

Tor-Johan Ekeland

Autonomi og evidensbasert praksis¹.

¹ Notatet er laga på oppdrag frå Senter for profesjonsstudier.

Innleiing

Profesjonsaktørar er beslutningstakarar. Med grunnlag i utdanning og kompetanse er dei gitt rettar og pliktar innan definerte samfunnsområde til å utøve praksis og løyse problem av ulike slag. Dei er også viktige premissleivrandørar for andre beslutningstakarar. Profesjonalisering veks fram ved at eit kunnskapsfelt blir "kolonialisert" slik at ei kan etablere grenser mellom dei som kan det, og dei som ikkje kan det - mellom innvigde og uinnvigde (Berger and Luckman 1966). Kjernen i profesjonen er såleis kunnskap.

Tilhøvet mellom ein profesjon og samfunnet er eit kontraktstilhøve som kan vere strengt eller laust regulert, men er fundamentalt sett bygd på tillit. I denne tilliten ligg det at profesjonane innan visse rammer tradisjonelt har hatt stor autonomi i korleis dei løyser oppgåvene sine. Omgjevnaden har ikkje berre hatt lite innsyn, men også få føresetnader for overprøving og korreksjon av beslutningar som er fagleg grunngjeve. I denne tilliten ligg det at profesjonane sjølve, gjennom sine eigne profesjonelle dygder, er best eigna til å utøve kontroll med si eiga verksemd. Denne autonomien og sjølvkontrollen er dels grunngjeve i at profesjonane sitt virke er bygd på ein fagleg kunnskap som ikkje utan vidare kan overprøvast av andre. I tillegg, i alle høve når det gjeld dei kliniske profesjonane, er autonomien grunngjeve i at den profesjonelle sin lojalitet skal ligge hos pasienten, og at denne relasjonen må vernast mot andre omsyn og inntrenging utanfrå. Michael Fitzpatrick (2001) legg vekt på dette når det gjeld framveksten av legeprofesjonen i England. Profesjonsautonomien var føresetnad for ein legeetikk og profesjonelle dygder som verna legen både mot marknad og politisk styring, slik at ein sikra lojaliteten overfor pasienten og denne sin autonomi, fridom og integritet.

Autonomi og ein esoterisk kunnskap kan difor seiast å vere profesjonskjenneteikn. Analytisk bør dette differensierast noko når det gjeld dei kliniske profesjonane. I høve til samfunnet kan vi tale om ein kollektive autonomi eller profesjonsautonomi; den gjeld ein *ekstern* relasjon til samfunnet som set grenser for ikkje-innblanding. Den kan vere formalisert i ulik grad, og samstundes vere basert på konsensus og tillit. Utøvarnivået, korleis den enkelte profesjonsaktøren forvaltar denne autonomi, er sjølvsgatt ein del av dette og må skje innanfor den profesjonelle autonomien. Vi kan likevel tale om ein *intern* autonomi, ulike grader av autonomi i høve til interne relasjonar - den enkelte profesjonsutøvar sin relasjon til faget,

fagmiljøet og profesjonsreglar, og systemreglar i arbeidstilhøvet. Situasjonen vil då kunne vere ulik alt etter om ein t.d. arbeider ved institusjonar eller i privat praksis. Ein kan godt tenkje seg at den eksterne autonomien formelt sett er høg, samstundes som det gradvis blir sett grenser for denne på utøvarnivå slik at profesjonsautonomien blir eten opp innanfrå. Dette kan gjelde den klinisk autonomien, slik eg seinare vil drøfte.

Her skal fokuset vere på profesjonar i helse- og sosialsektoren, i hovudsak dei som har behandlingsansvar. Dei er mange, og dei er viktige. Beslutningane deira kan avgjere livsgrunnlag og framtid for mange menneske, i medisinen endåtil gjelde liv og død. Som profesjonelle er deira etikk og dygder innretta mot støtte, hjelp, omsorg og behandling til klientar, pasientar og brukarar i vanskelege livssituasjonar. Slik har dei ein tenarfunksjon der identifikasjonen er med brukaren sitt beste, og ein meklarfunksjon som formidlar av legale rettar til den enkelte. Samstundes er dette ein kontrollfunksjon. Dei er på ulikt vis portvaktarar som sorterer verdige frå uverdige når det gjeld tilgang på velferdsstaten sine ytingar, t.d. rett til hjelp, behandling og trygdeytingar (Terum, 2003). Dei leverer også viktige premisser for rettslege avgjersler, som til dømes sakkunnige i høve til erstatningsytingar, barnefordeling eller rettspsykiatriske vurderingar i strafferetten. I visse høve kan dei også på eige initiativ initiere maktutøving i form av tvangsinngrep mot enkeltindivid, som t.d. i barnevernet og i psykisk helsevern. Feilaktige eller dårlege beslutningar kan følgjeleg ha store konsekvensar for einskildmenneske. Det gjeld ikkje berre når resultata er dårlege isolert sett (t.d. behandling), men også når beslutninga blir opplevd som urimeleg og vilkårleg i høve til demokratiske og legale rettar om likebehandling og rettferd. Om det som her er sagt gjeld profesjonane sine beslutningar i høve til einskildindividet, er den aggregerte funksjonen i høve til samfunnet ikkje mindre viktig. Beslutningane deira genererer og styrer forbruk av samfunnsmessige ressursar av eit svært stort og veksande omfang. I høve til at samfunnet har lite innsyn i dei beslutningane som ligg bak, har det med rette blitt peikt på at dette kan utgjere eit demokratisk problem (Eriksen, 2001).

Det er av desse skisserte grunnane ikkje berre forståeleg, men heilt rimeleg og nødvendig at profesjonane sitt virke blir vurdert og granska, og i eit kritisk perspektiv. Og kritiske perspektiv på profesjonane har vore aukande parallelt med deira eigen vekst og betydning i moderne vestlege samfunn. Om eg held meg til medisinen har den vore gjenstand og

utgangspunkt for kritiske modernitetsanalysar hos sentrale samfunnsvitskapelege tenkjarar som Habermas, Foucault og Berger og Luckman. Hos Foucault (1973) finn ein jamvel ein analyse der medisinen blir tillagt ei overordna diskursiv kraft som har forma våre tenkjemåtar i den vestlege kulturkrinsen. Medisinen sine ideologiske funksjonar som legitimering for sosial kontroll og disiplinering har vore fokus også i medisinsk antropologi og sosiologi (Taussig 1980; Zola, 1972; Friedson, 1970, 1986). Kritikken har kome frå ulikt hald, marxistisk fundert (Navarro, 1977), frå feminisme (Scully og Bart, 1978), humanisme (Illich, 1976), frå politisk-økonomisk teori (t.d. Ehrenreich and Ehrenreich, 1978; Doyal, 1979), og frå medisinarlauget sjølve (t.d. Fitzpatrick 2001).

Når det gjeld psykisk helsevern var kritikken mot institusjonpsykiatrien tung og kraftig på seksti- og syttitalet; og eit moment i endringa som har funnen stad med nedbygging av institusjonar utover åttitalet i dei fleste vestlege land. Dei siste åra har ein sett ein fornya og veksande kritikk mot den nye opne psykiatrien, inklusiv den kliniske psykologien. Det gjeld både empiriske og analytiske tilgangar som problematiserer den eksplosive veksten det har vore innan desse psy-profesjonane, og korleis dei utviklar eit terapeutisk-industrielt kompleks der dei sjølv formar marknaden og kundegrunnelaget sitt ved at meir og meir av livets dilemma og problem blir individualisert, psykologisert, diagnostisert og medikalisert (Rieff, 1966, Kvale, 1992, Cushman, 1995, Nolan, 1998, Rose, 1998; Furedi 2004, Dineen, 1999, Moskowitz, 2001). Felles for mykje av denne kritikken er at den rettar seg mot den maktbase og dermed det misbruk av makt som helseprofesjonane og deira institusjonar representerer, og at dei ikkje berre overvurdere sitt eige kunnskapsgrunnlag og sin vitskapelege plattform, men også mistolkar den, gjer den til ideologi for eigne kommersielle interesser, og for styringsinteresser der ein kamuflerer normative sakstilhøve som vitskapelege (sjå også Eriksen 2001).

Sjølv om slike faglege innspel har vore viktig nok, har eksponeringa av profesjonane sitt virke i det offentlege romet truleg vore viktigare grunnar for politiske initiativ til å halde dei i øyrene. Slik medieeksponering er gjerne knytt til einskildsaker og skandalar om feilbehandling og slett praksis; legane sine bindingar til farmakaindustrien osb. I USA førte til dømes ekspansiv kommersialisering av legetenester til mottrekk frå betalar i form av systemet

"managed care"; eit system som grip regulerande inn i praksis. I og med internasjonalisering og globalisering vil saker og handsaming av desse frå leiande land som USA og Storbritannia dessutan kunne nedfelle seg i andre land med endring av lovgiving, forskrifter og prosedyrar for å regulere profesjonane sitt virke (Light og Aasland, 2003). I medisinen er den såkalla Bristolskandalen² eit døme på dette. Avsløringa av høge dødstal over lengre tid ved ei barnekirurgisk avdeling, grunna slett fagleg skjønn, utvikla seg til ei politisk skandale som tvang fram offentleg gransking, oppfølgd av ein svært omfattande tiltakspakke for kvalitetssikring og tilsyn der mange framlegg også har blitt implementert i andre land (Haug, 2004; Haaverstad, Hilton og Hamilton, 2004).

Problemavgrensing

Det som er skissert ovanfor av ulike og veksande former for kritikk av profesjonane og deira virke, kan illustrere bakgrunnen for det Erik Oddvar Eriksen (2001) karakteriserar som ein tillitsbrest i relasjonen mellom profesjon og samfunn. Den tradisjonelle tilliten og tiltrua til profesjonane sitt kunnskapsgrunnlag og praksisutøving slår sprekker, og følgjeleg blir også autonomien deira utfordra. Som ein fylgje av denne bresten, hevdar Eriksen, oppstår det ulike aktivitetar og strategiar, både hos aktørane sjølve og deira systemansvarlege (arbeidsgjevarar og styresmakter), som ein kan karakterisere som strategiar for tillitsreperasjon. Ein slik strategi kallar han "vitenskapeliggjøring og instrumentalisering" (s.96). Dette handlar både om profesjonane sine behov for å legitimere seg vitskapleg, og å dokumentere kunnskapshegemoni gjennom resultatsuksess. Logikken synes å vere, skriv Eriksen, at viss berre det vitskaplege grunnlaget for handlingane blir betre, regulering av kompetanseområda tydlegare og profesjonane sine handlingar regulert gjennom rettsreglar og føresegner, ja - då vil ein få god praksis.

I perspektiv av denne tillitsbresten skal eg her undersøke konseptet "evidensbasert praksis" (EBP) som eit konkretisert døme på ein strategi for tillitsreperasjon retta mot å betre kliniske beslutningar. Konseptet oppsto i medisinen (evidensbasert medisin, EBM) og galdt opphavleg korleis ein bestemt form for kunnskap kunne implementerast til praksis. På kort tid har det deretter spreidd seg til mest alle profesjonar innan helse- og sosialfeltet som har behov for å flagge sin status og kompetanse som vitskapleg. I medisinen var grunngevinga at ein skulle

² Saka vart grundig granska av ein kommisjon som arbeidde i tre år, kosta 14 mill. britiske pund og resulterte i ein 529-siders rapport med 198 tilrådingar for den framtidige organiseringa av helsetjenestene, inklusiv

betre det medisinske skjønnnet ved å implementere større bruk av empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt i det kliniske beslutningsgrunnlaget. Dette nye paradigmet for praksis skulle såleis korrigere den tradisjonelle ekspertkunnskapen bygd på erfaring, klinisk teori og medisinsk forskning generelt sett (Sackett, 1995). Ambisjonen var altså å minske gapet mellom forskning og praksis - og truleg hos mange også ein ambisjon om å lukke det. Konseptet ber i seg også ein ambisjon om å oppdra klinikaren til å oppføre seg evidensbasert, og i dette ligg det ei utfordring for den kliniske autonomien: skjønnnet skal bli mindre. Spørsmålet blir deretter om det blir betre. Med utgangspunkt i den typen kunnskap som etter visse kriterium blir klassifisert som evidensbasert, skal eg undersøkje på kva måte og på kva område denne kunnskapen kan bidra til å betre det kliniske skjønnnet, eller rett og slett svekke det. Det er eit forsøk på å destillere ut den evidensbaserte logikken og drøfte den i høve til det eg kallar den kliniske logikken.

Men konseptet inneheld også eit styringselement, og det er umuleg å skjønne det gjennomslaget og den utbreiinga konseptet har fått ved berre å fokusere relasjonen mellom forskning og praksis. Ein hypotese om dette som skal drøftast, er om konseptet nettopp inngår som tillitsreperasjon i høve til den eksterne autonomien, som ein måte å legitimere eller relegitimere praksisen som vitenskapleg på. Men det er ikkje utan vidare gitt at betre legitimering av praksis, blir ein betre praksis. Det er eit empirisk spørsmål. Om legitimeringsfunksjonen har ei sjølvstendig drivkraft, kan ein kome til å oversjå dei negative og iatrogene utslaga av systemet. EBP kan gripe formande inn i den kliniske autonomien på vis som ikkje gir betre praksis, men som ein trojansk hest for andre føremål.

Ein annan implikasjon av den omtalte tillitsbresten, er ei reforhandling og reorganisering av den eksterne autonomien. Dette blir fanga opp gjennom nye omgrep som "accountability" og "transparens" (sjå seinare), og gjeld først og fremst relasjonen mellom den profesjonelle sin praksis og allmenta representert ved brukarar, betalar og tilsynsmakter på ulike nivå. I framhaldet vil eg omtale desse som tilsyn og tilsynsfunksjonen. Ulike system for kvalitetssikring, dokumentasjon og tilgang på innsyn er blitt utvikla for slike føremål, og tilsynet har blitt skjerpa og regulert med nye rettsreglar (jf Lov om pasientrettar og Helsepersonell-loven). Det ser ut til at nemninga "evidensbasert" også i denne samanhengen

kvalitetssikringsprosedyrar, system for offentleg innsyn, tilsyn med utdanning og skjerping av

har blitt eit viktig omgrep, ikkje minst fordi den fungerer som varedeklarasjon for kvalitet. Spørsmålet er i kva grad dei logikkane og praksisane som følgjer av accountability og transparens berre fremmar sine tiltenkte føremål, eller om dette også fører med seg ei endring av praksis som ikkje er grunna i den kliniske logikken sjølv. Endeleg skal eg relatere evidensproblematikken til dei nye styringslogikkane som dei siste tiåra har utvikle seg i offentleg sektor i mange vestlege land, gjerne omtala som New Public Management (NPM). Denne styringslogikken har blitt kraftig synleg i norsk helsevesenet etter omlegging til føretak. Eit sentralt poeng i NPM er økonomisk effektivisering gjennom resultatstyring og resultatfinansiering kople mot marknadsmekanismar, eller implementering av bedriftsmodellar. Effektiviseringa aukar presset på ”produksjonsteknologien”, som i dette tilfellet er profesjonsaktørane og metodane deira. Behovet for å dokumentere resultat er nødvendig for at marknaden skal fungere, og resultata må samstundes kunne relaterast til behandlingseffektive og kostnadseffektive metodar. I motsetning til andre styringsmodellar (byråkrati og rammefinansiering) vil NPM difor i større grad kunne gripe direkte inn i den kliniske autonomien.

Sentrum for analysen er den kliniske sektoren, dvs. dei relasjonane der klinikaren i samhandling med pasientar og klientar gir behandling, hjelp og omsorg. Som eg seinare vil argumentere for, må desse relasjonane vere ramma inn av ein autonomi som gjer klinikaren til ein ansvarleg og myndig aktør, og klienten til eit deltakande og fritt subjekt. Ein kan drøfte korleis denne innramminga ser ut og blir avgrensa, men den må prinsipielt vere tilstades. Bryt denne autonomien saman, bryt også den kliniske logikken saman. Skal pasienten t.d. ha tillit til legen sin, må ein oppleve at legen er til for pasienten og ikkje er bunden på hender og føter av andre interesser. Dette er kjernen i den kliniske logikken: klinikaren sin autonomi er ein føresetnad for pasienten sin autonomi. Ein kan med rette drøfte og belyse dårleg praksis og klinisk skjønn, kunnskapsmangel og feilvurderingar, og tiltak for å betre slike problem.³ Prinsipielt vil eg hevde at der er ein vesentleg skilnad i om slike forbetringar og tiltak blir sett i verk *innanfrå* den kliniske autonomien, eller som tiltak *utanfrå* som trenger seg inn og svekker den kliniske autonomien. Det er også ein vesentleg å kunne skilje mellom tiltak som

lisensieringskrava.

