisering av klinisk praksis, ut fra et mål om økt innsyn eller transparens: «In most Western countries we have witnessed an increased demand for new and different types of audit, control and reporting systems that reveal and visualize health care processes and outcomes. The trend is expressed in the multiplication of quality assurance programs, accreditation schemes, medical audits, international ranking, etc. The applied techniques vary in construction and scope. Individuals, clinical units, diagnoses, treatment and entire health care systems are audited and used as foundations for comparisons, recommendations, rankings, guidelines and ‘best practice’» (Blomgren 2004:1).

Et eksempel på hvordan ulike hensyn søkes ivaretatt i utviklingen av nye kvalitetssikringssystem kommer frem i følgende utsagn fra senter for medisinsk metodevurdering (SMM): «SMMs virksomhet skal øke sannsynligheten for at pasienter og befolkningen får helsefremmende og virksomme tjenester. Kvaliteten ved helsetjenestene skal bli bedre ved at forebyggende tiltak, diagnostikk og behandling baseres på best mulig kunnskap. SMM vil synliggjøre klinisk effekt, hva ulike metoder koster, og hvilke organisatoriske og andre konsekvenser endringer i bruk av medisinske metoder kan medføre. På den måte gis beslutningstakere og helsearbeidere innsikt i muligheter og konsekvenser for bruk av helsetjenestetiltak» (SMM 2003a).

De aktuelle overvåkings- eller kvalitetssikringssystem skal etter intensjonen øke kontroll og åpne for innsyn i klinisk praksis. Vi har imidlertid å gjøre med styringsteknologier som samtidig griper inn i arbeidspraksis på mer uforutsette måter, med forskyvning i tillitsforhold – fra personlig til abstrakt tillit, ikke bare i sykehus, men også i industri og politikk (Sirnes 1997). De nye styringsformer som det evidensbaserte behandlingsparadigmet knytter an til, driver frem endringer i språk, arbeidsmåter og kunnskapstilfang som også står i fare for å svekke pasientens muligheter for i det hele tatt å komme til ordet, eller bli møtt som subjekt. I *Tidsskrift for Norske Lægeforening* (2003) tar Vigdiss Eidisson opp dette problemet idet hun stiller følgende spørsmål: «Hvordan kan det ha seg at flere av teamene som etableres for de såkalte nysyke schizofrene bruker sine sterkeste ressurser på utredning og kartlegging av pasientens symptomer, og desto mindre på utvikling og forskning knyttet til utfordringen om hvordan etablere grunnleggende tillit og respekt? ( ) Vi blir mer opptatt av å telle, katalogisere, undersøke og administrere enn å lytte, undersøke, reflektere, uttrykke og nyansere» (2003:2601).

Dette spørsmål er vesentlig, både sett fra et klinisk og fra et organisasjonsteoretisk perspektiv. Dersom en skal forstå hvordan det evidensbaserte behandlingsparadigmet påvirker klinisk praksis innen det psykiske helsevern, må fokus nettopp rettes mot endringer i kunnskapstilfang, språk og arbeidsmåter, samt i det nye, mer abstrakte tillitsforhold mellom ledelsen og klinikerne. Det vil i første rekke være endringer på disse områdene som påvirker intersubjektiviteten, mer enn valg av terapiteknikk og om den er «evidensbasert» eller ikke.

For å oppsummere så langt: Det er de positivistiske empiriske vitenskapsidealene, med vekt på målbarhet og effekt, som taler det språk som egner seg best til å kombinere behandlingsfaglige vurderinger med de nye økonomiske styrings-logikker. Det er et språk som skaper et skinn av objektivitet, oversikt og kontroll. Det gir svar på spørsmål som: «Hva virker, for hvilken lidelse?», «Hvor mange timer går med til behandlingen?», «Har behandlingen virket?» «Hvordan kan vi måle det?» Det nye språket inngår i utviklingen av et mer gjennomtrengende kvalitetssikringssystem, hvor risiko for feilbehandling søkes redusert – og økt innsyn etablert.

Praksisidealene innen EBM er ikke uten videre forenlig med et styrket lederskap forankret i bedriftsøkonomiske logikker, med vekt på standardisering av praksis gjennom abstrakte styringsteknikker. Særlig i den grad den økonomisk-administrative kontroll griper inn i lege-pasientforholdet, eller i den psykoterapeutiske relasjon, vil ledelsesidealene under NPM kolliderer med praksisidealene innen EBM. For eksempel vil dette skje dersom kliniske vurderinger basert på intersubjektivitet, administreres bort i den hensikt å oppnå økt grad av forutsigbarhet, innsyn eller kontroll med klinisk praksis. Dette kan skje ved utstrakt bruk av standardiserte prosedyrer for utredning, behandling og evaluering som for eksempel konkretisert av Statens helsetilsyn (2001b).

## Konsenskvenser for kunnskapsutvikling og organisering innen det psykiske helsevern

Nye styrings og praksisdilemma vokser nå frem, hvor «gamle» faglederidealene brytes mot forestillinger om ledelse som egen profesjon med utvikling av mer abstrakte styrings-teknologier tilknyttet et mer formalisert kunnskapsregime. Disse endringene synes å være forbundet med en svekkelse av profesjonsmakten i helseforetakene, samtidig som både ledelsens og profesjonenes tilknytning til det evidensbaserte behandlingsparadigmet synes å bli viktigere. Det er en utvikling som gir den kliniske forskning – og dermed også psykologi som fagområde, økt muligheter for innflytelse innen det psykiske helsevern. Det dreier seg da om en psykologi som er forenlig med en medisinsk modell for klassifisering av psykiske lidelser, og om psykoterapiformer som kan defineres som et sett av teknikker og prosedyrer innrettet mot behandling av spesifikke tilstandsbilder. Disse skal helst også kunne dokumentere behandlingseffekt, gjennom RCT-studier. Sagt på en annen måte – mens medisinerne mister den behandlingsfaglige makt som var tilknyttet den to-delte ledelse, så beholdes

modellmakten<sup>xvi</sup>, mens psykologien gis en ny behandlingsfaglig legitimering gjennom forskning og gjennom det økte muligheter for innflytelse innenfor den medisinsk dominerte del av det psykiske helsevern.

