

Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm?

Liv Grethe Kinn, Tor-Johan Ekeland og Haldor Byrkjeflot

Striking a balance between evidence-based practice and user involvement in mental health services

There has been a change in the way mental healthcare in Norway has been legitimized from a medical towards a more community-centred, user-oriented and evidence-based approach. The aim of this paper is to explore how mental health-care professionals balance between medical and more sociologically oriented goals for the mental health service. In current policy statements the aim of achieving an effective, standardized and «correct» practice is sometimes presented in opposition to the norm of individualized and good treatment, which is believed to have been the predominant aim in mental health services previously. Clinical practice guidelines represent central tools for implementing evidence-based standards. Conclusions: Mental health professionals use ideological justifications as a substitute for research-based knowledge. Despite the fact that they are positive towards user involvement, they find it difficult to implement in their daily practice. To maintain their position and being critical of «recipes» formulated so as to implementing evidence-based treatment, mental health professionals strike a balance between the ideals of custom-made and mass-produced healthcare services.

Liv Grethe Kinn
Stipendiat
Institutt for sosialfag
Høgskolen i Volda
E-post: liv.kinn@psykp.uib.no

Tor-Johan Ekeland
Professor
Institutt for sosialfag
Høgskolen i Volda
E-post: torjohan.ekeland@hivolda.no

Haldor Byrkjeflot
Forsker II
Uni Rokkansenteret
E-post: haldor.byrkjeflot@uni.no

Psykisk helsearbeid skal være lokalbasert, samkjørt, brukerorientert, og basert på beste praksis. Målet med dette essayet er å utforske hvordan psykiske helsearbeidere forholder seg til myndighetenes krav om effektiv, standardisert og riktig behandling, og praksisfeltets antatte normer om individualisert og god behandling. Ettersom behandlingslinjer, kliniske retningslinjer og veiledere representerer verktøy for beste praksis, benevnes disse som evidensoppskrifter. Konklusjon: Psykiske helsearbeidere velger oftere fagideologiske begrunnelser fremfor forskningsbaserte, de er positive til brukermedvirkning, men har problemer med å omsette dette til handling, og de vegrer seg mot å anvende evidensoppskrifter. For å opprettholde sin posisjon må den psykiske helsearbeideren gå en balansegang mellom skreddersøm og konfeksjon av tjenesteproduksjon.

Innledning

På linje med resten av helse- og sosialtjenesten har psykisk helsearbeid fått nye styringsmodeller, veiledere og økte krav om kvalitetsforbedring. Fokuset i den psykiske helsetjenesten skal være å fremme tilhørighet og evnen til å mestre eget liv (Helsedirektoratet 2005). Ytelsene skal ikke bare være virkningsfulle, trygge, brukerorienterte og samordnende, men også kontinuerlige, ressursbesparende, tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2005–2015). Implisitt i disse fordringene ligger både krav om «beste praksis» i form av vitenskapelig dokumentasjon for at behandling og tiltak er virksomme (evidensbasering), og lokal utforming av tjenestene i samspill og samarbeid med brukerne (brukermedvirkning) (Ekeland 2009; Ramsdal 2009). Det kan være grunn til å spørre seg hvordan dagens psykiske helsearbeidere forholder seg til dette todelte kravet om brukermedvirkning og anvendelse av evidensoppskrifter (her operasjonalsert som behandlingslinjer, kliniske retningslinjer og veiledere) på en og samme tid.

Selv om brukermedvirkning er en klar visjon og det er avdekket at dette bidrar positivt til kvalitetsforbedring (Crawford, Rutter, Manley, Weaver, Bhui, Fulop og Tyrer 2002), viser kunnskapsoppsummeringer at den enkelte bruker fortsatt i påfallende liten grad blir hørt – både på individ og systemnivå (Borg, Karlsson og Kim 2009; Petersen, Hounsgaard og Nielsen 2008). Flere mener at årsaken til denne mangelen er å finne i praksisfeltets divergerende kunnskaps-syn, mens andre er opptatt av problemstillinger i grenseflaten mellom bruker, pårørende og profesjonsutøver (Borg mfl. 2009; Karlsson 2008; Skauli 2007). I følge Henriksen (2007) er feltet preget av balansegang mellom å ivareta brukernes behov og myndighetenes krav om beste praksis. Hoveddilemmaet kan forenklet uttrykkes slik: Er det bruker eller helsearbeider som fastsetter målet med behandlingen? Styres mål og tiltaksplan av kliniske retningslinjer og behandlingslinjer, eller er målformuleringen et unikt resultat av rådslagning mellom bruker, pårørende og terapeut? Om profesjonsutøverne følger an-

befalinger i nasjonale føringer (Helsedirektoratet 2005–2015) vil svaret være å integrere det de vet virker med brukerens behov og erfaringer, i motsetning til ensidig å ta utgangspunkt i hva de selv mener og ønsker (Bjørndal 2009). Slik blir den psykiske helsearbeideren stilt overfor en normativ fordring om å vektlegge både vitenskapelig kunnskap, egen klinisk erfaring samt brukerens preferanser. Men hvordan håndteres eventuelle konflikter mellom disse kildene?

I tråd med forskning på bedringsprosesser som viser at behandlingsutfallet bestemmes av kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og klient og, ikke minst, av klientens egne selvhelbredelsesprosesser (Borg og Kristiansen 2004; Topor 2003; Tuseth 2007), er det blitt påpekt at det er et motsetningsforhold mellom evidensbasert praksis og de tilnærmingene i helse- og sosialsektoren som vektlegger brukerens egne behov og brukernes opplevelse av hva som skal til for å få det bedre (Ekeland 2009; Martinsen 2005; Rose 2007). Det har blitt fremholdt at diagnose-relaterte metoder plasserer problemet «inne i personen» uten å ta hensyn til utløsende faktorer i hverdagslivet, og at diagnoser ikke alene kan predikere hva som er god behandling. Ikke minst er det blitt advart mot at konsekvensen av en ensidig vektlegging av vitenskapelig dokumenterte framgangsmåter (evidensoppskrifter) kan være at brukerens rett til medbestemmelse underkjennes, samtidig som klinikerens faglige skjønn og autonomi svekkes (Ekeland 2004; Ekeland og Heggen 2007; Ekeland, Stefansen og Stein-stø 2011; Henriksen 2007). Ifølge Martinsen (2009) kan en ensidig vekt på evidensoppskrifter medføre at profesjonsutøveren beveger seg fra skjønn til teknikk, fra overbevisning til overtalelse, fra refleksjon til bokholderi (2009:94).