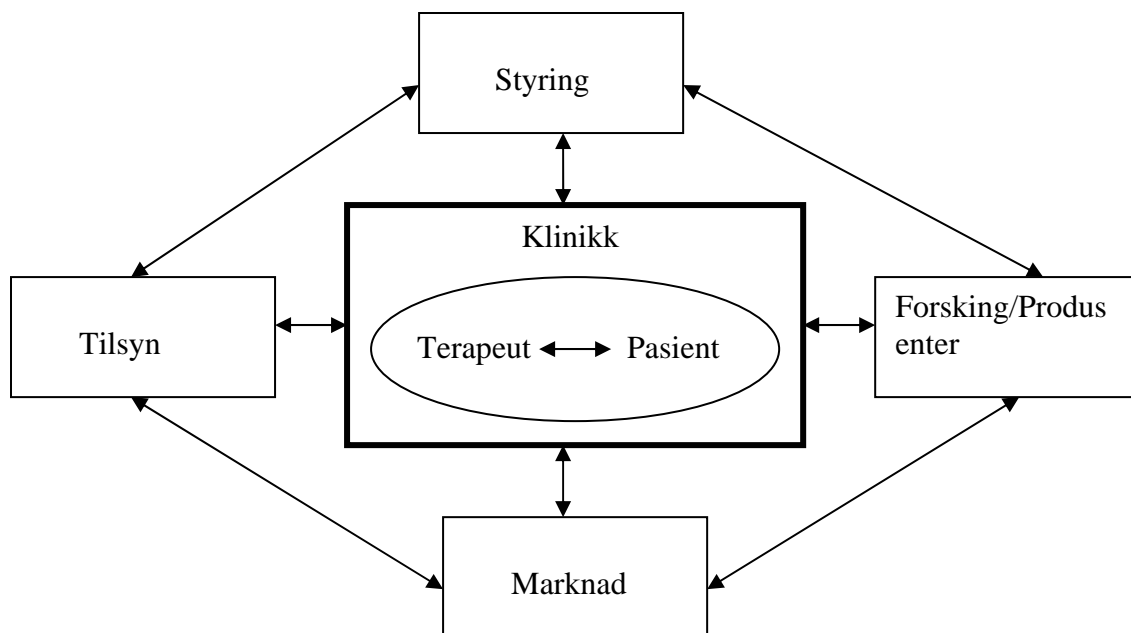
³ Fitzpatrick (2001) peikar på to paradoks i denne situasjonen. Det eine er at dette sterke fokuset på "malpractice" når det gjeld legepraksis kjem trass i at det historisk og relativt sett aldri har vore så lite malpractice som no. Det andre er ei sterkare politisering av helse, trass i at helsetilstanden heller aldri har vore så god som no i dei vestlege samfunna.

hører den kliniske logikken til, dvs. kan grunnjevast som klinisk relevante; og tiltak som har kliniske konsekvensar, men er grunngeve i andre logikkar, t.d. økonomiske. I slike tilfelle må den kliniske autonomien vere tilstades. Dersom den ikkje er det, vil slike skilnadar fort bli viska ut, fagspråket forfell og blir underordna andre instrumentelle omsyn. Då er vi ved kjernen ved det eg skal og undersøke og drøfte. I kva grad representerer dei ulike strategiane eg har omtala (EBP, tilsyn og NPM) logikkar som i sin konsekvens kan kome til å svekke den kliniske autonomien og ete opp den kliniske logikken. I så fall: blir dette ein annan praksis, blir den betre eller dårlegare - eller berre ein ny måte å legitimere praksis på?

Perspektiv og klårgjering

Det er her spent opp eit lerret med potensielt komplekse samanhengar. Det krev eit analytisk nivå som forenkler slik at det er muleg å syne samanhengar slik at dei kan drøftast. Eg skal her nytte ein systemteoretisk tilgang som ramme og beskripsjon av drøftinga. Eit system kan abstrakt sett definerast som eit sett av element og relasjonen mellom dei (Hanson, 1995). Systemteoretiske perspektiv er ein måte å analysere kompleksitet på i opne sjølvorganiserande system. Delsystem (element) blir sett i sine relasjonelle og kommunikative samanhengar slik at ein kan skjønne korleis endring i delar, distribuerer endring i heilskapen. Eit viktig omgrep er *grenser*, og grenser er eit omgrep om interaksjon og samhandling mellom systemet og omgjevnaden (andre system). Dei kan t.d. karakteriserast som diffuse eller rigide. Er dei rigide kan kommunikasjonen stoppe opp, er dei diffuse kan systema implodere i kvarandre og strukturar bryte saman. I økologisk systemteori har t.d. Gregory Bateson (1979) peika på ei rekke fundamentale problem som kan oppstå når eit delsystem freistar å kontrollere omgjevnaden sin. Det oppstår ubalanse som fylgje av at kommunikasjonen ikkje lenger er gjensidig korrigerande, og sjølvreguleringa i heilskapen kan difor bryte saman. Overfører ein dette til humane system, kan ein med Bateson hevde at ideen om betre styring gjennom å auke kontrollen av omgjevnaden er ein epistemologisk feil. Slike feil blir først synlege gjennom dei problematiske former for praksis som føl av dei. Ein vil misse fleksibilitet, og evna til sjølvregulering gjennom kommunikativ feedback blir svekt. Om svaret på manglande kontrolleffekt blir fleire kontrollprosedyrar, kan kontrollprosjektet kome på avvegar; skape totalitære tilstandar og eventuelt samanbrot i systemet som heilskap.

Figur 1. er meint å illustrere mi eiga tenking om det skisserte komplekset, ikkje dette i seg sjølv som empirisk gjenstand. Vi kan etter dette sjå på dei tre elementa *styring*, *tilsyn*, *forskning* og *klinikk* som ulike delsystem som står i eit gjensidig og nødvendig samspel med kvarandre, slik dei doble pilane indikerer⁴. Dei har alle sine institusjonelle forankringar, organisatoriske og kulturelle særtrekk utifrå tradisjon og ulikskap i oppgåver og funksjonar. Desse funksjonane er dels interne, men peikar i hovudsak mot mål som ligg utanfor delsystema sjølve, som rammer og premissar for andre delsystem, og som bidrag til dei overordna mål som legitimerer systemet som heilskap. Sidan drøftinga her gjeld behandling (klinikk), er dette delsystemet sett i fokus. Det er der endepunktet er: målrealiseringa hos pasientar og klientar. Når det gjeld forskning, skal eg på ingen måte drøfte denne i si breidde, men med fokus på den typen forskning og kunnskap som no har hegemoni i behandlingsfaga; den evidensbaserte.



Figur 1: Oversyn over relasjonar klinikk-tilsyn-styring-forskin og marknad

Innafor desse delsystema vil det utvikle seg særleine diskursar og ulike logikkar knytt til faga som gjer seg gjeldande, tradisjonar og kultur. Logikkane treng ikkje vere eintydige, dei

⁴ "Marknad" blir ikkje drøfta eksplisitt her.

endrar seg, og kjempar tidvis om hegemoni. Eksempelvis har konseptane vore mange og skiftande i organisasjonsfaga dei siste åra, og modellar blir både prøvd ut og avvikla fortare enn før (Røvik 1998). Likeeins når det gjeld økonomistyring. I forskinga er grunnlaget visse felles normer for kva som gjeld som vitenskap, men samstundes vil meiningar og tradisjonar brytast både når det gjeld syn på kunnskap, teoretiske tilgangar og metodiske strategiar overfor ulike fenomenomene. Slikt kan utløyse reine maktkampar og vekslande hegemoni. I dei kliniske faga, og særleg i psykiatrien, har dei faglege orienteringane vore ulike og dels i sterk opposisjon til kvarandre. I helsesektoren er det likevel for tida tydeleg at den biomedisinske omgrepsarkitekturen øver hegemoni, også på ikkje-biologiske domene og ikkje-biologiske fag (Ekeland, 2001a).

Mitt poeng er fylgjande. Innanfor desse delsystema kan vi sjå dei ulike logikkane (og kampen om dei) som legitime, uavhengig av kva vi meiner om dei. Det er legitimt å diskutere gode modellar for organisasjon og økonomistyring når ein er i det delsystemet der dette er føremålet. Det er sjølvsagt legitimt (og heilt nødvendig) at ein i forskarsamfunna held i hevd eit kritisk imperativ om ulike måtar å tenkje og å forske på, og det er sjølvsagt heilt legitimt å finne modellar for godt tilsyn for dei som er sett til det. Likeeins må faglege spørsmål i den kliniske verda avgjerast gjennom fagleg argumentasjon. I ein idealmodell kan ein då tenkje seg at dei ulike systema relaterer seg til kvarandre i eit kommunikativt samspel slik at ulike logikkar blir tilpassa kvarandre og avstemt i høve til overordna mål. Det inneber sjølvsagt at delsystema set grenser for kvarandre og øver press, og i så måte oppstår det både små og store krigar. Men så lenge grensene ikkje blir øydelagde, er ein likevel innanfor det som er legitimt. Det som derimot ikkje er legitimt, er om logikkar frå eit system trenger seg inn og et opp logikkar i eit anna, eller kontrollerer premissane for desse slik at dei ikkje let seg praktisere. Då forsvinn grensene mellom systema, makta kjem i ubalanse og samanblanding av mål og middel gjer seg gjeldande. Det er t.d. legitimt at ein set økonomiske rammer for kva og kor mykje ein skal kunne behandle, men det er ikkje legitimt at økonomiske logikkar definerer *korleis* ein skal behandle. Politikken kan ha sine mål for helsa (t.d. at folk sluttar å røykje), men det kan spørjast om det er legitimt at politikken instruerer eller pålegg klinikaren å drive helsepolitikken innan den kliniske logikken? Kvar går grensene mellom pasienten som eit autonomt subjekt, og som objekt for politiske mål? Kva skal vere legens viktigaste identifikasjon? Har ein pasient rett til å ha sine laster i fred, og er ein framleis ein autonom

pasient når ein blir gjort til gjenstand for eit helsepolitisk mål? I røynda skjer slike overlappingar og samanblandingar heile tida, men let seg i prinsippet korrigere så lenge grensene er intakte og okkupantane blir møtt med motstandsørslar.

Det eg skal freiste å vise er at med dei endringane som no går føre seg i dei behandlingfaglege institusjonane, har det oppstått ein ubalanse og overskriding av grenser slik at logikkar frå tilsyn, styring og forskning blir allierte på eit vis som trugar med å okkupere klinikk, og ete opp dei logikkane som gjer seg gjeldande der. I evidensparadigmet er dette tydeleg nok. Ein finn ikkje berre ei eksplisitt målsetting om å minske gapet mellom forskning og praksis (som kan ha noko føre seg), men også ein ureflektert ambisjon om å lukke dette gapet. Det vil seie at praksis skal skje på forskinga sine premisser, eller instruert av forskinga. Det ein då overser er at forskning og klinikk er kontekstar med heilt ulike føremål. I forskinga må ein alliere seg med det vitskaplege, i klinikk er det pasienten som er førstealliansen. Forskinga skal seie noko om det som *er*; i klinikk skal ein freiste å skape det som *bør* vere. I klinikk skal ein skape endring og må *tru* på denne for at ho best skal kunne skje. I forskinga skal ein helst dyrke *tvilen* om ein skal oppføre seg vitskapleg. I forskinga, i alle høve den evidensbaserte, eksisterer ikkje individa som subjekt, men som objekt eller statistisk eksemplar. I klinikk er dette "objektet" eit anna menneske, eit fortolkande og intensjonalt subjekt. Fordi dette subjektet er hjelpetrengande, er føresetnadane svekt for å kunne ta vare på egne interesser. Difor må subjektet ha full tillit til at hjelparen vernar om desse og eins eigen fridom og integritet.

I framhaldet skal eg drøfte det eg oppfattar som rådande logikkar i dei nemnde delsystema, med hovudvekt på konseptet evidensbasert praksis som spring ut av ein bestemt forskningstradisjon. Før eg gjer det er det nødvendig å klargjere noko korleis den kliniske logikken ser ut, kva slags beslutningar som går føre seg der, og kva klinisk skjønn kan, bør eller ikkje bør vere.

Den kliniske logikken

Kjernen i det kliniske systemet er ein behandlar (profesjonsaktør) i møte med ein hjelpetrengande (pasient, klient), og det sakstilhøvet som konstituerer og legitimerer dette møtet (problemet, sjukdomen, lidinga). Sjølv om behandlarane kan vere fleire (team), og ulike

spesialistar må bringast inn, held eg meg til denne dyadiske grunnstrukturen for å avklare den kliniske logikken, og nyttar i utgangspunktet lege-pasient relasjonen som prototypisk døme. I eit slikt møte må legen prinsipielt forhalde seg til pasienten på to måtar samstundes. Han eller ho må forhalde seg til problemet slik det kan opplysast, skjønast og avgrensast; og han må forhalde seg til den som presenterer og "har" problemet som ein person, eit medmenneskeleg subjekt. Dette er prinsipielt to ulike måtar å forhalde seg på. Eg vil kalle den første for *objektivisering*, og den andre for *subjektivering* - og drøfte dei kvar for seg.

Objektivering

Vi må først skilje mellom den form for objektivitet som føreset ein objektontologi (at sakstilhøvet har objektkarakter), og ein kunnskapsteoretisk objektivitet; dvs ei haldning karakterisert ved at ein er sakleg, analytisk, nøytral og upartisk, nøyaktig og verifiserande (Solli, 2003). Presenterer pasienten eit kroppsleg problem (smerte, symptom etc), må legen forholde seg kunnskapsteoretisk objektivt overfor eit sakstilhøve der ein også føreset ein objektontologi. Legen foreheld seg objektiverande overfor den andre som eit kroppsobjekt. I medisinsk praksis vil dette seie å transformere problemet, slik pasienten presenterer det og slik det kan observerast og undersøkjast med ulike prøver og datainnsamling, frå uorden til orden - frå meiningsløyse til mening. På sett og vis kan ein seie at ein ved denne tilnærminga også fører problemet *ut av* den kliniske konteksten og inn i medisinen si kunnskapsverd. I dette nyttar legen sin faglege kunnskap og kjende prosedyrar for å undersøkje og utgreie problemet. Eit viktig endepunktet i denne første fasen er diagnosen.

Ein diagnosen er ei beslutning bygd på mange beslutningar undervegs, komplekse eller rimeleg enkle, og med ulike grader av objektive data eller skjøn. Sjølv om "diagnose" blir assosiert med medisinen, er dei skisserte kognitive operasjonane som ligg i "diagnostisering", likevel allmenne i andre samanhengar for behandling og problemløysing. Beslutningsteoretisk kan ein seie at diagnostisering og diagnosen inngår i ein velkjend mål- middel logikk: for å nå eit mål (frisk), må ein starte med å klårgjere kor ein står (situasjonen/diagnosen), og så velje middel (behandling) for å kome dit. Legitimiteten til ein diagnose vil då ligge i kor vidt ho klårgjer situasjonen slik at middel for å nå målet blir spesifisert, og at ein kan predikere måloppnåing samt omkostningane på ein rimeleg treffsikker måte. Den kunnskapsmessige legitimiteten til profesjonen (her legeprofesjonen) vil prinsipielt kunne vurderast utifrå om ein

i kraft av den kunnskapen ein forvaltar er i stand til dette; at ein disponerer midla og kan handtere bruken av dei på ein kompetent måte - og at ein kan gjere dette betre enn andre (profesjonar)⁵.

Vi må altså skilje mellom diagnostisering, og diagnosen. Det er gjennom den medisinske diagnosen at problemet blir løfta inn i faget, inn i profesjonen sitt hjarte. Om problemet t.d. ikkje kan innpassast i ein medisinsk diagnose, vil ein måtte vurdere om det høyrer andre fag til, eller kanskje ikkje er fagleg i det heile teke (t.d. eit moralsk problem). Når legen set ein diagnose, kan vi difor seie at ho samstundes set ein *metadiagnose* - dvs. at ho innordnar problemet i eit medisinsk kunnskapssystem som konstituerer diagnosane (Ekeland, 2003). Legen diagnostiserer altså *mellom* diagnosar, og ikkje t.d. mellom eit biomedisinsk kunnskapssystem og eit ayverdisk kunnskapssystem. Vi kan også seie at gjennom diagnosen blir problemet på sett og vis gjort upersonleg. I den biomedisinske diagnosetradisjonen er "sjukdom" ein entitet som kan objektiviserast uavhengig av den sjuke sjølv - og denne entitetsepistemologien skapte i si tid vesentlege framsteg i medisinen (Ekeland, 1981). Ein diagnose seier med andre ord lite om pasienten som unik person og subjekt. Den seier noko kva dette individet kan ha til felles med andre individ.