Jeg skal kort stoppe ved noen konsekvenser av dette, slik det kommer frem i det statlige reformarbeid innen psykisk helsevern. Det statlige reformarbeidet er premissgivende for de pågående endringer lokalt, det vil si både endringer på helseforetaks-nivå og i kommuneorganisasjonene.

Helsetilsynet utga i 1999–2001 en rekke skrifter med veiledende anbefalinger om behandling av ulike typer av psykiske lidelser, hvor den evidensbaserte helsepolitikk med tilknytning til EBM kommer til uttrykk. For eksempel er det kun psykoterapiformer som har latt seg standardisere ved hjelp av manualer og som kan dokumentere effekt i behandling av spesifikke tilstander, som har fått status som «forskningsbasert kunnskap». Behandlingsveilederne er også tilknyttet medisinens praksisidealer som betyr at den forskningsbaserte kunnskap fortsettes å inngå i en mer omfattende klinisk vurdering av hva den enkelte pasient har behov for. Veilederne viser at det i første rekke er kognitive teknikker, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), som har oppnådd «evidensstatus», innen området for behandling av voksne med psykiske problem. Men også såkalt interpersonlig orientert terapi, InterPersonal Therapy – (IPT), regnes for å være «forskningsbasert». Det dreier seg her om en terapi innrettet mot endring av individets forhold til andre personer som kan «evidensbaseres» fordi den i likhet med CBT, har latt seg standardisere ved hjelp av behandlingsmanualer. Generelt kan man si at det evidensbaserte behandlingsparadigmet bidrar til å gjøre psykoterapi til «god medisin» innen området for psykisk helse, *ved hjelp av psykoterapiteknikker som lar seg standardisere ved hjelp av behandlingsmanualer*. Denne form for vitenskapeliggjøring av psykoterapi, er relativt ny i Norge. Det er derfor et åpent spørsmål i hvilken grad og på hvilke måter manualbaserte terapier får en sentral funksjon i den pågående utvikling av fagområdet. *Spredningen av manualbaserte terapier må imidlertid sees som både forbundet med utviklingen i fagfeltet og introduksjonen av nye styringsformer.*

Det evidensbaserte behandlingsparadigmet henter ikke bare kraft fra vitenskapen, men også fra nye styringsformer med økte krav om innsyn og kontroll, basert på resultatmål som kombinerer økonomisk-administrative og behandlingsfaglige styringslogikker.

Denne kombinasjon av drivkrefter, vil kunne medføre at manualbaserte terapiformer blir vesentlig mer utbredt i behandling av psykiske problem enn hva deres plassering innen det stringente «evidenshierarki» skulle tilsi, dvs. mer eller mindre *uavhengig* av om de har dokumentert effekt gjennom RCT`s, eller ikke. Dette fordi manualene bidrar til å redusere usikkerhet på det formelle nivået, og kan komme til å spille en viktig rolle som garantist for at oppgavene mesters på ulike nivå innen det nye psykiske helsevernet. Risikoen for å gjøre feil vil kunne komme til å utgjøre en egen drivkraft for spredning av manualbaserte terapiformer.. Dette vil i så fall ikke være enestående for det psykiske helsevernet, men kan også sees i andre sammenhenger der usikkerheten er stor, der utdanningsgruppene eller profesjonenes posisjon ikke lenger oppfattes som tilstrekkelig for å garantere for kvalifikasjonene – og kvalifikasjonene i større grad sikres gjennom prosedyrene (Sirnes 1997).

Betydningen av at *prosedyrene for utredning og klassifikasjon* av de psykiske problemene blir vesentlig forbedret blir fremhevet i det Statlige utredningsarbeid «Kompetansebehov i psykiske helsevern» (Statens helsetilsyn 2001a). Her fremheves nødvendigheten av dette, for å sikre *kvaliteten på den behandling* som gis. Det er her somatikkens sykdomsbegrep som legges til grunn, med dets innebyggede risiko for feilbehandling, grunnet mangelfull diagnostisk utredning og vurdering. Bretteville-Jenssen og Kaarbøe (2004) peker også på behovet for utvikling av nye og bedre prosedyrer for utredning og diagnostikk innen det psykiske helsevern, men ut fra en annen logikk. Deres anliggende er behovet for å innføre nye finanseringsordninger, liknende DRG-systemet i somatiske sykehus. De påpeker i den sammenheng at psykiatriens tradisjonelle diagnose-system er helt utilstrekkelig. For å kunne innføre DRG-liknende finansieringsordninger i det psykiske helsevernet, må det iflg. artikkelforfatterne *utvikles standarder basert på bedre pasientklassifiseringsystem – samt flere resultatmål*, enn de som er tilknyttet det tradisjonelle diagnosesystemet. En vil for eksempel kunne ta flere psykologiske klassifikasjonssystem i bruk, gjerne slik som benyttes i forskning<sup>xvii</sup>, samt ulike mål for de sosiale problemtypene som den enkeltes psykiske problemer er vevet inn i

Generelt kan en imidlertid spørre om ikke den økte vekt det prosedurale – både når det gjelder klassifikasjon, utredning, behandling og evaluering, i første rekke isolerer «den subjektive lidelse» fra det sosiale derintersubjektiviteten reduseres til å bli en medisinsk størrelse, forstått som «klinisk kompetanse».