Målet med denne artikkelen er å analysere forholdet mellom myndighetskrav om effektiv, standardisert og *riktig* behandling, og praksisfeltets antatte normer om individualisert og *god* behandling i psykisk helsevern. Er det et motsetningsforhold her – og er dette motsetninger som påvirker forholdet mellom de ulike profesjonsaktørene i dette feltet? Innledningsvis gis en kort

historisk gjennomgang av det psykiske helsefeltets endrete status, så forklares og drøftes sentrale begreper som «beste praksis», «evidensbasert praksis», «beste kunnskap» og «evidensoppskrifter». Deretter diskuteres hvordan dagens psykiske helsearbeid fungerer som kunnskaps- og praksisfelt. I lys av profesjonsteori eksemplifiseres hvordan krav om å anvende evidensoppskrifter kan påvirke profesjonsutøvelsen i retninger som ikke ivaretar brukerens behov.

Fra psykiatri til psykisk helsevern

Nedbygging av institusjonsomsorgen har vært en pågående prosess i de fleste vestlige land helt siden slutten av 1950-tallet, også i Norge. Det var likevel først på 1980-tallet at denne nedbyggingen ble gjort til offisiell politikk. Da *Opptrappingsplan for psykisk helse* kom (St.meld. nr. 25 (1996–97) og St.prp. nr. 63 (1997–98)), representerte den en aktiv politisering av endringer som hadde pågått gjennom flere tiår. Planens utgangspunkt var en entydig erkjennelse av at på dette helsefeltet fantes mange forsømmelser, og at mennesker med psykiske lidelser som gruppe betraktet kom svært dårlig ut på vanlige velferdsindikatorer.

Sett på bakgrunn av den historiske prosessen med utstøting og segregering av psykiatriske pasienter, innebar opptrappingsplanens språkbruk et skifte av perspektiv. Målet nå er deltagelse i samfunnet, integrering og medborgerskap, og at mennesker med psykiske lidelser i mindre grad blir omtalt som en gruppe. Det er fokus på individualisering og på den enkelte sine ønsker, evner og behov. I tiltaksdelen legges det stor vekt på at brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis, og de skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn, gitt i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Målet var å skape mest mulig normalt liv, velferd, økt livskvalitet og deltagelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Brukerens stemme skal tas på alvor, helse- og mestringsperspektivet skal fortrengte sykdomsfokuset og det faglige innholdet skal styrkes (Helgesen, Feiring, Ramsdal og Vold Hansen 2009; Topor 2005;

Rogan 2008). Fagmiljø og brukere oppfordres til å forholde seg kritisk til etablert viten og praksis (Helsedirektoratet 2005, 2005–2015). For å fremme skreddersydde brukerorienterte tjenester får personer som har behov for langvarige og koordinerte psykiske helsetjenester rett til individuell plan. Myndighetene understreker at planen skal ta utgangspunkt i brukernes egne mål og ressurser, og at brukeren skal høres i forhold til hvem som skal velges som koordinator (Vold Hansen 2007). Perspektivskiftet fra ekskludering til integrering, fra hovedvekt på lidelsen og sykdommen i seg selv, til fokus på mennesker med psykiske lidelser og deres livssituasjon, betyr at tidligere «psykiatriske pasienter» i større grad skal oppfattes og møtes som subjekter og aktører, og samfunnet pålegger seg selv en ambisjon om å legge til rette for brukermedvirkning, integrering og medborgerskap.

Disse endringene har utfordret både kunnskapssyn, språkbruk og forholdet mellom profesjoner i feltet. Den offisielle betegnelsen på feltet har nå blitt «psykisk helsevern», og fagutøvelsen betegnes som psykisk helsearbeid; til avløsning av det gamle begrepet «psykiatrien» som nå er avgrenset til den medisinske spesialistdisiplinen. Psykisk helsearbeid har blitt et tverrfaglig og tverrvitenskapelig felt, og endringene har utfordret fagfeltets medisinske hegemoni, og følgelig maktforholdet mellom profesjoner, og ulik kunnskapssyn (Ekeland 2004; Karlsson 2008; Ringen og Dahl 2002). En velkjent dualisme i synet på psykiske lidelser er representert ved det Kringlen (2001) kaller «psykikere» og «somatikere», en motsetning som epistemologisk sett også handler om hvorvidt man vektlegger pasienten som subjekt, eller den objektiverbare psykiske lidelsen (Kringlen 2001). Dette er motsetninger som for eksempel Tanya M. Lurhman har karakterisert som ikke bare høyst levende i dagens amerikanske psykiatri, men også ødeleggende (2000:212). I forhold til vår problemstilling er det åpenbart at opptrappingsplanens visjon kan tolkes i retning av preferanser for en mer subjektorientert epistemologi. På den annen side kan det tenkes at de strukturelle forhold ved

organiseringen av tjenesten som gjerd inn og regulerer profesjonsutøvelsen, vil implisere preferanser for den andre kunnskapsorienteringen.

Beste praksis og evidens

Da konseptene «beste praksis», «evidensbasert praksis» (EBP) og «beste kunnskap» er omdiskuterte og danner grunnlaget for bruken av vår samlebetegnelse «evidensoppskrifter» ser vi det som hensiktsmessig først å utdype sammenhengen mellom disse.

Beste praksis, som er blitt et populært begrep i organisasjoner, brukes gjerne i forbindelse med benchmarking, det vil si et konsept der organisasjoner evaluerer sin virksomhet i forhold til de som man oppfatter er mest effektive innen samme bransjen, eller i en annen bransje (Camp 1989). Begrepet «best practice» knyttes til de organisasjoner man oppfatter som de beste på et gitt område og som man dermed kan kopiere eller lære noe av. Det har vokst fram en egen industri i løpet av 1990-årene som på ulike måter er involvert i aktiviteter knyttet til benchmarking og beste praksis (Røvik 2007). Det tilbys tjenester knyttet til å identifisere, bearbeide, kvalitets sikre og spre beste praksis på ulike områder. Beste praksis henspeiler ikke til en spesifikk form for praksis, men snarere til strategier for endring av etablerte praksiser. I kliniske kontekster refererer «beste praksis» som oftest til bruk av kliniske retningslinjer for å forbedre praksis (Driever 2002).

Mens «beste praksis» omfatter både organisatoriske og kliniske forhold, kan evidensbasert praksis (EBP) (ofte oversatt som «kunnskapsbasert praksis») ideelt defineres som å ta kliniske beslutninger basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukerens ønsker og behov. Målet er å unngå ineffektiv, uhensiktsmessig, kostbar og potensielt farlig praksis (Flottorp, Eiring, Vandvik og Johansen 2007; Nortvedt 2007). Visjonen er at medisinske beslutninger skal baseres på pålitelige former for evidens (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo og Andres-Hyman 2009; Gupta 2003; Kristiansen og Mooney 2004). Hva som anses som «pålitelig» gjenspeiles i «gullstandard»

som er et hierarki over hvilke forskningsdesign som gir best kunnskap, der RCT-studier og metaanalyser over disse rangeres høyest og kvalitative studier samt klinisk erfaring lavest (Tse, Blackwood og Penman 2000). I denne orienteringen impliseres det at vitenskapelig kunnskap er kumulativ, logisk og konsistent, og direkte overførbar til praksis.