I medisinen er diagnosen primært grunngeve i at den er nødvendig for behandling. Utan diagnose kan ein ikkje behandle, og feil diagnose kan ha katastrofale følgjer. Dette heng saman med at diagnosen aktiviserer medisinsk kunnskap og forskning slik at ein gjennom den kan seie noko om årsaka til lidinga (etiologien), prognose og utvikling (patologi) og gjere prediskjonar om effekt av behandling (terapi) - sjølv om desse samanhengane i ulik grad kan vere svake eller sterke. Men diagnosen har også andre funksjonar. Den inngår i omtalte portvaktfunksjon som nødvendig premiss for tilgang på sjukerolla og dermed trygdeytningar, sjukmelding og dei sosiale funksjonane som legitimerer lidinga i høve til andre sitt blick. Dette er strengt tatt sosiale, og ikkje medisinske funksjonar av diagnosen. I tillegg har medisinske diagnosar i aukande grad blitt økonomiske kategoriar i helsevesenet. Dette heng saman med innsatsstyrt finansiering der ein nyttar DRG (diagnose-relaterte grupper) som grunnlag for finansiering, dvs. at ein får betalt etter kor mange "diagnosar" ein behandlar og

⁵ Den einskilte pasient vil kunne bry seg mindre om dette berre resultatet er bra.

prisen på desse. I den økonomiske logikken er pasientane her objektivert til diagnosen sin, og som kostnad er dei like. Sidan DRG-finansieringa har auka frå 30 til 60 prosent i norske sjukehus (Eilertsen, 2003), har presset på kreativ økonomisk diagnostisering også auka, med diverse overtramp og skandalar som resultat (Midttun, 2003). Ser ein bort frå det som kan omtalast som juks, er klagemåla mot dette like ofte dårleg skjøn hos dei som diagnostiserer. Her finn ein då døme på samanblanding av logikkar; ein økonomisk som set seg som kritiskar over ein medisinsk.

Kliniske beslutningar er i prinsippet som andre beslutningar; dei handlar om prediksjon og val av alternativ under ulike grader av uvissle. Å redusere uvissle, er ein måte å betre kvaliteten på beslutningane. Om beslutninga var god eller dårleg, rett eller gal, vil ein oftast først kome til rette med i ettertid. Det er i høve til desse beslutningskjedane ein i medisinen (og for så vidt i andre behandlingfag) har vore opptekne av å skape forbetring ved å styrke datagrunnlaget (diagnostiske data) og prediksjonen, anten gjennom teori og/eller statistiske data.

Når det gjeld kvaliteten ved diagnostiske slutningar vil ein generelt kunne vurdere dei i høve til to velkjende metodekrav: *reliabilitet* og *validitet*. Reliabiliteten gjeld i kva grad ulike legar, ut frå same data, kjem fram til same diagnose. Om reliabiliteten er låg innafor profesjonslauget, vil det i prinsippet undergrave tilliten til faget og profesjonen sin status. Ikkje berre vil det kunne føre til vilkårlege behandlingstilbod, men også vilkårleg tilgang til dei omtalte sosiale rettane som ligg i sjukerolla. I høve til likebehandling kan ein for såvidt hevde at høg reliabilitet er viktigast, og kanskje tilstrekkeleg. Om høg reliabilitet er ein nødvendig føresetnad, er den på ingen måte tilstrekkeleg for god diagnostikk. Ein kan ha høg reliabilitet (stor konsensus blant legar) for ein diagnose som ein seinare avviklar fordi den ikkje var valid - dvs. peikte mot feil forståing av problemet. Validiteten gjeld med andre ord om diagnosen er rett, og om rett diagnose gir godt behandlingresultat. Reliabiliteten kan i prinsippet være høg, men validiteten lik null. Det omvendte kan ikkje gjelde. I kontekstar der rettar og likebehandling står på spel kan ein argumentere slik at reliabiliteten blir gjort til det viktigaste. Låg reliabilitet inneber jo høg grad av vilkårleg skjønn. I klinisk praksis er det validiteten i det einskilde tilfellet som er klinikarens viktigaste fokus, dvs. at diagnosen fører til verksam behandling. Men praksis har i mange høve karakter av "prøving og feiling", og som fylgje av røynsle med behandlingstiltak, nye data og pasienten sine preferansar; vil

diagnosen kunne endre seg undervegs. Klinikaren sin lojalitet er i denne samanhengen knytt til dei praktiske resultatane for pasienten, ikkje om andre innan lauet ville ha tenkt og gjort det same.

Ved alle former for beslutningar under uvisse er det to typar feil ein kan risikere, *falske positive* og *falske negative*. I diagnostikk vil falske positive seie at legen diagnostiserer sjukdom utan at den er der (manglande validitet), og falske negative at han erklærer ein sjuk pasient for frisk. Om det statistiske sannsynet for falske positive og falske negative utfall er kjent, kan slik kunnskap i prinsippet leggjast inn i skjønnet (Kirkebøen, 1999). I dei fleste kliniske samanhengane er dette sannsynet ukjent, og i veginga av sannsynet for falske positive eller negative feil må ein trekkje inn kva føremål beslutningane skal tene, og konteksten dei inngår i. I den kliniske logikken er føremålet å betre pasienten si helse. Den kliniske etikken bør såleis tilseie at under tvil, diagnostiser sjukdom (aukar sjansen for falske positive). Det er betre å handle "som om" pasienten har kreft og seinare kunne konstatere at det var feil, enn å erklære ein kreftsjuk for frisk. Men dette kliniske skjønnet vil samstundes kunne bringast ut av den kliniske konteksten og vurderast (eller vere premiss) i andre kontekstar der risikovurderingane kan vere heilt annleis. Falske positive fører til overbehandling, og dei aggregerte fylgjene av dette er helseøkonomisk sett eit stort problem. Om ein ser dette kynisk kan ein seie at falske negative er å føretrekke frå eit slikt perspektiv. Ein del av den helsepolitiske styringslogikken er (legitimt nok) retta mot å redusere overbehandling. Om slike styringssystem grip inn i klinikaren sin autonomi når det gjeld nemnde risikovurdering, grip ein også inn i etikken og den kliniske logikken på ein illegitim måte.

Eit anna døme er psykisk helsevern der kliniske beslutningar er nødvendige føresetnadar for tvangsinngrep. Men tvangsinngrep er samstundes eit inngrep i eit menneske sin fridom. Slike kan grunngjevast med eit behandlingsfagleg føremål (det vil gå verre om ein ikkje grip inn), men også ut frå omsynet til andre (fare for omgjevnaden). Kva som er rett avveging av risiko og utfall er noko ulikt ved dei to grunngjevingane. I første tilfelle er personen ein pasient, i det andre eit rettssubjekt. I strafferetten tilseier rettsstatens normer ei anna risikovurdering av falske negative og positive feil - tvilen skal kome tiltalte til gode (falske negative har fortrinn). I til dømes ei barnevernssak med muleg overgrep vil logikkane kunne støyte saman: skal tvilen kome offeret til gode (slik dei kliniske profesjonane gjerne vil tenkje), eller den

tiltalte (slik rettsstaten sine normer tilseier). I trygdesaker, erstatningssaker og tilsvarende portvaktfunksjonar vil også kliniske beslutningar kunne bli vurdert annleis enn innan den kliniske logikken. I slike samanhengar vil til dømes reliabiliteten bli viktig fordi likebehandling tilhøyrer normene for slike vurderingar.

Kliniske beslutningar innan den kliniske logikken har eit pragmatisk føremål. I behandling er ikkje fokuset å behandle pasientane likt, men å behandle kvar enkelt klient godt og rett. Difor vil klinikaren sitt fokus vere validiteten i det einskilde tilfellet. I tillegg høyrer det til den kliniske logikken (sjå om subjektivering) at pasienten sjølv er deltakar (og har rett til å vere det) i dei beslutningane som blir gjorde. I kliniske samanhengar må ein difor velje å feste meir lit enn mistillit til pasienten; ein må tru på den andre meir enn på vitskapen når det røyner på. I dei andre kontekstane som er nemnd kan tvilen grunnjevast som nødvendig haldning. Poenget er fylgjande: ei beslutning som kan virke dårleg i ikkje-kliniske kontekstar, kan altså ha vore god, rimeleg og legitim sett innan den kliniske logikken.

Eg har så langt forsøkt å vise kva kliniske beslutningar langs aksen objektivisering handlar om, og korleis slike beslutningar kan vurderast ulikt om ein ser dei i lys av den kliniske logikken, eller i lys av andre kontekstar. I den tradisjonelle ekspertmedisinen inngår desse beslutningane i det kliniske skjønnet. Skjønn føreset ein skjønnsutøvar, dvs at legen er eit vurderande subjekt som samordnar informasjon og data i ei heilskapleg vurdering. Å vere skjønnsutøvar er å måtte vere eit myndig, ansvarleg handlande subjekt. Skal ein kunne gjere val, må ein også ha fridom til å velje. Det vil seie at skjønn føreset autonomi - utan autonomi er skjønn ikkje muleg, og utan autonomi kan skjønnsutøvaren ikkje gjerast ansvarleg. Om autonomien blir sterkt avgrensa endrar også legerolla seg. Legen blir ein operatør eller tekniskar som etter fastlagde reglar set i verk førehands- programmerte prosedyrar. Dermed svekkar ein også ansvaret, sidan ansvar er knytt til at det er muleg for subjektet å velje.

Ein kan krevje av slikt skjønn at utøvaren rettar seg etter ein kunnskapsteoretisk objektivitet. I skjønn inngår både analytisk og intuitiv tenking slik at klinikaren a) gjer dei rette vala for å opplyse situasjonen, og b) fortolkar informasjonen på rett måte slik at resultatet blir godt. Den analytiske tenkinga er kjenneteikna av å vere langsam, systematisk og viljestyrt; mens den intuitive er rask, umiddelbar og ofte taus (jf. "tacit knowledge", Polanyi, 1983). I klinisk

praksis handlar det ofte om handlingstvang og beslutningar som må gjerast raskt. Det kan tilseie at ein også må velje å satse på meir skjønn ein det som i prinsippet kunne ha vore muleg (risikoen er for stor eller grensenytten for liten). Kliniske beslutningar innan den kliniske logikken er komplekse og samansette prosessar der intuitiv tenking ikkje kan eliminerast, og studiar av ekspertar viser at dei ofte ikkje kan gjere greie for korleis dei kjem fram til beslutningane sine, sjølv om resultatet er framifrå (Schön, 1983).

Når ein skal diskutere klinisk skjønn må ein skilje mellom skjønn som prinsipielt nødvendig, og kor vidt det er dårleg eller godt. Ein kan forbetre det, men ikkje avvikle det. Ei dårleg beslutning med stort islett av skjønn, treng heller ikkje skuldast at skjønnsutøveren har utvist slett skjønn. Det kan også vere at grunnlaget for skjønnet (faget) er slett; ein har brukt ein dårleg teori rett. I den kliniske logikken er stort islett av skjønn, i den tyding at klinikaren har problem med å gjere eksplisitt og analytisk greie for beslutningane sine, neppe eit problem så sant dei fungerer med godt resultat for pasienten. Derimot kan dette gjerast til eit problem for faget og faget sin vitskaplege legitimitet at det er slik - og eit problem for dei som skal overvake legen sitt virke (sjå om tilsynslogikkar). Likeeins kan skjønnet problematiserast i høve til dei andre kontekstane eg har gjort greie for, t.d. portvaktfunksjonen, slik Terum (2003) har gjort. I desse høva vil ikkje berre resultatet av skjønnet vere viktig, men også at ein kan eksplisitere kva det byggjer på.

Det er liten tvil om at i den nemnde tillitsbresten har kliniske beslutningar og det kliniske skjønnet kome i miskreditt dei siste tiåra, både innan medisinen og i andre kliniske profesjonar. Det skuldast ikkje berre større merksemd på feilbehandling og avsløring av dårlege beslutningar i det offentlege romet (Syse, Førde and Førde, 2000). Det skuldast også forskning på beslutningar generelt, og kliniske beslutningar spesielt. Frå beslutningsforskning kan ein trekke den konklusjonen at den menneskelege rasjonaliteten generelt har kome i miskreditt. Rasjonaliteten er ikkje berre avgrensa⁶, den viser seg å vere full av feil (bias), kortslutningar og potensielt farlege snarvegar, samt påverka av emosjonelle og andre ikkje-rasjonelle faktorar. Mykje av dette er kartlagt innan kognitiv psykologi, og har jamvel resultert i ein nobelpris i økonomi⁷ (Kahneman og Tversky, 1979; Gilovich, Griffin og

⁶ Herbert Simon (1956) fekk nobelprisen i 1978 for teorien om begrensa rasjonalitet.

⁷ Den kognitive psykologen Daniel Kahneman fekk denne i 2003.

Kahneman, 2002). Psykologane Daniel Kahneman og Amos Tversky har vore pionerarar i å dokumentere ulike "snarvegar" og reglar (heuristisk) som skaper skeive (biased) beslutningar. Medan ein i den kognitive psykologien i hovudsak har studert beslutningar på individnivå og i høve til kjende eller statistisk verifiserte utfall; har ein i sosialpsykologien kartlagt korleis gruppeprosessar, sosiale forventningar, selektiv fortolking, attribusjonsfeil og andre sosiale mekanismar kan svekke realitetsorientering og beslutningskvalitet; også med katastrofale følgjer. Om dette finst det ein omfattande litteratur eg ikkje her kan gå inn i, ein litteratur som i høg grad bør føre til større varsemd og audmjukskap i høve til ekspertvurderingar. Eit aktuelt døme frå norsk røyndom er den såkalla Bjugnsaka der feil i vurderingar frå sakkunnige samt sosiale prosessar som underminerte kritiske motførestellingar, skapte grunnlag for justismord og moralsk panikk.

Summen av denne kritiske forskinga kan seiast slik: rasjonaliteten er henta tilbake i det menneskelege. Vi er like mykje motiverte som rasjonelle aktørar, og i gitte situasjonar kan temperaturen ved førstnemnde få rasjonalitet og kritisk sans til å fordampe. Når mangt i denne forskinga blir opplevd som oppsiktsvekkjande, heng det truleg saman med ein kulturell fordom og ambisjon: førestellinga om ein universell og akontesktuell rasjonalitet, slik den t.d. i si tid kom til uttrykk i programmet til dei logiske positivistane. Meir utfordrande er det kan hende for dei kliniske profesjonane at dette "menneskelege" ikkje berre gjeld vanlege folk, men også dei sjølve - og at "vitskapleg grunnlag" ikkje er noko vern mot "den menneskelege faktor". På ein del felt (særleg psykiatri og klinisk psykologi) har forskning på kliniske beslutningar også avslørt at dei ikkje predikerer særleg betre enn det lekfolk gjer, og faktisk kan vere dårlegare enn rein statistisk prediksjon (aktuariske metodar) (sjå t.d. Dawes, 1994; Meehl, 1954, Faust, 1986; Kirkebøen, 1999).

Mykje av det eg her har vist til har avslørt at mange profesjonar har tatt på seg ein altfor stor frakk, og har skapt forventningar om ein kompetanse og eit klårsyn dei ikkje kan stå inne for. Det er kanskje noko av grunnen til den nemnde tillitsbresten, og til miskreditten som det kliniske skjønnet har kome i. No er det likevel lenge sidan at Erving Goffman (1959) peika på at det høyrer med til profesjonane sin natur at dei i eit visst mon må basere seg på bedrag: å love meir enn dei kan halde. Men, legg han til - bedraget fungerer best når det samstundes er eit sjølvbedrag; sjølvtiliten må vere i overkant om ein skal kunne få gjort jobben sin. For

profesjonane kan sjølvstilt slike "avsløringar" som eg her har vist til ha katastrofale innverknader på kontraktstilhøvet og den samfunnsmessige tilliten ein er avhengig av, og i neste omgang sjølvstilt og tilliten frå brukarane.