En mer formalisert kunnskapsorganisering med vekt på standardiserte prosedyrer for utredning, diagnostikk, behandling og evaluering, innebærer at den «unike» kunnskap om den subjektive lidelse som frembringes relasjonelt (klinisk, kvalitativt eller på andre måter) får mindre å si for utformingen av behandlingstilbudet. Mer generelt står vi overfor spørsmålet: Hvordan veie behovet for en individualisert tilnærming opp mot behovet for standardisering? Og, hvordan håndtere risiko i sammenhenger hvor usikkerhet reduseres mer på det formelle enn på det reelle nivået?

Til sist vil jeg også stoppe ved den «sykdomsforståelse» som staten mer direkte deltar i konstruksjonen av, via «kunden». En stat som baserer seg på at også pasienter skal kunne opptre som «kunder», er forpliktet på å orientere, slik at informasjon blir viktigere enn før. Det tredje viktige området i det statlige reformarbeidet som jeg skal stoppe ved, er informasjonsarbeidet. I tråd med idealet om økt åpenhet, fremhever St.prp. nr. 63 (1997–98):

«Informasjonsspredning om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse er viktig i arbeidet med å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagt. Arbeidet med informasjonsspredning er viktig for å alminneliggjøre og øke kunnskapen i befolkningen om psykiske lidelser. Informasjonen om tjenestetilbudet, rettigheter og sykdomsbilder vil bli styrket» (s. 11).

«Rådet for psykisk helse- psykiatrisk forskning og opplysning», utga i perioden 1995–2000 ulike temahefter om psykiske lidelser. I hovedoppgaven «Den lukkede åpenheten – en diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis» går Andersen (2001) gjennom ni av disse heftene, hvor han oppsummerer sine funn slik: «Temaheftene domineres av en medisinsk psykiatrisk diskurs, og denne tenkningen nærmes naturaliseres i heftene. Psykiske lidelser fremstilles som en individuell sykdom som noen personer er blitt rammet av i løpet av livet. Det er en sykdom som har vært forbundet med myter og

feilaktig kunnskap, og temaheftene skaper åpenhet om psykiske lidelser ved å fremstille det som en alminnelig, om enn noe ualminnelig sykdom. Psykiske lidelser blir normalt fordi det er sykt»<sup>xviii</sup> (Andersen 2001:sammendrag). For å illustrere hvordan psykiske lidelser konkret kan beskrives som *somatiske* sykdom: «Fordi diagnose er komplisert, spesielt i de tidlige fasene, er bare spesialutdannede personer innen det psykiske helsevern i stand til å gi en nøyaktig utredning om hvilken spesifikk sykdom som viser seg» (Stiftelsen psykiatrisk opplysning, i heftet «Psykose hva er det?», s. 27). Sammen med en mer nyansert fremstilling av subjektive og sosiale aspekt ved psykiske lidelser som skal gjøre psykiske problemer mindre tabubelagt, viderefører informasjonsheftene iflg Andersen (ibid) normalitetens dikotomiserte mulighetskategorier: «Syk eller frisk». Han viser også hvordan psykologien kan fremstå som «god medisin» gjennom aksept av disse mulighetskategorier.

Mer generelt sees nå konturene av et to-delt psykiske helsevern, med en «behandlingsfaglig» og en mer «sosialfaglig» del. Den aktuelle to-delning gjør seg gjeldende organisatorisk, hvor et somatiske sykdomsbegrep synes å fungerer som organiserende prinsipp for det psykiske helsetjenestetilbud innenfor, men ikke utenfor – helseforetakene. Innen førstnevnte synes den bio-medisinske modellmakt fortsatt å stå sterkt, hvor de sosialfaglige tenkemåter skilles ut – med økt vekt på tilrettelegging av sosiale forhold og koordinering av tjenestetilbudet gjennom individuelle planer, etc. når pasienten er «ferdigbehandlet». Ved oppbygging og utbygging av det psykiske helsetjenestetilbud i kommunene, står de sosialfaglige tradisjoner med mer sammensatte hjelpe- og sykdomsbegrep, sterkere. Den videre utvikling av dette sammensatt fagfeltet blir spennende å følge, men også i kommuneorganisasjonen må den aktuelle fagutvikling sees som forbundet med ulike moderniseringsprosesser som nå skal effektivisere organisasjonen (Ramsdal 2004) .