EBP kan også karakteriseres som en form for empirisk pragmatisme siden det avgjørende er å søke empirisk dokumentasjon på at en viss behandling for en gitt diagnosegruppe er mer effektiv enn en sammenlignbar annen behandling, eller ingen behandling. Spørsmålet om hvorfor tiltaket virker, legges det mindre vekt på (Ekeland 2009; Fries, Helgesson og Fernler 2006; Ramsdal 2009).¹

Et kjennetegn ved «beste kunnskap» er at den er pålitelig, relevant og lettlest, og praksis bør basere sine valg på den beste, tilgjengelige kunnskapen på alle ledd i tiltakskjeden (Flottorp mfl. 2007:21). Slik fungerer behandlingslinjer og kliniske retningslinjer som sentrale verktøy for EBP. Hensikten med en behandlingslinje, som ofte er basert på kliniske retningslinjer, er å sikre høy kvalitet, strømlinjeforme pasientforløp og skape forutsigbarhet, god samhandling og effektiv ressursutnyttelse (Flottorp mfl. 2007). Kliniske retningslinjer er systematisk utviklede anbefalinger om egnet behandling for bestemte, kliniske situasjoner. Det er utviklet egne retningslinjer for hvordan retningslinjene skal utvikles – de skal bygge på den beste tilgjengelige kunnskapen og være kvalitetsvurderte (Chung og Shauer 2009; Forland 2002). Det er imidlertid påvist at kunnskapsgrunnlaget for behandlingslinjer (og mange av de kliniske retningslinjene som danner utgangspunktet for dem), ofte bygger på ekspertanbefalinger og ikke på den «beste kunnskapen». Bruken av behandlingslinjer innen norske helseforetak benevnes som eksperimentell virksomhet, da effekten er uklar (Flottorp mfl. 2007).

Evidensdebatt og brukerperspektiv

Når et tiltak omtales som evidensbasert betyr det at dokumentasjon av effekt gjelder «gjennomsnittsbrukeren» i aktuelle diagnosegrupper, siden det er gruppedesign (RCT) som ligger til grunn. På den bakgrunn kritiseres EBP for å ta for lite hensyn til individualitet, og variabler som for eksempel ulike kliniske situasjoner, kontekstuelle forhold som påvirker den enkeltes sykdomsbilde, minoritetsgrupper, personer med doble diagnoser og relasjonelle forholds betydning i mange behandlingsprosesser, og at klinikerer selv er en behandlingsfaktor (utøvereffekten). Det er også påpekt at RCT-studier sjelden bruker utfallsmål som grad av selvopplevd bedring, og forhold som viser for eksempel hvordan brukeren fungerer i hverdagen (Davidson mfl. 2009; Ravndal 2007; Rose 2008).

EBP tillegges autoritet fordi det i hovedsak oppfattes å formidle forskningsresultater gjennomført i tråd med gjeldende kriterier for «beste kunnskap». Kritikken går ikke bare ut på at evidensbasert praksis påvirker kunnskapsgrunnlaget for nasjonal helsepolitikk, kliniske retningslinjer og klinisk praksis, men også at det legges premisser for hvilken type forskning som skal prioriteres og hva ressursene skal brukes til (Fries mfl. 2006; Martinsen 2009; Ravndal 2007). I følge Ramsdal og Ekeland foregår utviklingen av og anvendelsen av behandlingslinjer og kliniske retningslinjer ideelt sett slik: Først produseres empirisk dokumentasjon (RCT-studier og meta-analyser), som så danner grunnlaget for hvordan en ekspertgruppe i konsensusprosesser utformer evidensoppskrifter (her behandlingslinjer, kliniske retningslinjer og veiledere) for hvordan denne kunnskapen skal anvendes, og deretter skal disse oppskriftene følges i praksis (Ekeland 2009; Ramsdal 2009).

Mange forskere, på tvers av fagdisipliner, har kritisert beste praksis og EBP for å bruke vitenskapelig kunnskap for å styre yrkesutøvelsen og ledelses- og organisasjonsformer i helsesektoren i en retning som undergraver den lokale autonomien (Ekeland 2004, 2009; Fernler og Helgesson 2006; Martinsen 2009; Ramsdal 2009).

I følge Byrkjeflot (2005) har EBP vokst fram parallelt med «bedriftsmodellen», som har fått stor betydning i helsesektoren. Bedriftsmodellen gjenspeiles i organisering av helsetjenesten, fritt sykehusvalg, modeller for enhetlig ledelse, og nye styringssystemer tilknyttet prinsipper for mål- og resultatstyring. Denne kombinasjonen av statlig styring og økt vekt på økonomiske normer og verdier har sitt utspring i en gruppe av reformer, som omtales som New Public Management (NPM) (Byrkjeflot 2005, 2011). NPM fremmer et lederskap med aktiv og synlig kontroll med organisasjoner, basert på eksplisitte standarder for evaluering og måling. For å ansvarliggjøre politikere, forvaltere og profesjonsutøvere retter myndighetene oppmerksomheten mot mål – og resultatstyring og kvalitetsforbedring. Kostnads-kontroll kobles nå til standardiserte prosedyrer og finansiering er knyttet til diagnoser (Byrkjeflot 2011; Martinsen 2005).

Terapeutiske drama og evidensoppskrifter

Den tidligere nevnte retten til individuell plan kan i følge Vold Hansen (2007) oppfattes som organisasjonsoppskrift med utgangspunkt i New Public Management (NPM). Med fokus på å formulere klare mål og behov som kan operasjonalisere bestemte tiltak, fremstår individuelle planer som hjelpemidler basert på en rasjonell–instrumentell logikk. Det er fremholdt at implementering av individuelle planer møter særlige utfordringer i psykisk helsearbeid siden dette feltet er preget av ulike faglige tilnærminger, uklare sammenhenger mellom årsak og virkning, og tjenestemottakere med diffuse og komplekse behov (Vold Hansen 2007).