På dette tidspunktet er det likevel nødvendig med nokre korreksjonar. Mykje av den forskinga eg har vist til har mest relevans for kliniske prediksjonar i andre kontekstar (t.d. rettslege) enn innan den kliniske logikken. Den gjeld også situasjonar der ein kan setje kriterium for "sant" utfall, eller i det minste kalkulere uvissa. For det meste er den også utført som prediksjonsstudie utført i eksperimentelle og analoge design, slik at ein ikkje utan vidare kan ta validiteten til naturalistiske kliniske situasjonar for gitt (økologisk validitet). I den kliniske logikken handlar det også om prosessar med nødvendig prøving og feiling der læring og korreksjon er muleg undervegs. Meir oppmuntrande for den kliniske logikken er empiriske studiar (og teoriar) som set rasjonaliteten inn i økologiske samanhengar, og som m.a. viser at raske og dataknappe beslutningar (intuisjon, stort skjøn) ofte kan vere overlegne langsame, analytiske og datarike beslutningar (sjå Ulvestad, 2000). Problema med det kliniske skjønnet bør takast på alvor og nyttast til ein nødvendig korreksjon og meir audmjukskap. Men, det er ikkje utan vidare gitt at desse problema best kan løysast med meir objektivisering eller å eliminere sjølve skjønnet. At vi nyttar snarvegane og intuisjon er ein føremon i mange naturalistiske samanhengar, og tillit til eigen intuisjon er ein fordel.

Eg har omtalt ein tillitsbrest, og tillitsbresten gjeld her først og fremst profesjonane sin kompetanse til objektivisering. Sidan dette nettopp rammar kjernen i profesjonen sin legitimitet (kunnskapen og det vitenskaplege grunnlaget), har den utløyst ulike aktivitetar og strategiar for å reparere denne. Anvendt forskning på kliniske beslutningar er ein del av dette. Den har etterkvart blitt omfattande (ikkje berre i medisinen), og har resultert i nye praktiske prosedyrar, både for diagnostiske beslutningar, behandlingsprediksjon og behandlingsovervaking. Evidenslogikken (sjå seinare) er ein del av dette. Om vi seier at profesjonane sin vitenskaplege legitimitet framfor alt er knytt til dimensjonen objektivisering, er svaret på den omtalte tillitsbresten at ein freistar å auke vitenskapleggjinga ved å redusere klinikaren sitt skjøn og den subjektive faktoren. No er ikkje dette heilt presist, om vi ser vitenskap som litt meir mangfaldig enn den versjonen som evidenslogikken byggjer på. I vitenskap set ein vanlegvis utvikling av gode teoriar som sitt fremste mål. Utviklinga no er på mange vis

basert på ein miskreditt til kliniske teoriar, dei har jo vist seg ikkje å fungere særleg godt. I staden ser det ut til at ei empiriske pragmatisme gjer seg gjeldande. Den er dels teorifiendtleg, men mest pragmatisk: dersom empiriske modellar reint statistisk kan gi god prediksjon, er teorien irrelevant (Faust, 2003).

Å ta rasjonell kontroll over det irrasjonelle skal no gjerast med ein kvantitative logikk, ut frå ein pragmatisk føremålsrasjonalitet. Gjennom å redusere intuisjon og implisitte ikkje-statistiske heuristikkar, skal tilliten gjenopprettast. Det er utvikla ein omfattande beslutningsteknologi, algoritmar og guidelines både for diagnostikk, behandlingsovervaking og gjennomføring, samt risikovurderingar og utfallsanalyser, ofte basert på IT-verkty og biostatistikk frå store populasjonar (Eitel, Kanz, Hortig, and Tesche, 2000). At noko av dette kan vere nyttig i visse samanhengar, skal eg ikkje reise innvendingar om, men nytten er truleg avgrensa (Førde, 2001). Dessutan er det gjerne slik at når nokre problem skal løysast, vil løysingane kunne skape nokre nye. Sidan mange av modellane byggjer på populasjonsstudiar vil nytten vere større ved vurderingar av befolkningstiltak enn prediksjon på individnivå, med mindre ein ser bort frå at kvart individ har sine særtrekk - og det kan ein ikkje ha noko rasjonell grunngjeving for å hevde. Eit paradoks som Rørtveit og Strand (2001) har peikt på, er at når ein nyttar slike modellar er det tilsynelatande ein fordel at legen veit minst muleg om pasienten sine særtrekk. Mange av desse modellane gjeld dessutan medisinske område der ein operere med ei kjend uvisse, og ikkje med ei prinsipiell uvisse. Dersom det siste gjeld, vil modellane bryte saman på individnivå (Rørtveit og Strand, 2001; Norheim og Hunskår, 2001).

Oppsummert kan ein seie at det har vore ein veksande tillitsreparasjon retta mot å redusere (eller eliminere) skjønnet ved hjelp av ein kvantitative formålsrasjonalitet. Dessutan har denne logikken spreidd seg til psykiatri og ikkje-medisinske felt der verdien av den både av empiriske og kunnskapsteoretiske grunnar er heller tvilsam. I slike samanhengar er det truleg at legitimeringsfunksjonen styrer utviklinga meir enn nytten for god praksis. Rett praksis har vorte viktigare enn god praksis.

Subjektivering

I objektiveringa er det sjukdomen som tel. I subjektiveringa er det den sjuke personen. I studiet av sjukdomen kan legen gjere pasienten sin kropp til eit objekt. Den sjuke personen er eit kroppssubjekt - ein kropp som føler, tenkjer, har eigenvilje og subjektkraft, og som er innvend i språk og kultur og si eiga livshistorie. Det har verdiar og preferansar; ein talefør kropp som ikkje berre tolkar sin eigen livssituasjon og sin eigen smerte, men også legen som behandlar han og situasjonen dei er i saman. Kroppsobjektet er ikkje taleført, det er eit domene av kausale og funksjonelle teikn som legen kan skaffe seg tilgang til gjennom ulike instrument, og som kan tolkast inn i det biomedisinske tolkingsparadigmet. Legen kan der forhalde seg monologisk. Kroppssubjektet kan derimot ikkje tolkast biomedisinsk, men berre utifrå si eiga livsverd. Tilgangen til kroppssubjektet føreset dialog og kommunikasjon, og tolkingsreiskapen kan ikkje hentast frå biomedisinen, men frå heilt andre vitskapstradisjonar og disiplinær innan humanvitskapane (Grimen, 2000).

Mens kroppsobjektet er representert i biostatistikken, er kroppssubjektet ikkje det. Der er det av statistiske grunnar gjort taust, sjølv om eigenskapar ved det kan vere representert som statistisk variasjon. Men fordi dette subjektet er eit intensjonalt vesen, kan det forandre seg og oppheve dei kausale samanhengane som statistikken simulerer at det er underlagt. Slik er det på individnivå prinsipielt upredikerbart, og legen kan berre forhalde seg til det med eit ope skjema for å skjøne det best muleg som det er. Som Norheim og Hunskaar (2001) har vist, vil beslutningar basert på biostatistiske beslutningsanalysar kunne endrast radikalt straks dette subjektet sine egne verdiar og preferansar blir lagt til. Val som er grunngeve i objektiveringa og ein vitskapleg rasjonalitet kan då plutselig framstå som irrasjonelle og ikkje minske, men auke sjansane for medisinske feil. På same vis som legen sviktar si faglege oppgåva om han ikkje forhold seg objektiverande, sviktar han også fundamentalt om kroppssubjektet ikkje slepp til, blir taleført og kan gjere sine preferansar gjeldande. Om klinikaren sin autonomi blir redusert vil sjansane for dette bli mindre.

Å forhalde seg til pasienten som eit subjekt, kan grunngevast i etikken - eg skal kome attende til det. Men det er ein tendens til at ein overdriv etikken på eit vis som skuggar for at det her også er tale om viktige faglege sider, slik det t.d. er vist ovanfor. Om legen ikkje opnar for at pasienten gjer seg gjeldande som subjekt, oppfører han seg ikkje berre dårleg og sviktar

pasienten sine rettar (jf brukarmedverknad og pasientrettar), men og sitt profesjonelle imperativ om best muleg fagleg skjøn. Som kroppssubjekt er pasienten også ein viktig rapportør og informant av data om den biomedisinske kartlegginga av kroppssubjektet. Tilgangen på subjektet skal også tene objektiveringa. Problemet er at tilgangen til subjektet ikkje er gitt. Det kjem ikkje gjennom stetoskopet, men gjennom språket. Ikkje alltid kjem det der heller - iallfall ikkje av seg sjølv. Av mange grunnar kan subjektet skjule seg sjølv, eller kanskje formidle seg sjølv nettopp gjennom kroppssubjektet. Då er teikna der noko anna enn teikn frå det biomedisinske domenet. Om legen ikkje ser det, kan fylgjene bli katastrofale⁸. Skal legen "undersøkje" subjektet føreset det kommunikasjon, men kommunikasjon inneber at han sjølv blir "undersøkt" samstundes. Det treng han ikkje bekymre seg om når det gjeld kroppssubjektet. Ein kommunikativ relasjonen er difor fundamentalt annleis enn ein ikkje-kommunikativ. Legen kan sjølvsagt forhalde seg til subjektet "som om" det var eit objekt. Det som då kan skje er at subjektet lukkar seg og opptrer som objekt, eller at det forsvinn frå legekantoret. I begge høvet har legen gjort ein dårleg jobb. Kommunikasjon kan lærast, og er ein del av den profesjonelle medisinske kompetansen. Den kan likevel ikkje lærast slik ein lærer og praktisere den biomedisinske kompetansen. Ein kan lære seg gode teknikkar for samtale og kommunikasjon, men dei nyttar lite om ikkje den andre først opplever seg anerkjent og respektert som subjekt. Då blir den flinke kommunikator ein manipulator som svekkar sitt føremål meir enn å tene det. All god kommunikasjon byggjer på tillit, og tillit høyrer til subjektets suverenitet. Legen kan krevje innsyn i pasientens kropp, men skal han få innsyn i pasientens subjektivitet må han vise seg tilliten verdig.

Legen (eller andre profesjonelle) sin relasjon til pasienten er både asymmetrisk og symmetrisk, alt etter kva relasjonelle dimensjonar vi legg vekt på. Pasienten eig sin eigen kropp og har si suverene oppfatning av den, men i høve til kroppen har legen ein meirkunnskap som nettopp er ein av føresetnaden for at pasienten kan ha tillit til han. Men legen er samstundes sjølv ein person, eit menneske med sine sorger og suter. Desse har ingen plass i den profesjonelle relasjonen, men som medmenneske er han korkje betre, flinkare eller har meirverdi i høve til pasienten. Dette er ein relasjon der dei er like verdige - og det er i denne relasjonen at ein finn fundamentet for at subjektet opnar seg til sam-tale. Sjølv om ein kan underlegge dette fundamentet ein fagleg diskurs, høyrer det samstundes etikken til og

ikkje dei tekniske vitskapane. Likeverd, respekt og omsorg er kvalitetar vi må halde i hevd som sine eigne mål, ikkje som middel for noko anna (Løgstrup, 1957; Skjervheim, 1974). Med andre ord må etikken vere overordna evidensen. Likevel skal det ikkje underslåast at den gode relasjonen også er ein helseressurs - av og til den viktigaste. Det finst det overbevisande "evidens" for (Ekeland, 2000). Det handlar om korleis slike subjektive kvalitetar som meining, tru og håp aktiverer pasienten sine sjølvlækjande krefter. Dei blir utløyst av kroppssubjektet og gjer sin gode kjemi gjeldande i kroppssubjektet - for pasienten er sjølvsgatt ein og den same. Om klinikaren har sin lojalitet til vitskapen generelt, og ikkje berre biomedisinen, tek han også dette på alvor. Det høyrer med til legeetikken at ein ikkje berre skal oppføre seg skikkeleg som medmenneske, men også alliere seg med alle gode krefter som kan gi pasienten betre helse og betre liv.

I det eg no har sagt ligg det implisitt at dimensjonen subjektivering er annleis enn objektiveringa. Skal legen ta denne på alvor, kan han ikkje bruke algoritmar. Standardiseringa gjer då subjektet til nettopp det ikkje er, eit objekt. Her må legen sin autonomi difor vere prinsipiell, og skjønnet personleg om det skal vere ansvarleg. Om den kliniske logikken blir avgrensa i høve til dette, vil også pasienten sin autonomi bli avgrensa. Pasienten vil ikkje berre reint teknisk ha mindre føresetnadar for å influere på val og beslutningar, men også reint praktisk bli hindra i å bli engasjert som subjekt og aktør i si eiga behandling. No vil nokon kunne innvende at sjølv om dette gjeld prinsipielt, er der mange medisinske situasjonar der ein ikkje treng å gjere pasienten som subjekt til det viktigaste. Det kan vere rett. Når kirurgen svingar kniven kan det tvert om vere ein fordel at han gløymer subjektet mens han skjer i objektet. Det kan han likevel ikkje gjere *før* han skjer, eller *etter*. Dei to dimensjonane må stå i eit tilhøve til kvarandre som rett nok kan vere ulikt i ulike situasjonar og på ulike tidspunkt, men ingen av dei kan opphevast utan at den kliniske logikken bryt saman. Det er pasienten som er føremålet med behandlinga, og legen sin lojalitet skal ligge der framfor lojaliteten til vitskapen. Subjektiveringa må difor vere overordna objektiveringa i den kliniske logikken - eller sakt slik: objektiveringa må skje *innanfor* subjektiveringa som ramme. Det betyr at den kliniske logikken må vere fundamentert i ein prinsipiell autonomi, og at skjønnet ikkje kan reduserast utanfrå, men berre innanfor denne autonomien. Berre slik kan skjønnet utøvar

⁸ Steinar Husebø (1992) gir fleire døme på dette, m.a. ei kvinne som etter fleire operasjonar fekk fjerna livmora

haldast ansvarleg, og berre slik kan vi unngå at objektiveringa blir nytta som flukt frå profesjonelt ansvar.

Å sameine dei to dimensjonane høyrer med til det gode kliniske skjønnnet, og er ei påpeiking av ei gamal og velkjent innsikt. Det gjeld den praktiske klokskapen som Aristoteles kalla *fronesis*, og som han sette høgt fordi den føreset at ein kan kombinere både vitskap (episteme) og teknologi (techne). Den praktiske klokskapen kombinerer generell kunnskap, erfaringar, innlevingsevne og kreativitet med kva som vil vere godt og rett i det einskilde tilfellet. Den kan såleis gjere seg nytte av skjemaviten, men kan ikkje sjølv bli det utan å oppheve seg sjølv. I evidensens tid har også Aristoteles ei anna påminning. Ein kan ha sann kunnskap om naturen og det generelle, men ikkje om det einskilde menneske.

Om ein har fylgd med i ulike fagmedisinske tidsskrift dei siste åra, er det tydeleg at der er ei splitting i miljøa når det gjeld synet på legerolla, slik ein også kan finne det hos ein del andre profesjonar, t.d. sjukepleiarar. Det avslører truleg at dei to dimensjonane eg har omtala opptrer i ulik blanding når det gjeld aktørane sin profesjonelle identitet. Objektivering høyrer normalt vitskapen til, mens praksis må vere fundamentert i subjektiveringa. Det er også interessant å legge merke til at mykje av brukarane sin kritikk mot legane og helsepersonell som oftast er grunna i dårleg subjektivering; at dei ikkje tek seg tid, lyttar, er arrogante og uhøflege. Folk ser ut til å tåle ein del feil og svakt fagleg arbeid om berre helsepersonellet oppfører seg skikkeleg, lyttar og viser brukarane respekt (Syse, Førde and Førde, 2000). Ein vanleg kritikk, som legane sjølv diskuterer, er at dei behandlar sjukdom, men ikkje sjuke menneske. Det handlar nettopp om at objektiveringa har blitt overordna subjektiveringa. Sjølv om dette er velkjende problem, er det mangt som tyder på at den tillitsreparasjonen eg har omtala her ikkje vil bøte på dei, men gjere situasjonen verre på dette området. Ifølge Ole Berg (1998) skjer det i dag ei forsterka endring av legerolla vekk frå det han kallar "klassisk medisinalitet", prega av personleg kunnskap og skjønnsutøving, i retning av ingeniørteknikk dominert av ikkje-personlege prosedyrar. Det stemmer med dei nye føringane på legerolla som blir lagt vekt på her, og kritiske innspel om utviklinga har vore veksande (Strand and Schei, 2001; Ulvestad, 2001; Hjørleifsson, 2001; Schei, 2001; Hofman 2001 and 2000; Schei,

for å fjerne ein smerte som var hennar tilvende måte å kommunisere ein vanskeleg livssituasjon på.

Norheim, Rørtveit, Lysebo and Hjørleifsson, 2000; Heidenreich, 2001), ikkje berre i det norske miljøet slik det er vist til her.