## Avslutning

I debatten om evidensbasert medisin og psykoterapi, har flere sett ut til å forutsette at ideografiske og fortolkningsvitenskapelige synsmåter fortsatt vil stå sterkt i klinisk praksis, selv om de svekkes innen klinisk forskning. Forutsetningen synes da å være at den enkelte kliniker vil møte den psykiatriske pasient med interesse og respekt for hans/hennes subjektive erfaringsverden, samtidig som det velges behandlingsmetoder som har dokumentert effekt på den aktuelle lidelse (Reicborn-Kjennerud og Falkum, 2000, Sørgaard 2001, Mandelid 2003, Hoffart 2003, Walby 2003). Som beskrevet i tidligere, fremheves intersubjektiviteten som et vesentlig aspekt ved den «klinisk kompetanse» innen EBM og EBP. Det evidensbaserte behandlingparadigmet er imidlertid basert på styringsformer som fremmer abstrakt fremfor personlig tillit i organisasjoner, og som setter seg gjennom språklig – og intersubjektivt, der endringer i klinisk praksis drives frem på mer ureflektert vis. De nye tillitsformer er mer basert på prosedurale fremgangsmåter enn før. Den mening som skapes intersubjektivt – også i terapiforhold, utfordres nå av stadig flere prosedurale krav, der usikkerhet reduseres på det formelle, ikke reelle nivået, både mellom organisasjonsmedlemmene – og mellom behandlerne og pasientene. Den økte vekt på standard prosedyrer skal regulere

arbeiderne, så vel som arbeidet. Og det er gjennom økt vekt på standardprosedyrer for utredning, intervensjon og evaluering at vil resultatene av behandlingen skal tydeliggjøres, også innen det psykiske helsevernet.

Innen det psykiske helsevern vil «klinisk kompetanse» vanskelig kunne isoleres – og dyrkes som en selvstendig ferdighet. Fordi arbeid er utpreget språklig og relasjonelt er det inklusive de kliniske ferdighetene, under sterk innflytelse av enhver standard som introduseres i forholdet.

Som en konsekvens av at stadig flere prosedurale krav innføres, stilles klinikerer overfor flere alvorlige dilemmaer i forsøket på å gi rom for en annens subjektive erfaringsverden.

For å sikre at komplekse opplevelsesmessige sammenhenger blir bedre ivaretatt i det *behandlingsfaglige* grunnlag innen psykisk helsevern, er det hvreken tilstrekkelig å vise til betydningen av klinisk kompetanse, eller å inkludere kunnskap basert på «kvalitative» studier innrettet mot pasientens subjektive opplevelse av behandlingstilbudet. Det «subjektive» er jo ikke en abstrakt størrelse som kan hentes inn igjen av vitenskapen. Kvalitative studier innrettes mot denne type opplevelsesmessige sammenhenger, kan i beste fall bidra til å belyse noe av det som nå ekskluderes fra kunnskapsgrunnlaget, ved at RCT-studienes snevre «evidensbegrep» legges til grunn.

Det er derfor nødvendig å fremheve at det det naturvitenskapelige blikk har en begrenset plass i arbeid med psykiske problemer. Dette blikk blir her bare meningsfullt, anvendt innen en mer utvidet forståelseshorisont. Det terapeutiske arbeidet er her i første rekke innrettet mot bevissthetstilstander – i form av lidelse, slik denne skapes i kulturelle sammenhenger og erfares av den enkelte. En genuin interesse for den andres subjektivitet, følelser og opplevelse er avgjørende for at terapi eller behandling, skal kunne bidra til bedring (Haugsgjerd 1990, Cullberg 1990, Parnas og Zahavi 2002). For at begrepet «forskningsbasert praksis» skal kunne gis en primært faglig mening innenn det psykiske helsevern, må derfor fortolkningsvitenskapelige perspektiv gis en mer fundamental betydning innen den kliniske forskning enn innen somatiske sykehus. Så langt synes begrepet «forskningsbasert praksis» først og fremst å ha en helsepolitisk mening innen det psykiske helsevern, tilknyttet modeller for enhetlig ledelse .

Ved overgangen fra en velferdsstatlig til en mer nyliberal form for samfunnsorganisering og styring, er det reist mange nye spørsmål vedrørende den makt staten nå utøver innen helsesektoren. Neumann (2003) fremhever i den sammenheng at det gir liten mening å si at staten har blitt mindre viktig som en konsekvens av endringene: «Ser man på styring som et spørsmål om regime, om hva slags normer og regler som utgjør et gitt sosialt felt, blir spørsmålet ikke hvor mye makt staten 'har', men hva slags konkrete teknikker staten bruker i hvilke konkrete relasjoner for å opprettholde hvilket konkret styringsregime» (ibid. s. 11). Maktutøvelsen er indirekte, og den er avhengig av at det finnes en underskog av kunnskapsprodusenter som bidrar til at vi gjør de rette valgene, hvor også nye lover utformes for ytterligere å sikre at den enkelte opptrer ansvarlig. Den statlige styring av psykiatrien under innflytelse av NPM-reformene styrker den administrative ledelses makt og svekker profesjonsmakten, samtidig som den nye helsepersonell-loven *ansvarliggjør den enkelte kliniker direkte overfor pasienten*. Kan hende er konsekvensen av den nye statlige styringen at den enkelte kliniker nå er underlagt pasienten, staten og vitenskapen – mer direkte enn før.

Helsepersonellovens styrking av den enkelte behandlerens ansvar i forholdet til den enkelte pasienten, er spesielt viktig – men også spesielt problematisk, i en situasjon med økte krav om «produktivitet» tilknyttet økonomiske resultatmål, samtidig som etablerte faglederideal svekkes. I årsberetningen fra Norsk psykologforening (2004) pekes det bl.a. på at psykologene i enkelte helseforetak føler at deres «posisjon som faggruppe» er svekket som følge av at sjefs-psykolog-funksjonen fjernes. Psykologgruppen mister på den måten en viktig kanal inn til ledelsen, samtidig som de ikke har en faglig «leder». «Dette har medført at mange psykologer føler de blir stående alene, uten et faglig nettverk rundt seg» (2004:95).<sup>xix</sup> Denne nye type usikkerhet gjelder ikke bare for psykologene, men også for sykepleiere og leger, særlig der hvor fagledersystemene tilknyttet profesjon blir svekket, slik som blant psykologene. Risikoen for å gjøre feil vil også på grunn av økte «produksjonskrav» kunne oppleves som å bli større, og føre til økt etterspørsel etter lederskap – og da et lederskap som bare kan redusere usikkerhet ved hjelp av et gjennomtrengende kvalitetssikringssystem. Alternativet til å etterspørre mer lederskap, er å utforske de kilder til å gjøre feil som ligger i møtene med den Andre med nye former for objektivisering som risikofaktor.