Arenaen psykisk helsearbeid beskrives ofte som et profesjonshierarki med leger og psykologer øverst, og sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere og sosialarbeidere nederst (såkalte semi-profesjoner). Feltet hevdes å være preget av profesjonsstrid, fagproteksjonisme og liten bruk av teknologi og standardiserte metoder (Haugsgjerd, Karlsson og Løkke 2009). Arbeidsredskapene beskrives som «myke», for eksempel terapeutisk observasjonsevne og metodisk

samspill- og samtalekunst, forankret i teoretiske modeller, klinisk resonnering og hverdagslige erfaringer. Tilnæringsmåtene er med andre ord et resultat av kontekstuelle forhold. Det er for eksempel påvist at narrativ resonnering inngår som en hjørnestein i fagutøvelsen til ergoterapeuter (Mattingly og Fleming 1994). For å «nøste» frem klientens aktivitetshistorie, og fange opp det uforutsigbare i behandlingsprosessen, regisserer ergoterapeuter en «doing-with»-relasjon (et såkalt terapeutisk drama), med brukeren som hovedaktør for skreddersydd utprøving av hverdagslivsaktiviteter. Slik fremkommer det et bilde av at profesjoners kultur og deres spesifikke verdier påvirker valgene som gjøres i de terapeutiske prosessene (Kinn 2007; Kinn og Aas 2009; Mattingly og Fleming 1994). På lignende måte har forskning på psykoterapitiltak vist at 85 % av behandlingsresultatet er betinget av relasjonelle og kontekstuelle forhold. Med andre ord er det påvist at brukerens bedringsprosesser og terapeutenes bruk av seg selv (den såkalte «utøvereffekten») er større enn «metodeeffekten» (Davidson mfl. 2009; Wampold 2010).

Når det gjelder spørsmålet om psykisk helsearbeid virker, og i hvilken grad fagfeltet er evidensbasert, er det kjent at mellom 25–65 % av et gitt utvalg av personer som har fått diagnosen alvorlig psykisk lidelse kommer seg – i betydningen av at de er symptomfrie og ikke lenger har en psykisk lidelse (Davidson mfl. 2009; Davidson og McGlashan 1997; Topor 2003). I følge Davidson og Drake er det allikevel fortsatt relativt usikkert om tilfriskningen kan tilskrives effekten av spesifikke behandlingsmetoder. Det er også kjent at bare en tredel av de med alvorlige psykiske lidelser får spesialisert hjelp, og at de fleste ikke får evidensbaserte tiltak (Davidson mfl. 2009). Dette er basert på forskning fra den såkalte *recovery*-tradisjonen, forskning som benytter design som faller utenom evidenskonseptets gullstandard.

For å eksemplifisere hvordan krav om evidensbaserte tiltak kan påvirke profesjonsutøvelse, vil vi løfte frem en forsk systematisk kunnskapsoversikt som omhandler effekten av psy-

koterapi ved depressive lidelser (Berg, Øverland og Høie 2009). Rapporten konkluderer med at selv om psykoterapitiltak har moderat effekt, er ingen former for psykoterapi bedre enn andre eller bedre enn psykofarmaka (ibid.). Når det gjelder karakteristikken «moderat effekt» kan dette imidlertid først og fremst være et uttrykk for at effektestimaten i de inkluderte studiene ikke ble vurdert som «solide» nok. Med andre ord – selv om effekten av tiltakene ikke lar seg dokumentere statistisk i forhold til de strenge metodologiske kravene som den evidensbaserte tradisjonen setter, betyr ikke dette nødvendigvis at tiltakene ikke virker i mange enkelttilfeller, siden metodeeffekter i denne form for praksis synes kontekstbetinget (Ekeland 2004). Og – relatert til hvordan implementering av forskning påvirker profesjonsutøvelse, kan det tenkes at psykologer dermed velger metoder som har fått statusen «evidensbaserte» (som for eksempel kognitiv adferdsterapi; CBT) fremfor det de selv erfarer som virksomt. Eller vil de like gjerne stole på resultater fra såkalte meta-synteser (systematisk kunnskapsoppsummering av kvalitative studier) eller på kvalitative primærstudier, som har avdekket informanternes erfaringer med behandlingsmetoder? I sistnevnte tilfelle vil Binder og Holgersen sin hermeneutisk-fenomenologiske intervjuundersøkelse av brukeres opplevelse av «good outcome» av psykoterapi ha relevans. Disse la vekt på at å etablere nye måter å forholde seg til andre på, symptomlindring, økt selvinnsikt samt selvaksept og selvverdi var viktigst (Binder, Holgersen og Nielsen 2010).

Faglitteraturen avtegner et uensartet bilde av hvordan psykiske helsearbeidere etterfølger myndighetenes føringer for tjenesten. *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2001–2009)* viste at selv om kvantitative mål i det psykiske helsearbeidet er styrket i kommune og spesialisthelsetjeneste, er det utilstrekkelig kunnskap om innholdet i og kvaliteten på tiltakene (Brofoss og Larsen 2009). Ved ordsøk i nevnte rapport gav ordene forskningsbasert kunnskap og evidens kun 1 treff, kunnskapsbasert gav 0 treff, mens ulike varianter av ordet kvalitet gav 130 treff.

En av konklusjonene i rapporten var at dagens psykiske helsearbeidere tenderer til å velge verdmessige og ideologiske begrunnelser fremfor forskningsbaserte – et funn som også stemmer med andre fagfolks påstander (for eksempel Haugsgjerd mfl. 2009). Nevnte forhold hevdet å gi større handlingsrom for helsepolitiske og ideologiske føringer i psykisk helsearbeid enn for eksempel innen somatiske helsetjenester. Rapporten påpeker også at fagfeltet har en uklar definisjon av kvalitetsbegrepet. Den presiserer at kvalitetskravene bør fastsettes av bruker, deres organisasjoner, befolkningen generelt, helsearbeidere, og ledere og eiere av virksomheten i fellesskap (Brofoss og Larsen 2009).

Når det gjelder spørsmål om kvalitet og praktisk nytte av evidensoppskrifter, kan vi løfte frem tre undersøkelser som trolig har en viss generell relevans. I en nyere studie der 27 kliniske retningslinjer for schizofrenibehandling fra 21 ulike land blir sammenlignet, framkommer det at de nasjonale veilederne hadde svært varierende innhold og metodologisk kvalitet (Gaebel, Weinmann, Sartorius, Rutz og McIntyre 2005). Mens 18 av de 27 veilederne la vekt på medikamentell behandling, var omfanget av anbefalinger om psykososial behandling og CBT svært varierende. Dessuten var mange av retningslinjene vanskelige å anvende og de hadde lav legitimitet. Bare et fåtall av landene hadde inkludert brukere og pårørende i konsensusprosessene, som hovedsakelig ble utført av psykiatrieksperter. Bare et fåtall av retningslinjene var underlagt en kritisk ekstern vurdering (ibid.). Det er også aktuelt å nevne en norsk spørreundersøkelse der 857 fastleger og 948 medarbeidere deltok. Resultatene viste stor variasjon i forhold til i hvilken grad de 19 ulike retningslinjene (hvorav en var rettet mot stemningslidelser) var kjent og ble brukt. Blant dem som kjente til disse retningslinjene, var det som regel flere som hadde lest dem enn som brukte dem i praksis (Treweek og Flottorp 2005).