Sjølv om eg har forsøkt å klargjere den kliniske logikken med utgangspunkt i legerolla, er analysen prinsipiell og har relevans for andre behandlingsprofesjonar. Der er likevel nokre viktige skilnadar eg ikkje kan utdjupe, men likevel må knyte nokre kommentarar til. Når det t.d. gjeld sjukepleie, har ambisjonen om profesjonalisering gjennom vitenskaplegging vore framtrekande dei siste åra, og eit av vegvala har nettopp vore å betre det eg har kalla objektiviseringa (t.d. Nortvedt and Hanssen, 2001)⁹. Sjukepleie gjeld for så vidt ein del funksjonar som kan objektiviserast med referanse til ein objektontologi, og som kan betrast gjennom instrumentalisering. Kjernen i sjukepleia og deira identitet har likevel tradisjonelt vore knytt til subjektiveringsdimensjonen, til god omsorg og medmenneskelege verdiar. Omsorg høyrer fundamentalt sett etikken til, noko som må grunngjevast som sitt eige mål. Ein kan sjølvstund studere omsorg empirisk etter ein mål-middel logikk; kva god eller dårleg omsorg fører til, kva effektar den gir osv. Men kva skjer med omsorga når den blir gjort til middel, når den blir grunngjeve i empirisk evidens for at den verkar - eller standardisert på bakgrunn av slik evidens? Og om den ikkje verkar, kva implikasjonar skulle ein trekke av det? Her er det opplagt muleg å etterspore det som Hans Skjervheim i si tid, med referanse til pedagogikken, omtalte som eit instrumentalistisk mistak (Skjervheim, 1972). Han kritiserte der ein pedagogisk tradisjon som nettopp freista å tolke pedagogiske handlingar etter modell av tekniske handlingar. Den instrumentelle kunnskapen blir i sin konsekvens kontrollerande og manipulerande, og det potensielt myndige subjektet blir verande umyndig. Når eit menneske blir gjort til objekt på dette viset, går vi samstundes til åtak på dette menneske sin fridom.

Denne problematikken er aktuell i alle profesjonar som arbeider med menneske, men kanskje vanskelegare når problemet som konstituerer det profesjonelle møtet ikkje er eit kroppsobjekt, men sjølv subjektet; slik det er i psykiatri, psykisk helsevern og rusbehandling. Her, som elles, må ein også forhalde seg kunnskapsteoretisk objektivt, men ein kan ikkje føresette ein objektontologi når det er subjektet sjølv som er "gjenstanden". Som eg har peikt på i andre samanhengar (Ekeland, 1999a, 1999b, 2001) er denne samanblandinga likevel

⁹ Det er t.d. utvikla fleire internasjonale klassifikasjonssystem for sjukepleiediagnosar (Nanda, NIC, NOK) som er under omarbeiding til norsk. Målet er at slike system skal forvaltas av helsemyndet på same viset som dei medisinske systema (ICD10).

framtreddende i psykiatrien og delar av den kliniske psykologien, og desse disiplinane har meir eller mindre ureflektert lagt seg inn under den biomedisinske omgrepsarkitekturen dei siste åra. Når det gjeld forskning på behandling har dette paradigmet ikkje vore særleg vellukka, slik eg skal vise seinare. Her skal eg berre kort ta opp at ein i den amerikanske psykiatriprofesjonen sidan åttitalet har drive aktivt tillitsreperasjon gjennom å betre det diagnostiske skjønnet. Det har vore slett. Den vitskaplege ambisjonen om å gjere noko med dette var framtreddende då den amerikanske psykiaterforeninga (APA) skulle revidere DSM II (Diagnostic Statistical Manual) til versjon III. Denne og seinare versjon IV (APA, 1994) har ikkje berre spreidd seg til mest heile verda og blitt stor butikk for APA, men også ekspandert talet på diagnostiske kategoriar med omlag 300 prosent sidan starten i 1952 fram til 1994-utgåva. Problemet i dei fyrste utgåvene var nettopp dårleg reliabilitet. Til dømes viste det seg at diagnosen schizofreni vart nytta så ulikt i USA og i Europa at om sjansane i England for diagnosen var 2 %, var den tilsvarende 69 % i USA (Kendell, 1971, Kirk and Kutchins, 1992). Slikt var sjølvsagt direkte pinleg for det profesjonelle omdømet. Sjølv om reliabiliteten har blitt styrka, m.a. med grunnlag i mykje empirisk forskning, er den framleis svært låg samanlikna med medisinske diagnosar elles. DSM-systemet er likevel nesten påfallande insisterande i sin eigenomtale der det hevdar å vere vitskapleg. Problemet er at reliabilitet, som nemnt, ikkje seier noko om validitet. Alle data (symptom etc.) som kan utløyse ein DSM-diagnose kjem frå det som høyrer subjektontologien til, og er difor utan klåre grenser til eit normativt felt. Sidan grensene for sjukt eller frist ikkje kan validerast i ein objektontologi, er det konsensus i psykiatrilauget sjølv som set desse grensene, m.a. gjennom avstemming i komitear. Og talet på kategoriar veks, kanskje fordi folk har meir problem enn før, men kanskje også fordi psykiatriprofesjonen har okkupert meir av folks problem og ikledd dei sin eigen diskurs (biomedisinsk), og legitimerer okkupasjonen gjennom vitskapleggjering (Ekeland, 2003). Hypotesen om at legitimering av eigen profesjon kanskje er overordna i dette tilfellet, kan reisas også på bakgrunn av at i motsetnad til andre medisinske diagnosar evnar ikkje psykiatridiagnosar å seie stort korkje om etiologi, kva som er god behandling, eller predikere effekten av behandlinga (sjå t.d. Bergin and Garfield 1994; Hubble, Duncan and Miller 1999, og Ekeland, 1999). I psykiatrien gjeld det nokså eintydig at "best practice" nettopp må ta utgangspunkt i subjektiveringa.

Samstundes som eg no har klarlagt prinsipielle sider ved den kliniske logikken, har eg drøfta ulike tilhøve ved profesjonane sin tillitsreperasjonen som trugar med å invadere denne logikken, ikkje berre ved ei overdriven instrumentalisering av skjønnnet, men også gjennom ei vitskapleg objektivisering av subjektiviteten. Det tyder ikkje at pasient som individ og subjekt ikkje har sine varme talsmenn, og fokuset på individuelle rettar og brukarmedverknad har vore aukande dei siste åra, og jamvel lovfesta. Men logikkane kan støyte mot kvarandre, og den eine kan ete opp den andre. Studerer ein den offentlege diskursen om psykisk helsevern, finn ein døme på dette, slik analysen i figur 2. viser¹⁰.

¹⁰ Denne bygger på eit samarbeid med Jan Inge Sørbo (2003).

<p>Kven: Odelstingsproposisjon nr 11 1998-99 "Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) Stortingsmeldinga "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" (nr 25 1996-97) Kva: ". brukernes behov som skal avgjøre hva slags tjenester som skal gis. ...individuelt tilpassede tilbud. ...helhetlig vurdering av pasientens behov, og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og hans pårørende."¹ Fortolkning: Pasienten blir her forstått som eit subjekt, som ein sjølvstendig aktør som skal ha lovfesta rett til å påverka si eiga behandling. Dette blir repetert i lova om pasientrettar. Første ledd: "Pasienten skal vera aktiv i si eiga behandling, men..." andre ledd:</p>	<p>Kven: Stortingsmelding nr 25 / 1996-97 om kvalitet. Statens helsetilsyn: "behandlingsveiledere" (Norsk psykiatrisk forening). Kva: norsk (internasjonal) flertallskonsensus innen fagfeltet... for god psykiatrisk behandlingspraksis. ...I samsvar med de mest anerkjente forskningsresultater. (...). De bidrar til å sikre en mest mulig lik og ajourført behandlingspraksis uavhengig av pasientens bosted." Standardisering.. Fortolkning: Viktig prinsipp å kunne styre behandlinga i samsvar med gitte opplegg. Mest muleg standardisering må gi mindre brukarmedverknad. Pasienten har her blitt eit objekt. andre ledd:skje gjennom "standardiserte behandlingsprogrammer" bygd på "evidence based" veiledningar som skal sikre "lik behandlingspraksis".</p>
<p>Konklusjon: "Tjenestene skal ha tilfredsstillende kvalitet, og skal gis som individuelt tilpassede tilbud. Det må foretas en helhetlig vurdering av pasientens behov, og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og hans pårørende" (første ledd) MENskje gjennom "standardiserte behandlingsprogrammer" bygd på "evidence based" veiledningar som skal sikre "lik behandlingspraksis" (andre ledd). Kort sagt: behandlinga skal vera individuell, men lik, og den skal leggjast opp i samråd med pasienten – og standardprosedyrar. Standardisert brukarmedverknad?</p>	

Figur 2: Diskursanalyse av subjekt- objekt logikkar i psykisk helsevern

Om ein reknar staten som eit talande subjekt som uttrykkjer seg gjennom dei ulike dokumenta som er nemnde i analysen (kven), legg ein *både* til grunn at pasienten skal ha ein framtrédande subjektposisjon i si eiga behandling, og behandlast etter standardiserte metodar (kva), dvs. utifrå den objektstatus som lidinga utgjer i dei statistiske kategoriane som ligg bak

standardiseringa. Analysen avslører eit paradoks eller ein inkongruens, nemleg at behandlinga skal vere både individuell og i samsvar med standard prosedyrar.

Oppsummert vil eg legge vekt på fylgjande. Innan den kliniske logikken er det klinikaren sitt ansvar å sjå til at balansen mellom det eg her har kalla objektivisering og subjektivisering alltid er tilstades. Korleis denne ser ut i det einkilde tilfellet, kan det ikkje seiast noko apriorisk om. Klinikaren sin autonomi er difor ein prinsipiell føresetnad for at dette skal fungere.

Evidenslogikken

Termen "evidensbasert praksis" kan sjåast som døme på ein tenkjemåte som spring ut av forskningssystemet, og som koplår seg mot praksis og klinikk slik at det øver definisjonsmakt overfor korleis praksis ("best practice") bør utøvast. Opphavet er medisinen, og omgrepet evidensbasert medisin (EBM) kan tilleggast fagmiljøet ved "Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics" ved McMaster University i Canada. Frå 1981 og utetter kom det derifrå ei rad utspel til nye utdanningsopplegg for legar. Eit vesentleg poeng var å lære legane å lese mindre lærebøker og meir forskingslitteratur, og å lese denne på måtar som gjorde kunnskapen nyttig for praksis. I internasjonalt medisinsk fagmiljø inngjekk slike initiativ i ein debatt om faget sitt vitenskaplege grunnlag, til dømes ein leiarartikkel i *British Medical Journal* i 1991 som påsto at berre omlag 10-20 prosent av medisinske intervensjonar var underbygd av solid vitenskapleg evidens (Ellis, Mulligan, Rowe and Sackett, 1995).

Implisitt kunne ein då risikere at resten vart omtala som kvakksalveri. Sjølv om påstanden var omstridd, var det berre om grader - og ikkje det faktum at sjølv om mangt av dei metodar ein tidlegare har kalla vitenskapleg medisin seinare har hamna på skraphaugen, held legane likevel fram med dei i årevis (Davies, Crombie and Macrae, 1993). I argumentasjonen for framveksten av ulike system for EBM (det finst mange av dei), er målsettinga eksplisitt: å betre kliniske beslutningar ved å minske gapet mellom forskning og praksis, og i større grad syte for at empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt blir lagt til grunn (sjå sentrale kjelder som Davidoff, Haynes, Sackett and Smith, 1995; Sackett, Richardson, Rosenberg and Haynes, 1997).

Promosjonen av EBM har i hovudsak kome frå den akademiske medisinen, og tanken har nok vore at dette skulle styrke det kliniske skjønnet i medisinen, ikkje erstatte det. Ein av dei mest kjente av opphavsmennene, David Sackett, omtalar EBM ganske lovande som: "...the

conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients" (Sackett et al, 1997). Ikkje lenge etter kom det sterke reaksjonar frå praksis, frå den kliniske medisinen sjølv: "The initially refreshing educational approach of clinical epidemiology has been horribly transformed into the bureaucratic monster of evidence based medicine" (Fowler,1997).

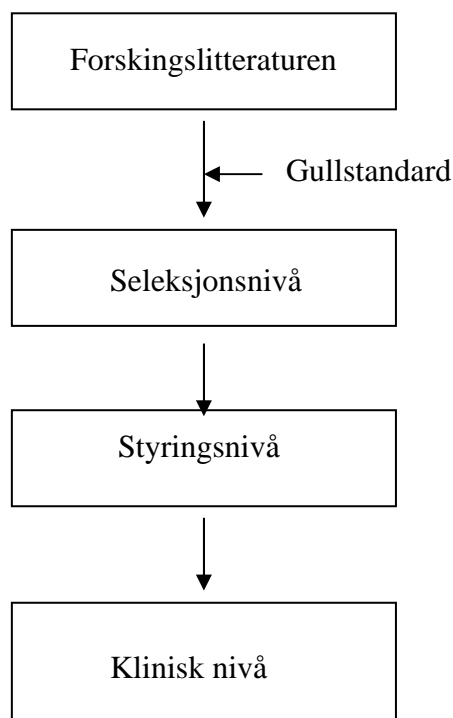
Det siste tiåret har det vore ein eksplosiv litteratur om EBM, eigne tidsskrift og eigne websites, samt databasar for kunnskap som er kvalitetsdeklartert som evidensbasert. Konseptet har vorte proklamert som ikkje mindre enn eit nytt paradigme i medisinen, omtala som ein revolusjon, og tiljubla av WHO, nasjonale helsetilsyn, betalar og finansieringskjelder, profesjonsaktørar og forskarar av ulikt slag. Bodskaen har vore at systemet vil gi ein kvalitetssikra praksis som byggjer på vitenskap. Om fagfolk helde seg til evidensbaserte metodar, kan ein skilje ut det som ikkje har livsens rett og sikre at brukarane får tilgang til "best muleg" behandling, heiter det. Berit Mørland, direktør for "Senter for medisinsk metodevurdering", uttrykker målet slik: "...settes strenge krav til dokumentasjon om de metoder helsevesenet skal bruke. Målsetningen må være å forbedre og standardisere de tilbud vi får på legekontorer og operasjonsstuer(..).sikre ressurser til det nye og effektive og sørge for at ineffektive tilbud fjernes" (Mørland, 2000).

Frå medisinen har konseptet og prefikset "evidensbasert" spreidd seg ikkje berre til dei ulike subdisiplinane, men til mest alle tenkelege praksisfelt, ikkje berre innan helse- og sosialvesenet (evidensbasert sjukepleie, fysioterapi, sosialt arbeid osv), men også til fengselsvesenet (evidensbasert fangebehandling), pedagogikken, leiing og management, og som paradigme for helse- og sosialpolitikken generelt (t.d. Niessen, Grijseels and Rutten, 2000)¹¹. Denne spreinga av evidensretorikken er i seg sjølv ein interessant indikasjon på legitimeringshypotesen sin relevans. Det har samstundes kome mange kritiske innspel, og eg skal kome tilbake til noko av den, men som ein av grunnleggjarane, Robert Haynes, sjølv har peikt på, har evidensretorikken ikledd seg ein moralsk patos som gjer kritikarar til kjettarar og motstandarar både av vitenskap og kvalitet for pasientane (Haynes, 2002). I ein artikkel har Gupta (2003) analysert evidensretorikken og nettopp peikt på dei normative og moralske

¹¹ Av dei meir kuriøse døma frå litteraturen er tittelen "The case for evidence-based toilet training" (Christophersen, 2003). Også etikken er i ferd med å bli evidensbasert, jf "Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants" (Tyson and Stoll, 2003).

elementa som skjuler seg i den teknisk-vitskaplege sjargongen. Frå den norske debatten kan det og hentast døme som illustrerer korleis kritikkarar blir stempla som tilhengarar av overtru og kvakksalveri (Sørgaard, 2000, 2001; Reicborn-Kjennerud and Falkum, 2000).

Isolert sett er det mangt som kan vere bra i evidensparadigmet. Det skal eg i denne samanhengen la ligge. Det eg seinare skal framføre av kritikk er at paradigmet sjølv representerer overtru, ei vitskapsovertru og ein styringshybris som framfor alt skuldast at ein ikkje skjønar denne kunnskapen sin karakter og dermed grensene for den i høve til praksis. Men først: Kva går eit system for evidensbasert praksis ut på? For å forenkle det heile kan vi seie at det er tale om tre nivå slik det er illustrert i figur 3.