## Noter

<sup>i</sup> Kunnskapsgrunnlaget innen psykiatri, eller det psykiske helsevern, er svært sammensatt, og kontroversene er lange og dype, ikke minst når det gjelder hva psykiatrien er en vitenskap om. Psykiatriens historie kan som Skålevåg peker på både sees som en historie om profesjons- og institusjonsbygging, en historie om vitenskapelige sannheter, og en historie om vår kulturs forhold til uformuften (Skålevåg 2003). Og, historien om denne vitenskapen kan fortelles på flere måter: «For enkelte er psykiatrien en historie om en viss sosial kategori som ble 'satt fri' av en profesjon, om en gruppe mennesker som ble 'anerkjent' som syke, og dermed reddet fra en nedverdiggende behandling (.). For andre er det historien om et samfunn med økende intoleranse, som brukte en bestemt profesjon til å stenge inne visse mennesker som samfunnet ikke kunne tåle» (ibid. 2003:14). Skismaet mellom de to historiografiske tradisjoner oppsto på 1960-tallet, da den hegemoniske fortellingen om frigjøring og humanisme ble utfordret av en fortelling om disiplinering og makt, der det historiografiske skismaet i stor grad har fulgt profesjonsgrensene. Frigjøringshistorikeren har i stor grad, men ikke alltid, selv vært medisinere, mens maktshistorikeren har sett profesjonsgruppene utenfra. Der er dermed kalt henholdsvis «internalister» og «eksternalister» i den psykiatriske historiefortelling. Og mens internalistene har vært mest opptatt av kunnskap, har eksternalistene vært mest opptatt av behandlingsregimer (ibid. 2003). Denne delelinje mellom «internalister» og «eksternalister» gjør seg fortsatt gjeldene på mange områder, ikke minst i sammenhenger hvor særtrekkene ved de behandlingsfaglige logikker beskrives og drøftes.

<sup>ii</sup> I den meldingen ble hovedlinjene for utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser skissert. Denne ga en oversikt over status for tjenesten og utfordringene på feltet.

<sup>iii</sup> Det vises her til en omfattende internasjonal fagdebatt. Som har vært ført internt i og mellom profesjonene, både mellom psykologer og mellom psykiatere, i Norge mellom sentrale bidragsytere som for eksempel Ekeland 1999, 2001, 2002, 2003, Reichborn-Kjennerud, 2000 a,b, Berg 2000a,b, Varvin og Refnin 2000a,b, Gullestad 2001, 2003, Binder, Holgersen og Nielsen 2001, 2004a,b, Hoffart 2003, 2004, Rosenvinge m. fl. 2004.

<sup>iv</sup> Maktperspektiver som tar for seg den styringsmessige kontekst for EBM står sentralt også hos Ekeland (1999, 2001), men uten at han går nærmere inn på aktuelle helsereformer med økt satsing på bedre ledelse og nye organisasjonsformer.

<sup>v</sup> Organisatorisk kan den nye satsing DPSène sees som et av de sentrale bindeledd mellom institusjonspsykiatri og sosial-psykiatri med vekt på utbygging av det kommunale helsetjenestetilbud, økt grad av samordning og samarbeid. DPSène er en spesialisert helsetjenesete som både er forankret lokalt – og lokalisert under helseforetakene. Dens funksjoner er både tilknyttet det lokale psykiske helsetjenestetilbud og de mer spesialiserte psykiske helsetjenester.