I diskusjonen om evidensoppskrifter kan det være grunn til igjen å løfte frem Vold Hansen sin avhandling, som bygger på intervjuer med

ansatte og observasjoner av ansvarsgruppemøter i forbindelse med individuelle planer. Han konkluderte blant annet med at tjenesteyterne er positive til brukermedvirkning, men at det mangler ressurser og tiltaksrepertoar for å få dette til. For å ha nytte av den individuelle planen må brukerne ha klare mål og forstå hensikten med den, noe som ofte ikke er tilfelle i den psykiske helsetjenesten. Det er ulike aspekter ved tjenestemottaker og tjenestene som setter rammer for samarbeidet, deriblant forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grensdragninger, holdninger og samarbeidskompetanse. Den individuelle planen bidrar likevel til at de ulike etatene tilpasser seg hverandre. Det er åpenbart at koordinatorene tar et særlig ansvar for at tilbudet til tjenestemottakerne blir helhetlig og samordnet (Vold Hansen 2007:2–3). Dermed ser man at konteksten forøvrig begrenser interaksjonen mellom profesjonell og bruker, slik at brukeren ikke får den innflytelse som er forutsatt ved innføringen av individuell plan. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig å innføre en felles oppskrift så lenge det er de profesjonelle som forvalter ressursene og disponerer over resultatet.

Evidensoppskrifter i et profesjonsperspektiv

Å være «profesjonell» forbindes gjerne med å være faglig dyktig og ha god dømmekraft (Molander og Terum 2008). Dømmekraft innebærer skjønnsmessig vurdering basert på kunnskaper, ferdigheter, erfaringer og holdninger. I denne prosessen vil profesjonsutøvere bedømme om et utsagn er sant eller oppriktig, en handling formålstjenlig eller riktig, en tilstand normal, ønskelig eller rettferdig, et produkt godt eller vakkert (Grimen og Molander 2008:180). Skjønn er både en strukturell og epistemisk kategori, der førstnevnte angår de restriksjoner skjønnsettes innenfor, og sistnevnte viser til selve bedømmelsen under ulike grader av usikkerhet (ibid.). Det kjennetegner profesjonsutøvere at de må avveie ulike kilder for kunnskap, en avveining Grimen og Molander kaller «praktiske synteser». En kan tenke seg at «evidensoppskrifter» inngår

i den praktiske syntesen og styrker skjønnets som epistemisk kategori. En annen mulighet er at evidensoppskrifter oppfattes som styring utenfra, at «syntesen» er gjort av andre. Man reduserer da skjønnets ved å endre de strukturelle betingelsene. Skjønnsutøvelsens kompleksitet kan illustreres med et eksempel fra psykisk helsearbeid der et tverrfaglig team skal gjøre en skjønsmessig avveining om det er formålstjenlig og riktig å tilby en hjemmeboende bruker enten et aktivitetstiltak på et dagsenter, eller et arbeidsrettet rehabiliteringstiltak på en vanlig arbeidsplass. For å gi en adekvat, forsvarlig, rettferdig og effektiv psykisk helsetjeneste, bør de profesjonelle bedømme med utgangspunkt i følgende: 1) den enkeltes ressurser og behov, 2) hvilke former for evidens finnes for det ene versus det andre tiltaket, 3) nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 4) veileder for kommunalt psykisk helsearbeid for voksne, 5) hva kliniske retningslinjer anbefaler, og 6) egne faglige og erfaringsbaserte kunnskaper. Relateres dette eksempelet til internasjonale forskningsresultater, er det påvist at arbeidsrettede tiltak til dels kan oppleves som uvirksomme (Kinn, Holgersen, Borg og Fjær 2011), psykiske helsearbeidere har for lave forventninger til brukers arbeidsevne, og dessuten at arbeid ikke fokuseres i behandlingsplaner – tross i evidens for at de fleste brukere ønsker seg en jobb og at det evidensbaserte tiltaket «Supported Employment» er beste praksis (Kirsh, Cockburn og Gewurtz 2005; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan og Rutherford 2008).

Slike funn indikerer at psykiske helsearbeidere ikke anvender relevante evidensoppskrifter. Det kan for eksempel være verdt å etterspørre hvorfor brukere oftere anbefales dagsentertilbud fremfor arbeidsrettede tiltak. Kommer det av at det er utviklet tverrfaglige team bestående av ulike profesjoner som er styrt av uskrevne adferdsregler? Fører dette til at profesjonsutøverne holder hverandre i sjakk, slik at de alle ser seg tjent med å fortsette med «business as usual» (Grimen 2009)? Er det utviklet atferdsregler som gjør at brukers erfaringer med den psykiske helsetjenesten blir oversett, slik som for eks-

empel skribenten og brukerrepresentanten Odd Volden hevder? Han diskuterer blant annet det han kaller «det store å sitte – og – snakke – mistaket», det vil si en byråkratiserende, begrensende og passiviserende måte å utøve psykoterapi på, og kritiserer psykiske helsearbeidere for at det er: «Ingen som ønsker å gå i felten sammen med oss. Ingen som ønske å erstatte samtalen med samvær» (Volden 2007:255–256). Men er «samvær» et evidensbasert tiltak?

Alternativt kan det tenkes at den manglende anvendelsen av evidensbasert kunnskap har sitt utspring i at «myke» helsefagprofesjoner, (som for eksempel sykepleiere, vernepleiere, sosialarbeidere og ergoterapeuter) slåss for sine jurisdiksjoner og posisjoner og dermed søker å stenge ut nyere metoder og nye yrkesgrupper som for eksempel spesialister innen arbeidshelse? Sett fra et brukerperspektiv kan dette være problematisk da oppsummert forskning viser at yrkesutøvere med slik kompetanse i større grad bør innlemmes i det tverrfaglige teamet tidlig i behandlingsskjeden, slik at fokus på brukers ressurser og arbeidsevne kan tones opp, og deres sykdomsbilde og omsorgsbehov tones ned (Kirsh mfl. 2005).

En kan stille spørsmål om de tradisjonelle yrkesgruppene verner om eller monopoliserer sine profesjonsspesifikke metoder slik at ny kompetanse og kunnskap ikke får innpass, og slik også opprettholder den kunnskapsmessige asymmetrien til andre profesjoner og til brukerne (Grimen 2009; Molander og Terum 2008; Parsons 1978). Eller er det slik at de mangler kunnskaper og ferdigheter til å finne frem til aktuelle databaser, relevante forskningsartikler og vurdere hva som er anvendbart? Eller kan det rett og slett være slik at yrkesutøverne søker de kunnskapene som passer dem – den de kjenner fra egen utdanning og erfaring? Er de skeptiske til å la seg instruere av evidensoppskrifter fordi de finner dem for snevre, ensidige og dermed lite relevante for praksis (Ekeland 2009; Grimen 2009; Kristiansen og Mooney 2004)? Her er det mange spørsmål, men lite empiri. Mens evidenskonseptet har ført til økt forskning på tiltak, er vårt poeng at i forhold til de endringene vi har omtalt trenger vi

også mer forskning på selve profesjonsutøvelsen og dens rammebetingelser.