Figur 3: System for evidensbasert praksis

Det første nivået er *forskingslitteraturen* slik den ligg føre ope tilgjengeleg i vitskaplege journalar retta mot behandlingforsking. Det neste nivået er eit *seleksjonsnivå*, det vil seie ulike system som etter meir eller mindre eksplisitte kriterium selekterer, komprimerer og spissar denne forskinga slik at den er tilgjengeleg for praksis. Deretter kan vi tale om eit

styringsnivå som på ulike måtar skal sikre at praksisfeltet tek i bruk denne tilrådte kunnskapen.

Det første nivået ser eg ingen grunn til å utdjupe anna enn å peike på at tilfanget av behandlingsrelatert faglitteratur er ekspotensialt veksande. Det er rekna ut at ein stakkars lege må lese 19 artiklar per dag 365 dagar i året for å holde seg oppdatert. Og sjølv om legane hadde tid til å lese, ville dei ikkje vere i stand til å sortere ut det dei kunne bruke. EBM tilbyr løysning på dette, t.d. gjennom tilrettelagde databasar. Då er vi ved seleksjonsnivået, og det mest kjende seleksjonssystemet for evidensbasert medisin er i dag *The Cochrane Collaboration*, eit verdsomspennande nett av sentre, forskargrupper og ekspertkomitear som har som hovudoppgåve å overvake og å vurdere forskingslitteraturen med tanke på å velje ut bidrag som presenterer ”sanne” og ”brukbare” resultat¹². Systemet ber namnet etter den akademiske medisinar Archie Cochrane (1909-1988) som er kjend for å ha spissformulert følgjande tre spørsmål ein må stille i val av behandling: "Can it work? Does it work in practice? Is it worth it?"¹³, og å ha lagt til: "If it doesn't work – stop it". Systemet har som ambisjon å gi svar på Cochrane sine spørsmål og: ".....to make it possible for busy clinicians seeking valid clinical bottom line ... to find more useful and valid summaries of evidence on a growing array of clinical topics, prepared and appraised according to uniform scientific principles" (Sackett & Haynes, 1995 s. 6).

Fordelen med Cochrane er at seleksjonskriteria er detaljerte, opne og eksplisitte. Eg går ikkje inn i detaljane for det, anna enn å vise til at hovudkriteria, gjerne kalla "gullstandard", er eit hierarki av krav til metodikk og design for at forkinga skal kunne deklarerast som evidensbasert. Figur 3. syner eit døme på eit slikt "kunnskapshierarki". Dei kan sjå litt ulike ut i detaljeringa, men RCT-design og meta-analysar er alltid i toppen, og evidensbasert har etterkvart blitt synonymt nettopp med slik forking.

¹² Det finst også andre slike system, også for ikkje-medisinsk forking som t.d. The Campbell Collaboration.

¹³ Med tanke på at EBM framhevar seg sjølv som vitskapleg, er det eit viktig spørsmål som her manglar: "Why does it work?"

Evidenshierarki

- Metaanalyse av RCT-studier
- Minst eit RCT-studie
- Minst ein kontrollert studie utan randomisering
- Minst ein annan type kvasiekperimentell studie
- Ikkje-eksperimentelle deskriptive studiar
- Ekspertrapportar/eksperterfaringar

(Geddes and Harrison, 1997)

Figur 3: Døme på "gullstandard"

Når eit forskingsbidrag etter ei første sortering etter gullstandard har blitt gitt "declarative" status, blir det omarbeidd til strukturerte abstrakts der berre den klinisk relevante informasjonen blir nytta. Gjennom ulike databasar blir denne gjort tilgjengeleg for praksisfeltet slik at ein klinikar på grunnlag av ein gitt diagnose, kan søkje seg elektronisk fram til dei evidensbaserte råda.

At nokon lagar system som gir praktikaren lettare tilgang på kunnskap er allment ein god ting. Og i den overflod som forskingslitteraturen i dag representerer er det gode argument for slike system. Men seleksjon er samstundes også eit filter – og det som blir filtrert vekk er ofte det som kjenneteiknar vitenskapleg kunnskapsformidling: nyansane, vurdering av feilkjelder, dei kritiske vurderingane, og refleksjon i høve til ny erkjenning. Det kan minne om presteskapen frå eldre tider som førte tilsyn med korleis skrifta skulle leggest til rette for ålmenta. Difor er det heilt nødvendig å stille kritiske spørsmål om kven aktørane er, kven betalar dei og kva interesser dei representer. I prinsippet kan seleksjonsnivået vere uavhengig av Cochrane eller tilsvarande, sjølv om slike system kan nyttast som kjelder. Det kan vere tale om ekspertkomitear innan profesjonslauga sjølve, eller slike i samarbeid med styresmakter. I mange land er det tilsvarande oppretta statlege institutt (som "Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesteforskning" i Noreg) til å gi styresmaktene råd i høve til godkjenning, legitimering og finansiering av tiltak basert på forskning, m.a. evidensbasert.

Styring

Opphavleg ser det ut til at konstruktørane av EBM som seleksjonssystem hadde tenkt seg at dette skulle vere eit bidrag til å styrkje dei kliniske beslutningane *innanfor* den kliniske autonomien. Slik har det ikkje gått. EBM etablerte fort ein autoritativ status, «the new evangelism of evidence-based medicine» som Rosenberg og Donald (1995) kallar det, og har ført til at «best muleg behandling» ikkje lenger er overlaten til klinikaren sin autonomi aleine. Lister over behandlingsprosedyrar har blitt eit viktig verkty for beslutningstakarar innan helseomsorgssystema for å regulere praksis, ei utvikling WHO står opp om. I m.a. Tyskland blir no berre EBM refundert frå det offentlege (Dick, 1998), og i England er fleire reformer innan helsesektoren tilrettelagt slik at kvalitetssikringsprosedyrar skal fremje EBM (Huw, Davies and Nutley, 1999). Likeeins kan ein tale om ein evidensbasert helsepolitikk basert på systematisk samla empiri om effekten av helserelaterte intervensjonar. Systemet vart såleis raskt også ein premiss på både nasjonale og internasjonale helsepolitiske agendaer der betring av folks helse på effektiv og kostnadsnyttig vis, er sett i fokus. Skal helsetenestene kunne styrast på rasjonelt vis må tenestene overvakast: ein må vite om rette diagnoser blir stilt, og om behandlinga var rett i høve til diagnosen, og allokere ressursar i høve til evidensbaserte behandlingresultat (Niessen, Grijseels and Rutten, 2000).

I praksis kan styringa skje på mange måtar. Den mildaste forma er såkalla "guidelines" formidla som tilråding til praksisfeltet, anten internt i fagfelleskapet sjølv, frå produsentar (farmakaindustrien), eller tilrådd frå helsefaglege mynde (t.d. helsetilsynet). Kliniske guidelines er altså tenkt som verktøy på praksisnivå for å fremje evidensbasert praksis, og dermed også gjere den meir kostnadseffektiv. I tillegg til å vere kliniske instrument, gir guidelines også grunnlag for overvaking og tilsyn, både fagleg og ikkje minst økonomisk, sidan eit av motiva er å motvirke overforbruk av helsetenester. Denne strategien har ført til eit uoversiktleg villnis der kvalitet og validitet har blitt vanskeleg å vurdere. I USA og Canada er der nå 28000 guidelines på helseområdet (Niessen, Grijseels and Rutten, 2000).¹⁴ Eit problem her er at ein synest å ta for gitt at guidelines i praksis gir betre resultat, mens dette i realiteten er eit empirisk spørsmål det finst lite granskingar av.

¹⁴ Litt kuriøst kan det med desse to døma hevdast at det no finst guidelines frå vogge til grav: "Breast feeding twins: guidelines for succes" (Hattori and Hattori 1999), og "Guidelines for making end-of-life decisions" (Fry 1998).

Den sterkaste forma for styring er direkte pålegg, eller at berre metodar som har passert seleksjonsnivået skal gi grunnlag for refusjon eller legitimitet frå styresmakter eller andre finansieringskjelder. Dessutan ligg styringa implisitt i den status EBM har fått som "best practice". I oversendingsbrevet av dei norske "behandlingsveilederne" for psykisk helsevern kan ein registrere eit interessant understatement: "Retningslinjene er ikke å anse som rettslig bindende for den enkelte behandler" (Statens helsetilsyn, 2000). No har nettopp dette blitt eit poeng internasjonalt, at behandlarar i redsle for juridiske prosessar (klager på feilbehandling etc.) ikkje torer anna enn å vise evidensbasert lydnad. I USA har det vore rettssaker der manglande dokumentasjon av evidensbasert behandling har gitt domfelling (Klerman, 1990).

Profesjonsspelet

Ein treng neppe vere samfunnsvitar for å skjønne at styringssystem som desse også utløyser makt og interesser. Når farmakaindustrien helsar EBM-konseptet velkomen er det ikkje oppsiktsvekkjande. Dei metodekrava eg har vist til (RCT) er krav dei alt er pålagde. No kan dei sjå fram til at andre som tilbyr behandling blir underlagt tilsvarande regime. Ikkje minst gjer dette seg gjeldande i psykiatrien, der "konkurrenten" til psykofarmaka er samtalebehandling eller psykoterapi. Sidan forskning kostar og industrien sjølv har pengar, blir det gjort langt fleire RCT-studiar på medikament enn psykoterapi ved t.d. depresjon. Slik har ein klart å skape ei "evidensbasert tilråding" om at medisin er førstealternativ ved milde og moderate depresjonar. Vitskapleg sett er det ikkje fagleg grunnlag for ei slik generalisering (Elkin, 1994, Wampold, 2001), men medisin er jo billigare enn samtalen. I spelet om makt aukar også sjansane for at ein nyttar seg av pseudovitskaplege konstruksjonar for å legitimere sine "produkt". Der er t.d. oversyn som viser ca. to hundre RCT-studiar som dokumenterer at auramassasje er verksam terapi (ref. i Egeland, 2004). Sidan "evidensbasering" set fokus på å dokumentere effekt, kan ein slik kome til den vitskaplege feilslutninga at "aura" ontologisk sett er ein relevant kategori.

Den profesjonspolitiske dimensjonen i dette gjeld ikkje berre freistinga til å flagge sin eigen praksis som evidensbasert på tynt grunnlag, men også å vere på rett side av bordet når grensene for kva som er kva skal dragast. Særleg gjeld dette når ein nyttar ekspertkomitear som seleksjon og regulering på områder der fleire profesjonar med ulike fagsyn gjer seg gjeldande. I Tyskland etablerte ein i 1999, som følge av lovregulering, eit organ med

oppgåve å sortere mellom vitenskaplege og ikkje-vitenskaplege behandlingsmetodar innan psykoterapien. Berre dei "klarerte" skulle gi grunnlag for offentleg støtte, og merkeleg nok var det samanfall mellom fagsamansettinga i komiteen og kva metodar ein klarerte (Ludewig, 2001).

Utviklinga i USA er også eit interessant lærestykke (Duncan, 2001). I 1993 etablerte den amerikanske psykiaterforeninga (APA) "Steering Committee for Practice Guidelines", med oppgåve å gjere synleg kva som var "best treatment" for ulike diagnostiske grupper. Bakgrunnen var den eksplosive veksten av terapeutar av ulikt slag, og psykiatriprofesjonen sitt behov for å markere vitenskapleg status. Etterkvart blei spesifikke behandlingssopplegg for spesifikke lidningar utarbeidd på fleire og fleire områder, og med ulik gradering av kva element som *måtte* følgjast, var *tilrådd* eller var *valfritt*. Ein oppnådde straks ein dåm av vitenskapleg legitimering, trass i at mange av tilrådingane berre var basert på konsensusdata frå profesjonen sjølv. Psykiatriprofesjonens initiativ uløyste sjølvstilt ein motoffensiv hos psykologane, og i den andre APAen (American Psychological Association) vart forskargrupper sett i sving. Psykiatriprofesjonen sine tilrådingar vart latterleggjort for ikkje å vere representative i høve til forskingslitteraturen, og ha ei tendensiøs medisinsk og farmakologisk slagside. "Task force" gruppa i psykologforeninga måtte difor overgå den andre APAen i å vere vitenskaplege, og skjerpa krava slik at for å tilrå ei behandling måtte det ha vore empirisk dokumentert i minst to uavhengige studiar (med uavhengige forskningsteam) at den var overlegen alternative behandlingar eller ein placebokontroll. Sidan starten har vel sytti ulike tilnærmingar fått plass på lista og gitt status som "empirisk validerte". Lista har vore dominert (ca. 80%), av kognitive og atferdsterapeutiske tilnærmingar (CBT) og blitt nytta av "tilhengjarar" til å deklarere desse metodane sin overlegne effektivitet og vitenskaplege status. Det vitenskaplege grunnlaget for ein slik konklusjon er likevel spinkelt. Grunnen til dette har med andre tilhøve å gjere. For at ei behandling skal kunne etterprøvast empirisk i RCT-design, må den kunne spesifiserast slik at den kan duplikerast. Dette er relativt enkelt for CBT, mens det for ein del andre typar behandlingssopplegg er svært problematisk, og dels prinsipielt umuleg (sjå Gullestad, 2001). I Noreg har ein sett noko av tendensane frå USA. Sidan Norsk psykiaterforeining fekk oppdraget frå helsetilsynet om å lage behandlingsveileder for depresjonsområdet, laga Norsk psykologforeining ein mot-veileder.

Kritikk

Om entusiasmen langt har overskredet motførestellingane, har det likevel vore kritiske røyser, både om det vitenskaplege grunnlaget for evidenskonseptet (Eysenck 1991, Horwitz 1996, Feinstein and Horwitz 1997, Lau et al 1998), det filosofiske (Shahar 1997) og sosiologiske (Denny 1999, Ray 1999, Traynor 1999). Eg skal først oppsummere og kommentere nokre av innvendingane, og utdjupe andre som er relevante i samanhengen her. Det første momentet er sjølv EBM-retorikken som impliserer at ikkje-EBM er dårleg praksis, og som kan nyttast til å moralisere over kritikarar. Men her ligg ei feilslutning til grunn. Ein kan ikkje ipso facto ta for gitt at eit slikt system gir betre praksis. Det er faktisk eit empirisk spørsmål, og det finst det så langt liten evidens for (Haynes, 2002). Det er heller ikkje slik at fråvær av evidens, er evidens for fråvær - m.a.o. at behandlingar som ikkje er dokumenterte likevel kan vere gode. Spranget frå data til evidens til praksis tilslører at denne vegen er ei kjede av transformasjonar og interpretasjonar der det subjektive aspektet ikkje kan annullerast (Upshur 1999). EBM skaper den illusjonen at dei sosiale prosessane som skaper EBM og dei sosiale konsekvensane av EBM er ikkje-eksisterande. EBM vil såleis bidra til ein pseudoobjektivitet som underestimerer at vitenskapleg kunnskap også er influert av sosiokulturelle faktorar, og at det ikkje er tilfeldig kva slags evidens som blir lagt til grunn (Gupta, 2003; Berkwits, 1998). Det finst t.d. evidens for at poesi er like effektiv som medikament ved moderate depresjonar (Smith and Taylor, 1996). Sidan mykje av evidensbasinga i medisinen kjem frå produsentane sjølv (farmakaindustrien), vil ein få slagsider ikkje berre på kva slags typar behandling ein evidensforskar på, men også på kva ein publiserer. Metodekrava i seg sjølv favoriserer visse typar behandling, eller pressar gullstandard på fenomen som slik at ein gjer vald på desse sin eigenart. Publikasjons bias, at positive og statistiske signifikante resultat lettare blir publisert enn negative og ikkje-signifikante, kan skape ei overdriven positiv fortolking (Blau, 1997; Black, 1998; Gilbody and Song, 2000). Det er påvist at data frå kommersielle aktørar oftare viser effekt enn ved uavhengig forskning (Cho and Bero 1996; Lexchin, Bero, Djulbegovic and Clark, 2003). I staden for evidensbasert medisin kan ein då få ein "evidens-biased" medisin.