- vi Diskurs er et begrep som kan defineres på mange vis. Her benytter jeg begrepet uten at jeg dermed også anlegger en diskursanalytisk innfallsvinkel. Begrepet diskurs brukes når jeg eksplisitt tenker på aktuelle debatter, sosiale praksiser og måter å snakke om fenomener på som samtidig definerer «the objects of which they speak». Dette er en av flere mulige definisjoner av diskursbegrepet i tråd med Foucault.
- vii Riktig nok har EBM/P tilknytning til kvalitativ metodikk slik dette inngår på lavere nivå ved utvikning av vitenskapelig kunnskap, men er uten tilknytning til fortolkningsvitenskap eller hermeneutikk.
- viii Operasjonalisme innebærer at et vitenskapelig begrep defineres ut fra de operasjoner som gjennomføres for å måle begrepet, og inneholder en forutsetning om at virkeligheten er oppdelt i små biter, objekter, eller naturlige kategorier som forankrer de meningsbærende begrep. Operasjonalisme innen psykiatri er som Parnas og Zahavi (2002) viser dypt forankret i Hempels introduksjon av den logiske positivisme til den Amerikanske Psykiaterforening på 1960-tallet, og forbundet med en systematisk neglisjering av subjektiv erfaring innen det som regnes for å være den vitenskapelige forankrede psykiatri.
- ix Som grunnlag for kvalitetsvurdering av forliggende forskning rangeres studiene på grunnlag av følgende «evidenshierarki», fra best til dårligst: *Ia* En metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier, *Ib* Minst en randomisert kontrollert studie, *IIa* Minst en kontrollert studie uten randomisering, *IIb* Minst en annen type kvasiekperimentell studie, *III* Ikke-eksperimentelle deskriptive studier, *IV* Ekspertkomitérapporter og/eller klinisk erfaring fra respekterte autoriteter
- x For å hjelpe klinikere å følge med i publikasjonen av forskningsresultater finnes der som Reichborn-Kjennerud og Falkum (2000a) påpeker systematiske oversiktsartikler, men også institusjoner som fortløpende gjennomgår og vurderer forskningslitteraturen
- xi Ved etablering av empirisk evidens for PMT (parent management training) innen barne- og ungdomspsykiatri i Norge, ble kontrollgrupper etablert gjennom tilfeldige utvalg som mottok «treatment as usual», mens eksperimentgruppen ble satt sammen av barn, unge og voksne, som i en periode mottok tett oppfølging av behandlere. Ikke bare pasientene, men også behandlerne var i denne perioden under opplæring med tett veiledning, bl.a. gjennom bruk av rollespill og video, etc, mens de andre behandlerne i BUP systemet og deres pasienter ikke mottok noen ekstra oppfølging eller veiledning. Den ressursallokering som dette innebar for eksperiment-gruppen, har en sosialpsykologisk effekt som fremmer endringsprosesser, i seg selv, noe som bryter med prinsippene innen RCT-designet. RCT-designet fungerer i slike tilfeller mer formende for, enn kritisk undersøkende av praksis, samtidig som forskjellene i resultat mellom de to gruppene tilskrives den spesifikke intervensjon som undersøkes.
- xii Som jeg har vært inne på er dette ikke noe definitorisk kjennetegn ved EBM, men det fremhever betydningen av intersubjektiviteten, også innen EBM.
- xiii En psykoterapiform som CBT kan heller ikke standardiseres på måter som tilfredsstillende RCT-designets strengeste krav til objektivitet. CBT kan likevel møte langt flere krav til objektivitet enn hva som er mulig i tilfeller hvor samtalebehandling strekker seg over mange år, eller i tilfeller hvor den dialog som etableres gjennom intersubjektivitet, utgjør kjernen i behandlingen.
- xiv At det etablerte *grunnlaget* for klinikerens autonomi nå utfordres, betyr at det blir viktig å forsvare og begrunne klinikerens autonomi, på nye måter. Det nye grunnlag for klinikerens autonomi kommer nå klart uttrykk i lovs form, gjennom den nye helsepersonellov. Denne ble innført parallelt med enhetlig ledelse, og innebærer en styrking av den enkelte behandleres *dirkte ansvar* overfor pasienten, uavhengig av profesjon
- xv DRG står for Diagnose-Relaterte-Grupper. Systemet innebærer at sykehusene får betalt pr. pasient, og betalingen er avhengig av diagnose og behandling. Ordningen er tenkt å erstatte dagens rammefinansiering, hvor prisen for den enkelte behandling kommer frem gjennom DRG-systemet. Pasientene deles inn i ulike DRG-er, hver DRG har sin pris som er basert på gjennomsnittsberegninger av hva det normalt koster å behandle pasienter i den gruppen. Grunnlaget for grupperingen er innen somatiske sykehus opplysninger om pasientens hoveddiagnose, bidiagnose, kirurgisk prosedyre, alder, kjønn og utskrivingsstatus. Ressursbruken er beregnet bl.a. ved å telle utstyr og personell, ved å ta tiden på behandlingsprosedyrer samt anslå normal liggetid. Systemet er hentet fra USA der det fungerer som et betalingssystem når det skal sendes regninger til forsikringsselskapene, men er tilpasset norske forhold, nå med staten som betaler. I stykkprissystemet blir sykehusene betraktet som en bedrift som kan motiveres til å produsere tjenester til lavest mulig pris gjennom at de konkurrerer seg i mellom i et kvasi-marked. Stykkprissystemet er ment å skulle fungere nærmest som en selvregulerende form for styring (Lian 1994).

- <sup>xvi</sup> Modellmakt er en makt som bygger på en monopolisering eller hegemoni over hvordan virkeligheten skal oppfattes innen et gitt område. I den grad en bestemt profesjon dominerer et område, vil fagfolk innenfor dette kunne utøve modellmakt.
- <sup>xvii</sup> Jeg tenker her på muligheten for at man på en mer systematisk måte tar i bruk ulike standardiserte skjema for informasjonsinnhentning, som allerede er i bruk innen kliniske forskning – og til dels også i klinisk praksis. Standardiserte skjema er også utviklet for å måle problemene på det mellommenneskelige området, deriblant noe som kalles IIP-32. Dette er målinstrument som delvis er i bruk i klinisk praksis, for eksempel som utfyllende til det som allerede er etablert av obligatoriske symptom- og funksjonsmål tilknyttet resultatmålienfer, for eksempel GAF/S-skårer, benyttet ved rapportering til helsemyndighetene. For å redusere innslaget av «tilfeldighet» i utredning av pasienter, vil både psykiatere og psykologer gjerne gå inn for at man også på mer systematisk vis tar i bruk formaldiagnostiske kliniske intervju som SCID I (symptomlidelser) og SCID II (personlighetsforstyrrelser) – disse er begge ofte benyttet i forskning og samtidig tilknyttet etablerte diagnostiske systemer ICD-10 (og DSM IV).
- <sup>xviii</sup> Noen pasienter tenker selv på sine egne psykiske problemer som «sykdom» på linje med somatisk sykdom. Dette kan noen ganger være til hjelp, andre ganger kan det være med å låse problemforståelsen fast på måter står i veien for bedring. I behandlingen av ulike psykiske problemer som for eksempel spiseforstyrrelser, angst og depresjon, er det imidlertid ikke uvanlig å benytte sykdomsbegrepet som metafor, for eksempel som ledd i det som kalles eksternalisering. For eksempel kan det tales om «angst-tanker» eller om «den spiseforstyrrede tangegangen» for å hjelpe pasienten å arbeide med det tankemønster som bidrar til å opprettholde angsten eller spiseforstyrrelsene.
- <sup>xix</sup> Den tidligere sjefs-psykologen hadde relativt liten innflytelse. Den tidligere to-delte ledelse, med en faglig ledelse knyttet til profesjons, var formelt delt mellom leger og sykepleiere, også innen det psykiske helsevern, men sjefspsykologen hadde som det fremgår av dette sitatet i mange tilfeller likevel en viktig faglederfunksjon.