I følge Molander (Grimen og Molander 2008) kan et profesjonsfelt analyseres ut fra fire innfalls-vinkler: 1) som organisasjonsform, 2) som praksis, 3) som et sett av kollektive aktører, og 4) som status eller profesjonaliseringsprosjekt. Dersom feltet analyseres som organisasjonsform blir begrepene monopolisering og autonomi sentrale; oppmerksomheten rettes mot profesjonens yrkesmessige spesialisering og hva de gjør; som kollektive aktører fokuseres blant annet begrepene jurisdiksjon (forklares som et område som en yrkesgruppe har kontroll over) og kunnskapsforvaltere, og som status er begrepene prestisje og virksomhetsområder fremtredende (Abbott 1988; Molander og Terum 2008).

Knyttet nevnte perspektiver til det foregående praksiseksemplet og evidenskritikken, vil den skjønnsmessige vurderingen av om en bruker får et arbeidsrettet tiltak eller ikke, bestemmes av hvordan psykiske helsearbeidere reagerer som kunnskapsforvaltere, kunnskapsformidlere eller portvakter (de som styrer hvem som får velferdsgoder og som bestemmer hva som er normalt eller unormalt). Vil profesjonsutøverne for eksempel følge de kliniske retningslinjene fra Statens Helsetilsyn (2000) (som ikke nødvendigvis er oppdaterte), eller har de arbeidet selvstendig og kritisk vurdert evidensoppskriftene og istedenfor funnet oppdatert kunnskap som anbefaler en annen tilnærming? Ikke minst vil profesjonsutøvelsen bestemmes av hvordan den enkelte profesjonsutøver forholder seg til et samfunnsmessig tillitsbasert ansvar om å rettfærdiggjøre sin arbeidsprosess både overfor brukere, pårørende, ledere og politiske myndigheter (Grimen og Terum 2009).

Evidensoppskrifter

– bidrag til omroking av ekspertveldet?

Om tiltak og praksis er på gyngende grunn når det gjelder kvalitet og krav om evidensbaserte og brukerorienterte tiltak, står profesjonens status og legitimitet på spill. Til en viss grad kan det og være vanskelig å motstå tidens trend i retning av

faglig oppdatering med utgangspunkt i evidensbaserte metoder. I det følgende vil vi klargjøre hvordan disse kravene kan påvirke psykisk helsearbeid ved å fremheve tre aspekter. For det første; synet på kunnskap (kunnskapens status), for det andre; hvilken status skjønnnet skal ha (forholdet mellom vitenskap og praksis), og for det tredje; i forhold til den såkalte kunnskapsmessige asymmetrien (hvilken rolle profesjonsutøverne får når det gjelder å fortolke hjelpebehov) og maktforholdet mellom profesjoner (Ekeland 2009; Grimen og Terum 2009; Ramsdal 2009).

Når det gjelder det første aspektet; kunnskaps status, drøfter Grimen (2009) om EBP representerer en ny variant av forsøkene på å gjøre naturvitenskapelige metoder til modell for alt annet. I følge forfatteren kan dette i særlig grad gå utover «de myke» yrkene – som for eksempel sosialt arbeid. Ramsdal (2009) påpeker at EBP skaper legitimitet for at evidensoppskrifter bør prioriteres fremfor «anekdotisk» kunnskap og kvalitative studier/casestudier. Relatert til det psykiske helsefeltet kan evidensorienteringen resultere i at behandling rettes inn mot evidensbaserte tiltak slik som for eksempel «Healthy Living Interventions» (Bradshaw, Lovell og Harris 2005), istedenfor å basere seg på resultater fra kvalitative primærstudier. Da vil eksempelvis en brukerundersøkelse foretatt ved en psykiatrisk akuttavdeling med den talende tittelen «Baking gives you confidence» (Haley og McKay 2004) sannsynligvis ignoreres, og ergoterapitiltaket «kjøkkentrening» devalueres. Og – ettersom forskning har vist at ergoterapeuter underrapporter deler av sin «common-sense»-praksis (som kjøkkentrening representerer) og i stedet posisjonerer seg ved å velge tiltak som har høyere status og som passer inn i den medisinske modellen (Kinn og Aas 2009; Mattingly og Fleming 1994), velger de antagelig denne strategien.

For det andre; når det gjelder faglig skjønn, vil vi fremheve at dersom evidensoppskrifter autoritativt presenteres som vitenskapelige, vil den erfarings- og brukerbaserte kunnskapen den skal integreres med, bli marginalisert (Ekeland 2009; Grimen og Terum 2009; Kristiansen og Moon-

ey 2004). Et stadig større innslag av evidensopp-skrifter i profesjonsutøvelsen kan da svekke den faglige vurderingsevnen og det er da fare for at profesjonsutøvingen blir – ikke bare forsknings-basert, men forskningsstyrt. Forholdet mellom vitenskap og praksis vil variere etter fagfelt og dermed er det nødvendig med ulike typer over-settelse fra fag til praksis. I verste fall kan vi få en regelstyrt praksis som profesjonsutøveren ikke kjenner seg ansvarlig for. Forskning har avdek-ket at dette er et problem. For eksempel har Vold Hansen konkludert med at for å styrke målopp-nåelse med individuelle planer trengs det et akt-ivt samarbeid mellom overordnede myndigheter, tjenesteytere, tjenestemottakere og forskere. Det anbefales at det blir lagt mer vekt på styrking av tjenestemottakerne og på bevisstgjøring og end-ring av arbeidsformer blant tjenesteyterne (s. 4).