Vektlegging av såkalla objektive funn vil først og fremst fremje den teknologiske medisinen og det som ligg innafor det biomedisinske fokuset, mens viktige aspekt ved medisinen som

kommunikasjon, empati, etikk og omsorg kjem i bakgrunnen (Smith and Taylor, 1996). Dei langsiktige konsekvensane kan bli ein meir konservativ og defensiv medisin (Haller, Reinold and Hepp, 1998). Mykje av kritikken kjem frå allmenntilleggsmedisinen. Opplegga i EBM gjeld standardiserte pasientar ein sjeldan finn i dette praksisfeltet der det vesentlege er å sjå behandlinga i kontekst både av pasienten sine psykologiske og sosiale særtrekk. Skal ein i allmenntilleggsmedisinen berre byggje på EBM fell mangt av det ein gjer i dag bort (t.d. Feinstein and Horwitz, 1996 og Jacobson, Edwards, Granier and Butler, 1997). Den autoritative nimbus som omgir EBM kan føre til misbruk, retningslinjer som er lite tenlege, og ein doktrinær og dogmatisk praksis. Åtvaringar kjem også frå helseøkonomar (Birch, 1997). Ved at ein gjennom EB utviklar forskingsdesign strippa for kontekstuelle spørsmål kan ein kome til å utvikle helsetenester tilpassa dei som alt har best utsikter til god helse, og såleis utvikle ei irrelevant kanalisering av ressursar som samfunnsøkonomisk sett er lite tenleg. EBM kan brukast manipulerande på dette viset av helseadministratorar til å påverke kva slags tenester befolkninga skal få (Leeder and Rychetnik 2001). Fordi EBM tek på seg autoriteten om å vere vegen til "best praksis", kan betalarar og styresmakter lettare rettferdiggjere at dei ikkje vil betale for intervensjonar som ikkje er EBM, same kva praktikarar og pasient seier om nytten. Fleksibiliteten og individuell tilpassing blir då mindre. Medan EBM fører til auka standardisering, viser ein del såkalla wrap-around forskning på helseprogram at suksessen er større der det er stor variasjon både i tilbod og distribusjon (Toffalo, 2000; McGlynn, 2003). Oppsummert kan ein hevde som hypotese at EBM vil kunne gjere medisinen betre der den alt er rimeleg god (spesifikk og teknologibasert medisin), men dårlegare der den alt er temmeleg dårleg: funksjonelle og livsstilsrelaterte plager samt psykiatri og rus.

Gull eller berre standard?

Sidan det i kjølvatnet av EBP-retorikken har utvikla seg ein RCT-metafysikk, skal eg kort klårgjere kva dette designet og meta-analyse går ut på. Det har nemleg implikasjonar når ein skal vurdere den kliniske validiteten til behandlingar som er "sertifisert" etter gullstandard. RCT- har utgangspunkt i eksperimentelle design der ein samanliknar ei gruppe som får behandling A (eksperimentgruppa), med ei anna som ikkje får ho eller ei anna behandling (kontrollgruppe). Skal dette være meningsfullt må dei to gruppene prinsipielt vere like, bortsett frå tiltaket (behandlinga). Dette prøver ein å sikre ved randomisering. Dessutan må ein sikre at alle personane i eksperimentgruppa verkeleg får den same behandling (kontroll over A som uavhengig variabel), at dei får den for same lidning (reine diagnosar), og at dei

som ikkje får ho også har same lidning. Det må også vere slik at det ikkje er skilnad mellom dei to gruppene i kva som skjer elles frå behandlinga blir gitt til effekten blir målt (avhengige variablar). Avhengig av kva mål og kriterium ein set for verknad, vil ein då teste etter reglar for signifikans, om verknaden på desse måla er tilstrekkeleg større i eksperimentgruppa enn i kontrollgruppa. Når ein deretter seier at ei behandling er dokumentert å ha verknad, seier ein i realiteten at verknaden målt som gruppegjennomsnitt er statistisk signifikant større i behandlingsgruppa enn i kontrollgruppa. Når t.d. ein skulemedsinar i debatt med ein alternativ behandlar hevdar at det er vitenskapleg dokumentasjon for at denne si behandling *ikkje* verkar, er det i så fall berre med tilvising til gruppeskilnadar han har belegg for dette. Men dette er ikkje det same som at der ikkje finst einskild tilfeller der behandlinga har verka.

I prinsippet er der ikkje betre design enn RCT til å teste om verknadar kan generaliserast, og det er rimeleg at den som påstår å ha ein universell metode med spesifikk verknad blir utsett for krav om dokumentasjon i samsvar med slike metodekrav. Men alle metodar har feilkjelder og kviler dessutan på nokre føresetnadar om dei fenomena ein studerer sin ontologiske natur. Problemet med den kliniske forskinga er at dess meir ein legg seg i selen for å kontrollere for feilkjeldene (den interne validiteten), dess meir vanskar kan ein få med den eksterne validiteten, eller overføringa til praksis. Til dømes vil kravet om reine diagnosar (lite komorbiditet) vere problematisk fordi på mange område i den kliniske røynda har pasientar samansette problem, og i psykiatrien problem som ikkje held seg stabile innan ein gitt diagnostisk kategori. Dessutan er eit "statistisk gjennomsnittsindivid" ikkje eit reelt individ, men ein statistisk konstruksjon ein ikkje møter i den kliniske logikken. Mens ein i dei statistiske berekningane kan sjå på individuell variasjon som "feilvariasjon" så lenge den ikkje trugar forskjellen i gruppegjennomsnittet, er denne variasjonen sjølvsagt reell i klinikk der ein ikkje møter eit statistisk objekt, men eit levande subjekt. All medisin har *også* individuelle verknadsprofilar (og biverknad), og ser ein bort frå dette i klinikk kan resultatet ikkje berre bli dårleg, men også katastrofalt. Det er også eit viktig poeng at ein skilnad som er statistisk signifikant, ikkje treng å vere klinisk signifikant. Signifikans seier berre noko om sannsynet for at slutninga ein har gjort om skilnadane i dei data ein legg til grunn er feil eller ikkje. Kor vidt denne skilnaden er nyttig i praksis (klinisk signifikans) er eit anna spørsmål. Det er også ei utbreidd mistydinga å nytte signifikanstesting som om det var ein test på prediksjon (Thompson, 1999), eller å hevde at ein har påvist ein "deterministisk kausalitet" mellom tiltak

og verknad, der realiteten er "probabalistisk kausalitet", det vil seie ei statistisk berekning av samanhengar.

Ein metaanalyse er tilsvarande ein statistisk analyse av RCT-studiar som eining. Sidan mange RCT-studiar er små og med få einingar (personar), gjer ein i metaanalysene RCT-studia til eining, og kan såleis aggregere talet på personar. Skal dette vere meiningsfullt må einingane (RCT) vere samanliknberre når det gjeld design, inklusiv effektmåla ein nyttar. Det statistiske grepet er at desse måla blir omrekna i ein felles storleik, «effect size» (ES). Denne er eit uttrykk for skilnaden i aritmetisk gjennomsnitt mellom kontrollgruppe og terapigruppe, dividert med standardavviket for kontrollgruppa. ES er difor eit mål på varians slik at ein med grunnlag i normalfordeling kan samanlikne variasjon i betringsrate for dei to gruppene. Det ein då ikkje må oversjå er at resultatet av ein metaanalyse ikkje kan bli betre enn dei primærstudiar ein puttar inn i ho. Alle studiar har feilkjelder, og om desse skjulte feilkjeldene peikar i same retning, vil også feilkjeldenes innverknad bli aggregert. David Sohn (1996a, 1996b) viser t.d. til PSI-forskinga (telepati etc.) der det ligg føre meta-analysar som bidreg til å oppretthalde førestillinga om slike fenomen og trua på at «der er noko», medan det i realiteten er tale om analysar som forsterkar systematiske feilkjelder. Om ein først ved hjelp av meta-analysar har klart å vise at eit tiltak er effektivt, bør ikkje det vere ein triumf for eit praksisfag sin vitskaplege basis, men snarare eit monument over eit mislukka vitskapsområde, seier han: "If one`s science needs MA, one should have done better science" (Sohn, 1996a, s. 243).

Eg har her prøvd å vise at der av metodiske grunnar er omfattande problem når ein skal overføre resultat knytt til bestemte forskingsmetodar til praksis. Klinisk autonomi vil kunne bøte på ein del av desse problema. Ved standardisering blir dei oversett. I den helsepolitiske styringslogikken vil ein truleg tenkje annleis, m.a. at nytten av standardiseringa er større enn kostnaden. Frå ein vitskapleg ståstad kan ein seie at evidensbasert forskning ikkje representerer noko prinsipielt nytt, anna enn å skjerpe metodekrava til det som alltid har vore målet i medisinen, den bioteknologiske kunnskapen. Moderne vestleg medisin har i hovudsak vore forankra i det biomedisinske paradigmet (som enkelt sagt betyr at sjukdom og behandling skal forankrast i kunnskap om kroppen som biologisk system), og vitskaplege kriterium for kunnskapsetablering. Det vil i hovudsak seie at skal ei behandling kunne

legitimerast som vitskapleg, må det kunne påvisast med grunnlag i vitskapens metodekrav *at* ei behandling verkar, *og* at verknaden er kausalt relatert til metoden uavhengig av legen som nyttar han, situasjonen metoden blir nytta i, og forhold ved pasienten som er irrelevant for aktuelle sjukdomskategori. Idealet er altså universell eller kontekstfri medisin. Dette er vel og bra og har historisk sett gitt store framsteg. Problemet er at i den kliniske røynda er der ingen kontekstfri medisin, og den "medisinen" som spring ut av *subjektiveringa* er empirisk sett ikkje ein uvesentleg ressurs, ofte "gøymt" i det negativt lada omgrepet "placebo" (Ekeland, 2000)¹⁵. Det dette gjeld er korleis meining og behandlingsrelasjon (subjektiveringa) på ulikt vis via det mentale domenet aktiviserer pasientar sine lækjeresressursar – ikkje som eit alternativ, men som eit sjølvstilt tillegg til all spesifikk behandling. Mens dette er noko ein må kontrollere for når ein driv forskning, høyrer det den kliniske logikken til at den bør utnyttast til pasienten sitt beste. Nettopp fordi denne ressursen er kontekstuell og fell utanom paradigmat, har den blitt marginalisert og undervurdert. Historisk sett har normene for den vitskaplege konteksten trengt seg inn i og blitt normgjevande også for den kliniske. Slik har legekunsten blitt avvikla samstundes som legen som behandlingsteknokrat har blitt idealisert.

Så langt har drøftinga i hovudsak retta seg mot medisinsk behandling, dvs. behandling som er retta mot kroppsobjektet. Det er liten tvil om at kunnskap frå "evidensforskning" her kan gi viktige tilfang, særleg når objektiveringa tel mest. Spørsmålet er om dette tilfanget bør gjere seg gjeldande *innanfor* den kliniske autonomien, eller kome som pålegg utanfrå i form av standardiseringspress. Slik eg tidlegare har drøfta dette, vil standardisering bryte med den kliniske logikken og i prinsippet kunne hindre klinikaren i å individualisere og dermed bøte på dei vanskaner som oppstår når ein generaliserer frå forskning til praksis. Set frå eit helsepolitisk styringsperspektiv kan vurderingane her vere annleis; og vi har då eit døme på at dei to logikkane støyter mot kvarandre. Ein kan hevde at på populasjonsnivå er desse problema (kostnaden) likevel mindre enn nytten ved standardisering. Som eg har vist til er dette likevel eit empirisk spørsmål som førebels er udokumentert på dette nivået.

Frå evidensbasert medisin til evidensbasert praksis

¹⁵ I testing av medikament vil ein i gjennomsnitt kunne påvise verknad hos 40-50 prosent i placebogruppa og 60-70 prosent i medikamentgruppa. Dette er vanlegvis tilstrekkeleg skilnad for å gi medikamentet "evidensstatus" (sjå Shapiro og Shapiro, 1997 for oversyn).

Men "evdiensbasert" og "gullstandard" har som nemnt spreidd seg til andre praksisfelt, praksisfelt som ikkje rettar seg mot kroppsobjektet, men har kroppssubjektet som sin "gjenstand", og som nyttar sosiale og psykologiske metodar. Felles for desse metodane er at dei er basert på språk og kommunikasjon, og er tenkt å gjere sine gode verknader ved å få klienten til å tenkje, føle, oppleve og å handle annleis. Spørsmålet blir om det ved slik praksis i det heile teke er interessant å tale om "kontekstfrie" metodar, eller metodar der ein kan generalisere kausale samband mellom tiltak og verknad? Det er lite som tyder på det, og eg skal vise til forskinga på psykoterapi som døme. Det er ei samtalebaseret behandlingsform som blir nytta over eit vidt spekter av psykiske lidingar, rusproblem og individuelle sosiale problem; åleine eller i kombinasjon med medikamentell behandling. Dette har vore ei ekspanderande verksemd, og talet på profesjonelle terapeutar har t.d. i USA auka med 275 prosent sidan midt på 1980-talet, og metodane ein hevdar å ha esoterisk visdom om har kome opp i omlag 400 - ein auke på om lag 600 prosent sidan 1960 (Hubble, Duncan and Miller, 1999).

Her er både useriøse og seriøse aktørar. Innan psykologien er psykoterapi ein av dei viktigaste praksisformene for å legitimere faget (den kliniske psykologien) innan helse- og sosialvesenet. Den seriøse psykoterapien har profesjonelt identifisert seg med eit vitskapleg grunnlag, nedfelt i den såkalla "scientist-practitioner model" frå Boulding-konferansen i 1949 (Boisvert and Faust, 2003). Sidan den tid har det vorte gjort omfattande empiriske studiar (også gullstandard) for å dokumentere effekt av slik behandling, og å gjere verknadsmekanismene eksplisitte. I denne vitskapleggjeringa har ein (ureflektert) lagt til grunn ein "medikamentmetafor", at ein skal kunne påvise kontekstfrie metodar, og metodar som har spesifikk verknad overfor spesifikke problem. Ein har med andre ord implisert kausalitet.

Kva viser denne forskinga? Den er svært omfattande, og eg skal berre vise til nokre hovudfunn som har relevans for drøftinga her.¹⁶ Den første meta-analysen i dette feltet kom i 1977 og vart nytta som eit vendepunkt til å gi verksemda vitskapleg legitimitet. Den viste ganske overtydande at psykoterapi verka og var kostnads-effektiv i behandlingssamanheng (Smith and Glass, 1977). Det som sjeldnare vart vist til frå denne studien var at dei ulike

¹⁶ Sjå Ekeland (1999) for omfattande gjennomgang.

metodane ein samanlikna gav omtrent same resultat, uansett problem. Dette har vist seg verkeleg å vere eit av dei store og vanskelege spørsmåla for den profesjonelle legitimeringa, og ikkje lite data gjennom fleire tiår har gått med til å tilbakevise påstanden om ekvivalente effektar, utan å lukkast. Det skal også nemnast at mange enkeltstudiar har hevda motsette konklusjonar, men dei har som regel ikkje blitt ståande lenge etter prøving mot meir rigorøs metodikk. I dag er konklusjonen styrkt gjennom ein svært omfattande empiri (sjå Wampold, 2001). Eit anna problematisk funn når det gjeld den vitskaplege legitimeringa er at når ein skal forklare utfallsvarians, ser det ut til at den spesifikke terapeutiske metoden ikkje er særleg vesentleg, den forklarar berre 10-15 prosent av variansen, og det er uklårt om denne "verknaden" skuldast spesifikke forhold internt ved metoden eller terapeuten sin tekniske dugleik. I alle høve er det slik at terapeuten og klienten sin tru på metoden, er langt viktigare enn metoden sjølv (Hubble, Duncan and Miller, 1999; Wampold, 2001; Boisvert and Faust, 2003, Strupp, 1995). No kan denne empirien lett leie til den konklusjonen at den terapeutiske metoden er uvesentleg. Det er feil. Mange av metodane og teknikkane ein nyttar i psykoterapi kan vere verksame nok. Poenget er at *når* dei er verksame er så sterkt knytt til kontekstuelle tilhøve at dette "forsvinn" som feilvarians i RCT-design. Forskingsmetoden gjer altså vald på fenomenen ein studere.

Konklusjonen på denne empiriske forskinga gjennom 40 til 50 år er at psykoterapi er det vi kan kalle "kontekstuell medisin" (Wapold, 2001). Dermed er det ikkje grunnlag for generalisering på metodenivå, og standardisering er ikkje i samsvar med denne praksisen sin natur. Der er med andre ord ikkje evidens for evidensbasert praksis på dette området. Det er sannsynleg at dette må gjelde for all praksis som er basert på språk og kommunikasjon. Trass dette har ein innan desse praksisfeltene hengt seg på evidenskarussellen og standardisert metodane ved utvikling av behandlingsmanualar og algoritmar. Manualane har ein henta frå forskinga der ein har nytta slike for å standardisere den uavhengige variabelen (behandling A). For å sikre den eksterne validiteten må ein deretter implementere manualane til klinisk praksis. I realiteten har ein då laga ein ny praksis - ikkje ein praksis som byggjer på klinisk autonomi, men på forskingsbasert produktutvikling. Slik blir dette ein legitimert praksis, men det er ingen ting som tyder på at det er ein betre praksis (m.a. Havik, 2000; Høglend, 1993; Strupp, 1997; Wilson, 1996).