## Litteratur

- Andersen, A.J.W. (2001) «Den lukkede åpenheten – en diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis». Hovedoppgave i helsefag hovedfag. Det medisinske og det psykologiske fakultet. Bergen: Senter for videre- og etterutdanning. Spesialfag:Pedagogikk/fagdidaktikk.
- Barton, S. (2000) «Which clinical studies provide the best evidence?», *BMJ*, 321: 225–6.
- Berg, E.M. (2000a) «Om psykiatriens kunnskapsgrunnlag», *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 120:1677.
- Berg, E.M. (2000b) «Psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap? Grunnlaget for psykiatrisk behandling – retorikk i vitenskapsklær», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:1581–3.
- Berg, E.M. (2002) «Om klinisk kunnskap og evedenbasert psykiatri». Upublisert manus til foredrag ved «Obligatorisk grunnkurs for kommende spesialister i psykiatri», 18. april 2002.
- Binder, P.E., H. Holgersen og G.H. Nielsen (2001) «Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38:528–539.
- Binder, P.E., H. Holgersen og G.H. Nielsen (2004a) «Relasjon, dialog og meningsskaping er psykoterapiens kjerne. Noen kommentarer til Hoffarts artikkel om intersubjektivitet og kognitiv terapi», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41:396–399.
- Binder, P.E., H. Holgersen og G.H. Nielsen (2004b) «Om å bevare psykoterapiens rom for fri intersubjektiv utforskning», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41:482–48.
- Blomgren, M. (2004) «Quests for Transparency: Signs of a New Institutional Era in the Healthcare Field?». Paper for the 20<sup>th</sup> Egos Colloquium, Ljubljana, July 1.–3., 2004.
- Bretteville-Jenssen, A. og O. Kaarbøe (2004) «Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien?», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124:2379–81.
- Brunsson, N. (1989) *The Organization of Hypocrisy. Talk, decisions and Actions in Organizations*. W. Sussex: John Wiley.
- Byrkjeflot, H. (1999) *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. Avhandling for Dr. polit.graden. Bergen: LOS-senter Rapport 9905.
- Byrkjeflot, H. (2002) «Ledelse på Norsk: motstridende tradisjoner og idealer», i A. Skogstad og S. Einersen: *Ledelse på godt og vondt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. m.fl. (2002) «Autonomy, Transparency and Management. Three reform programs in health care: a comparative project», <http://www.polis.no/about.html>
- Byrkjeflot, H. (2004) «The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway», i A. Andresen m.fl. (red.): *Hospitals, patients and medicine 1800–2000*. Bergen: Rokkan Rapport 6–2004.
- Christensen T. og P. Lægreid (2001) *New Public Management. The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.
- Cullberg, J. (1990) *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano.
- Czarniawska-Joerges, B. og Wolf (1991) «Leaders, managers, enterpreneurs on and off the organizational stage», *Organizational studies*, 12(4): 529–546.
- Eidissen, V. (2003) «Makt og avmakt i behandling av psykoser», *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 18:2600–2602.
- Ekeland, T.J. (1999) «Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller et instrumentalistisk mistak», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36:1036–1047.
- Ekeland, T.J. (2001) «Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs», *Fokus*, 29:308–323.
- Ekeland T.J. (2002) «Evidens, vitenskap og makt», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39:826–831.
- Ekeland, T.J. (2003) «Ein diagnose av psykiatridiagnoser», *Impuls*, 1:56–64.