For det tredje; i forhold til den såkalte kunn-skapsmessige asymmetrien mellom profesjonsut-øvere og allmennheten, vil vi særlig løfte frem at evidensoppskrifter kan forsterke portvaktrol-len som profesjonsutøverne har når det gjelder å fortolke folks hjelpebehov, og at maktforholdet innad i en profesjon og mellom profesjoner kan endres til fordel for dem som forvalter slike opp-skrifter. I følge Grimen (2009) introduseres EBP som et slags «universalmiddel», som kan brukes både for å bedre kvaliteten på offentlige tjenester, bidra til frigjøring fra ekspertveldet ved demo-kratisering av kunnskap, og gjøre profesjonene mer suksessrike i kraft av den ekspertise de rå-der over. Han hevder at dette virker forvirrende, særlig når de aktuelle dimensjonene motstrider hverandre (som demokratisering versus middel for å erobre ekspertstatus). Den nye trenden i retning av evidensoppskrifter betyr neppe at det skjer en frigjøring fra ekspertveldet, ved at kunnskap demokratiseres og beslutningsmakt desentraliseres, snarere at den kunnskapsmessi-ge asymmetrien mellom bruker og helsepersonell gis et annet grunnlag (Ekeland 2009; Grimen og Terum 2009; Ramsdal 2009). Å skaffe seg forskningsbasert kunnskap fordrer spesifikke ferdigheter i databasesøk og kunnskaper i forsk-ningsmetode. Dette kan skape et nytt klasseskil-

le mellom «de som kan» og «de som ikke kan» finne og anvende forskningsbasert kunnskap. Dermed vil ekspertveldet snarere bli omformet enn avskaffet, ved at det er maktforhold innad og mellom profesjonene som endres (Grimen og Terum 2009).

Vi vil også påpeke at når det skjer forskyvn-inger i maktforholdet innad og mellom hel-seprofesjonene, kan profesjonenes forhold til offentlige myndigheter og foresatte ledere end-res. Slik vil EBP på den ene siden bidra til vi-tenenskapeliggjøring, og på den annen side til et nytt regime for rapportering og kontroll. Siden vitenskapen er den viktigste kilden til legitimitet i dagens samfunn, vil profesjoner som kan be-grunne sin praksis i henhold til dominerende vi-tenkapssyn (noe som for tiden synes å være det evidensbaserte paradigmet) ha et fortrinn. Det er sannsynlig at dette fortsatt vil være de såkalt «harde» yrkene (de med mest autoritet, med røt-ter i naturvitenskapelig tradisjon) som legene og psykologene. På sikt kan dette bidra til å utfordre den legitimitet som i dag er tillagt det tverrfagli-ge, brukerorienterte og sosiale paradigmet i psy-kisk helsearbeid.

Konklusjon

Faglitteraturen gir tvetydige svar på spørsmålet om hvordan evidensoppskrifter og brukerper-spektivet påvirker profesjonsutøvingen i psykisk helsearbeid. Psykiske helsearbeidere ser ut til å velge fagideologiske begrunnelser for sin prak-sis fremfor forskningsbaserte. De er positive til brukermedvirkning, men har problemer med å omsette dette til handling, og de vegrer seg mot å anvende evidensoppskrifter.

Generelt sett er det grunn til å forvente at profesjonene må kombinere sitt brukerperspektiv med evidensoppskrifter om de skal beholde sine posisjoner i dagens helsevesen. Dette er imidler-tid en vanskelig balansekunst. I hvilken grad det lar seg gjøre å legge et brukerperspektiv til grunn og samtidig oppnå økt status, vil være betinget av type profesjon og kontekst. Samlet sett står psy-kiske helsearbeidere overfor store utfordringer. På den ene siden kan evidensoppskrifter styrke

profesjonenes posisjoner. Men samtidig kan relasjonene mellom fraksjoner innenfor den enkelte profesjon endres slik at det utøvende sjiktet blir større, mens et fåtall eksperter driver fagutvikling gjennom forskning. Det kan også oppstå et skille på utøvernivå – mellom de som arbeider og de som ikke arbeider evidensbasert. Slik vil den kunnskapsmessige asymmetrien omrokes – for eksempel ved at allmennlegenes betydning som portvakter reduseres, da det i økende grad blir produsentene av retningslinjer og prioriteringsforskrifter som tar på seg denne rollen.

Bedre samordning, mer rettferdig fordeling av tjenesteytelsene og både styrking av brukernes og profesjonenes faglige kompetanse og posisjon – dette er noen av målsettingene for dagens psykiatriske helsearbeid. Vi har argumentert for at det ikke er gitt at en aktiv forskningsbasert praksis vil bidra til å realisere disse målsettingene, som uansett på enkelte områder vil stå i motstrid til hverandre. En ensidig styring i henhold til evidensoppskrifter vil ikke bare kunne svekke profesjonsutøvernes skjønnsutøving, men også Opptrappingsplanens intensjon om en mer subjektorientert praksis. Fordi en viss grad av lokal autonomi er en forutsetning for brukermedvirkning, kan streben etter «beste praksis» svekke betydningen av brukerdefinerte mål og brukerstyrte endringsprosesser. For å opprettholde sin posisjon må den psykiske helsearbeideren fremdeles mestre balansegangen mellom skreddersøm og konfeksjon av tjenesteproduksjon. Hvordan dette dilemmaet håndteres, bør studeres empirisk.

Litteratur

- Abbott, A. (1988) *The system of the professions: An essay on the division of expert labour*, Chicago: University of Chicago Press.
- Berg, R., S. Øverland og B. Høie (2009) *Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser*, Oslo: Kunnskapssenteret.
- Binder, P.-E., H. Holgersen og G.H. Nielsen (2010) What is a «good outcome» in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view, *Psychotherapy Research*, 20(3):285–294.
- Bjørndal, A. (2009) Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester, i H. Grimen og L.I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Borg, M., B. Karlsson og H.S. Kim (2009) User involvement in community mental health services; principles and practices, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3):285–292.
- Borg, M. og K. Kristiansen (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services, *Journal of Mental Health*, 13(5):493.
- Bradshaw, T., K. Lovell og N. Harris (2005) Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 49(6):634–654.
- Brofoss, K.E. og F. Larsen (2009) Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009): Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter, Oslo: Norges Forskningsråd.
- Byrkjeflot, H. (2005) *The rise of a health care state? Recent healthcare reform in Norway*, Bergen: Stein Rokkan Center for Social Studies.
- Byrkjeflot, H. (2011) Healthcare states and medical professions: the challenges from new public management, i P. Lægreid og T. Christensen (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Farnham: Aldershot.
- Camp, R.C. (1989) *Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance*, Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press.
- Chung, K.C. og M.J. Shauver (2009) Crafting practice guidelines in the world of evidence-based medicine, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(4):1349–1354.
- Crawford, M.J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulop, P. Tyrer (2002) Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, *BMJ*, 325:1263.
- Davidson, L., R.E. Drake, T. Schmutte, T. Dinzeo og R. Andres-Hyman (2009) Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery, *Community Mental Health Journal*, 45(5):323–332.

- Davidson, L. og T. McGlashan (1997) The varied outcomes of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1):34–43.
- Driever, M.J. (2002) Are evidenced-based practice and best practice the same? *Western Journal of Nursing Research*, 24(5):591–7.
- Ekeland, T.J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*, Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T.J. (2009) Hva er evidensen for evidensbasert praksis? i H. Grimen og L.I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Ekeland, T.J. og K. Heggen (2007) *Meistring og myndiggjering: – reform eller retorikk?*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeland, T.J., J. Stefansen og N.-O. Steinstø (2011) Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1):2–14.
- Fernler, K. og C.-F. Helgesson, (2006) *Kloke regler? Kunnskap i regelsamfunnet*, Denmark: Studentlitteratur.
- Flottorp, S., Ø. Eiring, P. Vandvik og M. Johansen (2007) *Kunnskapsgrunnlaget for behandlingslinjer – en forelopig oversikt*, Oslo: Nasjonalt Kunnskaps-senter for helsetjenesten.
- Forland, F. (2002) *Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer*, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Fries, L., C.-F. Helgesson og K. Fernler (2006) Mer än en litteraturoversikt – Evidensbaserade kunskapssammanställningar som regelsettande, i K. Fernler og C.-F. Helgesson (red.), *Kloka regler? Kunnskap i regelsamhället*, Lund: Studentlitteratur.
- Gaebel, W., S. Weinmann, N. Sartorius, W. Rutz og J.S. McIntyre (2005) Schizophrenia practice guidelines: International survey and comparison, *British Journal of Psychiatry*, 187(3):248–255.
- Grimen, H. (2009) Debatten om evidensbasering – noen utfordringer, i H. Grimen og L.I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Grimen, H. og A. Molander (2008) Profesjon og skjønn, i A. Molander og L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. og L.I. Terum (2009) Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet, *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Gupta, M. (2003) A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations, *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 9(2):111–121.
- Haley, L. og E. McKay (2004) «Baking gives you confidence»: Users' views of engaging in the occupation of baking, *British Journal of Occupational Therapy*, 67(3):125–128.
- Haugsgjerd, S., B. Karlsson og J.A. Løkke (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, M., M. Feiring, H. Ramsdal og G. Vold Hansen (2009) *Norway – mental health and WHO, Orientation 2 Final Report*, Louvain-la-Neuve: Know & Pol.
- Helsedirektoratet (2005) *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*, veileder, hentet 17.12.2009 på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Sider/default.aspx>.
- Helsedirektoratet (2005–2015) ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, IS-1162 Veileder, hentet 17.12.2009 på http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf.
- Henriksen, A.K. (2007) Klientens kunnskapsbygging, i A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A.-G. Tuseth og T. Fjeldstad (red.), *Klienten – den glemte terapeut*, Oslo: Gyldedal Akademisk.
- Karlsson, B. (2008) Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv – et vitenskapelig essay, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2):153–163.
- Kinn, L.G. (2007) Evidensbasert praksis – et tveegget sverd? En drøfting av problematiske sider ved evidensbasert ergoterapi, i S. Horghagen (red.), *Beste praksis i ergoterapi*, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Kinn, L.G., H. Holgersen, M. Borg og S. Fjær (2011) Being candidates in a transitional vocational course: experiences of self, everyday life and work potentials, *Disability & Society*, 26(4):433–448(416).
- Kinn, L.G. og R.W. Aas (2009) Occupational therapists' perception of their practice:

- A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2):112–121.
- Kirsh, B., Cockburn, L. og R. Gewurtz (2005) Best practice in occupational therapy: Program characteristics that influence vocational outcomes for people with serious mental illnesses, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5):265–279.
- Kringlen, E. (2001) *Psykiatriens samtidshistorie*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristiansen, I.S. og G. Mooney (2004) *Evidence-based medicine: in its place*, London: Routledge.
- Lurhman, T.M. (2000) *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*, New York: Knopf.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*, Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2009) Evidens – begrensende eller opplysende? i K. Martinsen og K. Eriksson (red.), *Å se og innse. Om ulike former for evidens*, Oslo: Akribe AS.
- Mattingly, C. og M.H. Fleming (1994) *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Molander, A. og L.I. Terum (2008) Profesjonsstudier – en introduksjon, i A. Molander og L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M.W. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*, Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Parsons, T. (1978) Research with human subjects and the «professional complex», *Action theory and the human condition*, New York: The Free Press.
- Petersen, K., L. Hounsgaard og Nielsen, C.V. (2008) User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review, *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(7):306–313.
- Ramsdal, H. (2009) Fra kunnskap til organisatorisk praksis, i H. Grimen og L.I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøving*, Oslo: Abstrakt Forlag.
- Ravndal, E. (2007) Randomiserte kontrollerteforsøk i klinisk rusmiddelforskning – vitenskapelig hybrid? *UTPOSTEN 1*, 19–21.
- Rinaldi, M., R. Perkins, E. Glynn, T. Montibeller, M. Clenaghan og J. Rutherford (2008) Individual placement and support: from research to practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 14:50–60.
- Ringen P.A. og A.A. Dahl (2002) Modeller og trender i psykiatri – bør neurobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122(20):2024–2027.
- Rogan, T. (2008) Et felles løft, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2:105–110.
- Rose, D. (2007) User involvement in mental health research, *Rivista Sperimentale di Freniatria: La Rivista della Salute Mentale*, 131(2):51–65.
- Rose, D. (2008) Service user produced knowledge, *Journal of Mental Health*, 17(5):447–451.
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Skauli, G. (2007) Modell for klientrette og resultatstyrt praksis, i A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A.-G. Tuseth og T. Fjeldstad (red.), *Klienten – den glemte terapeut*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statens helsetilsyn (2000) *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*, Utredningsserien 9:2000, hentet på http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/schizofreni_kliniske_retningslinjer_ik-2726.pdf
- St. meld. nr. 25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997–1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Topor, A. (2003) *Recovery. At komme seg etter alvorlige psykiske lidelser*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Topor, A. (2005) *Fra patient til person*, København: Akademisk Forlag.
- Treweek, S. og S. Flottorp (2005) Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 125(3):300–303.
- Tse, S., K. Blackwood og M. Penman (2000) From rhetoric to reality: Use of randomised controlled trials in evidence-based occupational, *Australian Occupational Therapy Journal*, 47(4):181, 185.
- Tuseth, A.-G. (2007) Med 40 års forskning som veiviser, i A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A.-G. Tuseth og T. Fjeldstad (red.), *Klienten – den glemte terapeut*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Vold Hansen, G. (2007) *Samarbeid uten fellesskap – Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad: Karlstad University Studies.
- Volden, O. (2007) Den store psykoterapibløffen, eller: neste høst i folkets hus, i A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A.-G. Tuseth og T. Fjeldstad (red.), *Klienten – den glemte terapeut*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B.E. (2010) *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*, New York: Routledge.

Note

- 1 Evidensdebatten er tverrfaglig, internasjonal og omfattende. Her vil vi vise til temanummer i tidsskriftet *Social Epistemology* (2008, 22, nr. 4) og den norske antologien: H. Grimen og L.I. Terum (2009) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.