- Ferlie, E., L. Fitzgerald og M. Wood (2000) «Getting evidence into clinical practice: an organisational behaviour perspective», *J health Serv Res Policy*, 5(2, Apr.).
- Gullestad, S.E. (2001) «Hva er evidensbasert psykoterapi?», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38:942–951.
- Gullestad, S.E. (2003) «Evidensbasert psykoterapi», *Impuls*:180–84.
- Haugsgjerd, S. (1990) *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax forlag.
- Haynes, R.B. (2002) «What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to?», *BMC Health Serv Res*, 2:3.
- Heyerdal, K. (2002) «Ansvar og ledelse i helselovgivningen», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39:715–723.
- Hoffart, A. (2003) «Intersubjektivitet i terapi: En vurdering ut fra Skjervheim og Habermas sine teorier om kommunikasjon», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40:475–488.
- Hood, C. (1991) «A Public Management for All Seasons? Public administration», 69 (Spring):3–19.
- Haavind, H. (red.) (2000) *Kon og tolking – Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Natur och Kultur/Gyldendal Norsk forlag.
- Johannessen, B.F. (1994) *Det flytende kjønn. Om lederskap, politikk og identitet*. Avhandling, dr.philos., Universitetet i Bergen.
- Kjekshus, L.E. (2000) *What is modern in research on hospitals: Towards an Evidence Based Health Care Policy*. Essay in address to the course in philosophy and methodology of the social science, Doctoral program in Social Science. Oslo: University of Oslo, Center for Health Administration.
- Lian, O. (1994) «DRG-finansiering og fordelingsrasjonalitet, eller hvorfor ikke sykehus kan styres som bedrifter». Bergen: LOS-senter Notat 9412.
- Ludvigsen, K. (1998) *Kunnskap og politikk i Norsk sinnssykevesen 1820–1920*. Avhandling til dr. polit. graden, Universitet i Bergen 1998. Bergen: Rapport nr 63, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB.
- Lundbäck, E. (2003) «Challenging Experts in medicine – Introducing Evidence Based Medicine». Paper presented at the 17<sup>th</sup> Scandinavian Academy of management Conference in Reykjavik, Iceland. Track: Knowledge and regulation.
- Lægred, P. (1992) «Tendenser i utvikling av offentlig sektor». Bergen: LOS-senter notat 92/37.
- Mandelid, J. (2003) «Dodofugl-dommen og psykoterapeuters credo», *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40(4)307–312.
- Neumann, I.B. og Sending (2003) *Regjering i Norge*. Oslo: Pax.
- Norsk psykologforening (2004) «Beretninger», Landsmøtet i Sandefjord, september 2004.
- NOU-1997:2: *Pasienten først: ledelse og organisering i sykehus*.
- Olsen, J.P. (1988) «Administrative Reform and Theories of Organization», in C. Campell and B. Guy Peters (eds): *Organization Governance: Governing Organizations*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press:233–254.
- Parnas J.S.S. og D. Zahavi (2002) «The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification», i M. Maj et al (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*:137–162. John Wiley.
- Ramsdal, H. (2004) «Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiv», *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr. 3.
- Reichborn-Kjennerud, T. og E. Falkum (2000a) «Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:1148–52.
- Reichborn-Kjennerud, T. og E. Falkum (2000b) «Psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap?», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:1581–3.
- Rosenberg, W. og Donald (1995) «Evidence Based Medicine – An Approach to Clinical Problem-solving», *BMJ*, 310:1122–1126.
- Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune-Larsen (2004) «Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det og hvordan kan det læres?», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41:706–712.

- Sackett, D.I., W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes og W.S. Richardson (1996) «Evidencebased medicine: what it is and what it isn't», *BMJ*, 3(12):71ff.
- Sackett, D.L., S.E. Straus, W.S. Richardson og W. Rosenberg og R.B. Haynes (2000) *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sehon, S., Scott and D. Stanley (2003) «A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate», *BMC Health Services Research*, 3:14. Den elektroniske versjon av denne artikkel er fullstendig og finnes på: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/14>
- Sirnes, T. (1997) *Risiko og mening. Mentale brot og meningsdimensjonar i industri og politikk. Bidrag til den sosiale stadeteorien*. Avhandling for dr. polit.-graden. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB. Rapport nr. 53.
- Skålevåg, S.A. (2003) *Fra normalitetens historie. Sinnsykdom 1870–1920*. Avhandling for dr.art. graden ved Universitetet i Bergen. Bergen: Rokkansenteret Rapport 10-2003.
- SSM (2003a) «Om senter for medisinsk metodevurdering», <http://www.aintef.no7no/smm/OmSMM.htm>.
- Statens helsetilsyn (2001a) «Kompetansebehov i psykisk helsevern». Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie, nr 4-2001.
- Statens helsetilsyn (2001b) «Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet». Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie, nr. 5-2001.
- St.meld nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Tiltråding fra Sosial- og helsedepartementet av 18. april 1997, godkjent i statsråd samme dag.
- St.prp. nr. 63 (1997–1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sørbo, J.I. (2002) *Hans Skjerveheim – ein intellektuell biografi*. Oslo: Samlaget.
- Sørgaard, K.W. (2001) «Evangelister og demoner i evidensens tid», *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38: 952–955.
- Torjesen, D.O. og H. Gammelsæter (2004) «Management between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital». Bergen: Rokkansenter Working paper 1-2004.
- Torjesen, D.O. og H. Gammelsæter (2004) «Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital». Bergen: Rokkansenter Working paper nr 1-2004.
- Vareide, P.K (2002) «Fra fylkeskommunal til statlig eierskap av sykehusene: Et hamskifte i hestetjenestens styring». Trondheim: Sintef Unimed.
- Varvin, S. og I. Refnin (2000a) «Grunnlaget for psykiatrisk behandling», *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 120:1581.
- Varvin S. og I. Refnin (2000b) «Psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap? Grunnlag for psykiatrisk behandling», *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:1581–3.
- Walby, F. (2003) «Evidensbasert psykoterapi: En metode for kliniske beslutninger – ikke et forskningsdesign», *Impuls*, 1:85–91.
- Wifstad (1997) *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug/Universitetsforslaget.
- Wood, M. og E. Ferlie (2003) «Journeying from Hippocampus with Bergson and Deleuze», *Organizational Studies*, 24(1):47–68.
- Østergren, K. (2002) «Økonomi og fagstyring – kan de kombineres?», *Tidsskrift for Helse, Medisin og Teknikk*, 5.
- Østergren, K. og Sahlin-Andersson (1998) *Att handtera skilda verlder: lakares chefskap I motet melloan profession, politik, och administration*. Stockholm: Landstingförbundet.