I evidensretorikken på dette praksisfeltet er det påfallende at svært mange av evidensevangelistane som elles argumenterer sterkt med at alt skal vere grunna i empiri, sjølv overser eller ikkje vil trekke konklusjonane av den empirien eg har vist til ovanfor. Det skuldast truleg at ein som historisk ambisjon har identifisert seg så sterkt med sitt legitimeringsprosjekt, at ein heller prøver å fikse på terrenget når det ikkje stemmer med kartet. I botnen av dei problemstillingane eg har drøfta ligg også eit vitskapsteoretisk problem som ofte blir oversett. I vitskap med eit instrumentelt føremål kan ein seie at målet er å påvise at om A, så B (evt. B med sannsynet p). Den teknologiske implikasjonen blir då: om du ønskjer B, gjer A. Ein legg med andre ord til grunn ein samanheng som kan repeterast (determinasjon). Men implisitt legg ein også til grunn at handlinga A er uavhengig av den som handlar, og at det som handlinga er retta mot er utvendig i høve til den handlande. Når vi manipulerer naturen (objektontologi) er dette greitt, den let seg ikkje affisere av kva vi tenkjer om den, og den opptre med ein viss stabilitet på tvers av tid og stad. Men dette grunnskjemaet er heilt forfeila når metoden (A) er samtalen. Ein samtale kan ikkje vere uavhengig av den som talar, og den ein talar til er nettopp ikkje eit utvendig stabilt objekt, men eit fortolkande subjekt. At språk og samtale gir verknadar er sjølvstøtt, men denne verknaden kjem gjennom meining og ikkje gjennom kausale reaksjonar som om vi var gassmolekyl i ein behaldar. I psykoterapi (snakkekuren) er det nødvendigvis meiningsdanning i ulike former som er sjølv ”medisinen”, og kva som er meiningsfullt vilt alltid vere avhengig av personens subjektivitet, situasjonsorientering og historie – og ikkje minst tilhøvet mellom dei som talar saman (m.a.o. subjektontologi). Å standardisere ein slik ”medisin”, er samstundes å avvikle dialogen, snakkekuren blir monologisk manipulering.

Tilsynslogikk

Tilsyn er legitimt, og ofte nødvendig. Her skal eg drøfte om sjølvne formene eller systema for tilsyn formar det ein skal ha tilsyn med, og om dette er legitimt. Først om nokre viktige omgrep. Den nemnde tillitsbresten har ført til ei skjerpa overvaking og tilsyn med profesjonane sitt virke frå samfunnet og ulike interessentar. Pasientane sine rettar er regulert og teken i vare med ny lovgjeving (Lov om pasientrettar), eit uttrykk for at ein ikkje lenger har tillit til at dette går av seg sjølv. Pasientar og brukarar er ikkje berre sikra retten til å vere deltakar i si eiga behandling, men også å bli informert og kunne ha innsyn i journal og andre tilhøve som vedkjem dei. Likeeins kan betalar i større grad krevje innsyn og dokumentasjon

slik at ein kan etterprøve om det ein betalar for både har vore gjort, og gjort godt nok (Lov om helsepersonell). Dei nye tilsynsregima har såleis både ei fagleg og ei økonomisk grunngeving. Fagleg tilsyn (Helsetilsynet) skal sjå til at alt går rett føre seg, at kvaliteten er bra, og kunne vurdere grunnlaget for klager på behandling og behandlarar. Svaret på skjerpa tilsyn og overvaking *utanfrå*, skal vere auka aktivitet *innanfrå* (i verksemda) som både skal betre kvaliteten og dokumentere dette, og gjere tilsyn utanfrå muleg. Nye omgrep, rutinar og prosedyrar frå andre verksemdsområde har sive inn i helse- og sosialvesenet i form av internkontroll, kvalitetssikring, kvalitetsovervaking og styring, og kvalitetsutvikling. I dette ligg det ikkje berre tilsyn, men eit aktivt element der ein ønskjer å påverke aktørane og systema slik at ein kan førebyggje feil og dårleg kvalitet.

Vi kan seie at summen av dette er ei reorganisering av tilhøvet mellom profesjonane og samfunnet der den omtalte profesjonsautonomien blir nedbygd og avgrensa. Den nye situasjonen blir i faglitteratur ofte omtala med referanse til omgrepa "accountability" og "transparens." Ezekiel og Emanuel (1996) framhevar accountability-omgrepet sin nye status på dette viset: "In matters of justice, "equality" is a keyword. In medical ethics, "autonomy" is a keyword. In health policy, "accountability" has become a keyword" (s. 229).

Etterkvart har det vakse fram ein omfattande litteratur med utgangspunkt i dette om grepet (t.d. Day and Klein, 1987; Gray, 1991; Harlow, 1999; Light and Aasland, 2003; Ezekiel og Emanuel, 1996; Emanuel, 1996, Sharpe; 2000).

Accountability handlar om ansvar, men ikkje berre om ansvar. Meir presist gjeld det korleis ein som er ansvarleg skal handle overfor den eller dei ein har ansvar overfor. Ein skal ikkje berre vere ansvarleg for det ein gjer, men sjølv ha ansvar for at ein kan gjerast ansvarleg. I dette ligg det altså eit aktivt element som tilseier at den ansvarlege både skal kunne grunngje og dokumentere handlingane sine, og stille seg slik i høve til desse handlingane at den eller dei ein er accountable overfor skal kunne stille ein til ansvar. Accountability gjeld altså relasjonar, og desse kan inngå i hierarkiske system. Ein lege er t.d. accountable overfor pasienten sin, overfor helsetilsynet og eigen profesjon og standardar der, overfor arbeidsgjevar (sjukehuset), som igjen er accountable overfor eigarar, overordna fagleg og politisk mynde, som igjen er accountable overfor samfunnet. Ezekiel og Emanuel (1996) har utvikla ulike modellar for accountability i høve til kva domene eller ansvarsområde som er i

fokus, og kva slags aktørar og relasjonar som er involverte. Når det gjeld helsesektoren er det i det minst seks ulike domene som er aktuelle: profesjonane sin kompetanse, etikken og praktisering av rettsreglar, økonomisk atferd, portvaktfunksjonar, tilgang på tenester og kostnads/nytte i eit samfunnsperspektiv. Utifrå denne analysen utviklar dei ulike modellar for accountability (The Professional Model, The Economic Model og The Political Model). Poenget deira er at desse ulike modellane må vere ulike utifrå kva slags domene og kva slags relasjonar dei handlar om. Ofte kjem dei i konflikt med kvarandre, t.d. økonomisk accountability i høve til fagleg accountability. Det er eit stort mistak, hevdar dei, at ein blandar saman modellar eller nyttar same modell for å dekke ulike domene og ulike typar relasjonar. Etter deira syn har utviklinga dei siste åra ført til at "the economic model of accountability has also become increasingly prominent if not quite dominant" (s. 233).

Vektlegginga av transparens heng nøye saman med accountability, men dekkjer ikkje det same (Stirton and Lodge, 2001). Vi kan seie at transparens er ein føresetnad for accountability, eller eit virkemiddel i slike system. Men transparens har også andre føremål. Gjennom transparens skal ein ikkje berre sikre innsyn for overvaking og kontroll, men også at tenesteytarane er responsive overfor tenestemotakkarar, at der er ein tovegs prosess (t.d. brukarstyring). Det kan også handle om at ein får marknadsmekanismane til å fungere. Skal brukarane kunne oppføre seg som forbrukarar treng dei forbrukarinformasjon om tilgang og kvalitet på tenester slik at dei veit kva dei skal velje mellom. Kvalitetsmål og kvalitetsrating blir då eksempel på slike system. Likeeins skal transparens sikre informasjon og data frå andre relasjonar der accountability gjer seg gjeldande. Stirton og Lodge (2001) omtalar transparens-systema som kontrollsystem med følgjande element: *director*, som skal definere systemet sitt føremål; *detektor*, som gjeld instrument som skal skaffe data om tilstanden og rapportere til kontrolleininga, og *effektor*, som skal sette i verk instruksar frå kontrolleininga. Transparens er såleis også ein styringslogikk; ein logikk basert på den panoptiske maktesen om at di meir vi blir overvaka dess betre vil vi oppføre oss.

Når det gjeld legen si nye rolle har den blitt omtala slik:

"Den nye legen baserer seg på kvalitetsmål og retningslinjer utviklet av kliniske forskerteam, med rom for klinisk skjønn der det er nødvendig. Det sentrale er etterretteligheten (accountability), det vil si alltid å kunne dokumentere hva som gjøres og hvorfor. Jo mer man fraviker fra det som er standard prosedyre, desto viktigere blir det å dokumentere. Det lukkede roms tid er forbi. (...) Man kan si at profesjonaliteten blir gjenfødt gjennom å imøtekomme kjøpernes krav om kunnskapsbaserte prosedyrer og bedre resultater.

Forskerteam ledet av leger, akademiske sentre og spesialistforeninger er nå opptatt av å finne hvilke intervensjoner og protokoller som er mest effektive" (Light og Aasland, 2003; s. 1873).

Og om ein då "finn" slike intervensjonar og protokollar vil dei som regel heite "evidensbaserte". I helsetilsynet sin logikk er det då tilforlateleg å implementere dei gjennom standardisering, slik det er argumentert for i dette dokumentet om "Kvalitetsforbedring i klinisk praksis":

"Erfaringen viser at standardiserte behandlingsprogrammer som regel er gyldige for mer enn 80 prosent av pasientene de er beregnet for. De øvrige pasientene har gjerne tilleggsproblemer eller spesielle behov som tilsier at de trenger noe mer eller noe annet enn standardtilbudet. I slike tilfeller må de aktuelle medarbeiderne finne fram relevante alternativer. Handlingsprogrammer kan altså ikke erstatte klinisk kompetanse. De skal heller ikke overstyre medarbeidernes kliniske skjønn, men være et hjelpemiddel til å gjennomføre arbeidet på en enkle og sikker måte"(, "Kvalitetsforbedring i klinisk praksis". Statens helsetilsyn, 5- 2001, s. 21).

Her er det ikkje overdriven omsut for subjektiveringa, anna at ho sjølvsagt ikkje skal gløymast. Spørsmålet blir likevel om ikkje denne utstrekte objektiveringa nettopp stel så mykje merksemd at klinikaren får problem med kvar han skal feste blikket, og at pasienten lid under det. Dei som har vore til fastlegen sin det siste året har kan hende lagt merke til at han ser meir i datamaskinen enn på deg; og det han skriv i datamaskinen gjeld nettopp accountability og transparens: han må dokumentere og informere datamaskinen (journalen) om at han har informert.

Denne nye situasjonen føreset enorme mengder med data og målingar, og eit veksande byråkrati for å handtere det målte. Dette har sjølvsagt ei kostnadsside, men det er heller sjeldan at ein tek seg bryet med å måle kostnadane ved å måle. Her skal den sida ikkje utdjupest. Derimot er det tydeleg at mange av desse måleprosedyrane også trenger seg inn i den kliniske logikken. Ein ting er at profesjonsaktørane som tilsette må levere veksande mengder med data om seg sjølv og verksemda si. Ein annan ting er at ein også blir agent for den interne omgjevnaden for å skaffe data frå pasientane. Skjemaveldet gjer seg såleis gjeldande også i det kliniske romet, i tilhøvet mellom pasient og behandlar. Dette skjer på mange vis, m.a. ved standardiserte intervju, spørjeskjema og/eller skalaer for sjølvutfylling¹⁷. Mange av desse "instrumenta" er utvikla for forskingsføremål, m.a. for å måle endringar i dei

¹⁷ Som døme frå psykiatrien kan nemnast "Mini scid", "SCID- I"(for identifikasjon av symptomlidingar) og "SCID- II" (ved personlegdomsdiagnostikk), "symptom-sjekklistre" som SCL-90 eller for depresjon Beck`s

avhengige variablene i RCT-studier. Eit utval av desse er vist til i figur 4.

<ul style="list-style-type: none"> ■ HSCL (Hopkins symptom checklist) ■ PSS (Psychiatric status schedule) ■ TC (Target complaints) ■ TSC-35 (Trauma symptom checklist-35) ■ MMPI (Minnesota multiphasic personality inventory) ■ KAS (Katz adjustment scales) ■ PA (Personality adjustment) ■ RSS (Role skills scales) ■ SCL-90 (Symptom check list 90) ■ EDE (Eating disorder examination) ■ EDI (Eating disorder inventory) ■ PANSS (Positive and negative syndrome scale for schizophrenia) ■ SCID II (Structural clin. interview for DSM axis II) ■ ADIS-R (Anxiety Disorder Interview Schedule) ■ DPRS (Derogatis psychiatric rating scale) ■ GHQ (General health questionnaire) ■ PSE (Present state examination) ■ POMS (Profile of mood states) ■ HADS (Hospital anxiety depression scale) ■ BDI (Beck depression inventory) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HDR (Hamilton depression rating) ■ HAR (Hamilton anxiety rating) ■ DSQ (Defense style questionnaire) ■ RS (Rosenberg self-esteem) ■ CPSAS (Clarke personality and social adjustment scale) ■ EPQ (Eysenck personality questionnaire) ■ IIP (Inventory of interpersonal problems) ■ MCMI (Millon clinical multi-axial inventory) ■ GAF (Global assessment of functioning) ■ FES (Family environmental scale) ■ GLQ (Global life quality) ■ FPI (Freiburg personality inventory) ■ SASB-Intrex (Structural analysis of social behaviour-Intrex) ■ SSTAI (Spielberg state-trait anxiety inventory) ■ RSQ (Registration card questionnaire) ■ APPP (Assessment to psychotherapy for psychotic patients) ■ EPSIS (European parasuicide study interview schedule)
--	---

Figur 4: Den skalerte verden - døme på måleinstrument i psykisk helsevern

Dei høyrer i utgangspunktet til forskingslogikken og skal seie noko om skilnadar på gruppenivå. No blir dei gjennom evidenslogikken transportert inn i den kliniske logikken. Har dei noko å gjere der? Eg skal ikkje vere prinsipielt avvisande til det, om klinikaren sjølv skjønar føremålet med dei, og korleis slike "instrument" er konstruert. Utan å ha anna enn tilfeldig erfaringsempiri å byggje på, ser det ut til at mange klinikarar ikkje veit heilt kvifor dei nyttar ein del av desse reiskapane. Nokre hevdar dei er pålagde å gjere det, utan at dei heilt skjønar av kven og for kva føremål. Andre har latt seg inspirere av kollegaer, og sidan tilvising til desse har blitt ein del av den nye språkbruken, må ein henge med. Nokre viser til kvalitetssikring, andre til resultatdokumentasjon - og ein del til nytten for seg sjølv som klinikar. Det som bør seiast er at i psykiatrien gjeld desse instrumenta ei objektivisering av pasienten sin subjektivitet; slik eg tidlegare har gjort greie for. Dei seier i prinsippet ikkje noko om kva som er unikt med denne pasienten, men kva han har tilfelles med andre som skalaene er standardiserte for. Etter å ha studert helsetilsynet sine tilrådingar om skalaer og skalabruk, kommentere Jan Inge Sørbo slik:

"Det er altfor lett å latterleggjere kriterielister av denne typen, særleg når dei opptrer med formaliserte koder. Det er forståeleg at helsepersonell må ha pålitelege manualer å rådføra seg

skala, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) eller Hamilton Rating Scale for Depressions (HAM-D).

med. Men ein greier likevel ikkje fri seg frå ei viss fabrikkmessig kjensle når ein les slike dokument. Og det kan ikkje vera tvil om at vi her, i det praktiske materialet, står overfor noko som er temmeleg fjernt frå "individuell behandling" og pasientens innverknad på denne." (Sørbø, 2002, s. 313).

Og kan hende er nettopp noko av denne kjensla tilsikta. I eit mjukt område som psykiatri kan skalaene fungere som stetoskop-erstatning og gi illusjonar om vitskap og moderne "produksjon". Blant ein del fagfolk har det dessutan utvikla seg ein skala-metafysikk der ein også har laga seg førestellingar om at dei kan "avdekke" ein underliggande patologi. Mens det tidlegare litt karikert var slik i dette feltet at "sanninga" låg så djupt nede i sjela at berre psykoanalytikaren kunne nå ho, ligg den i evidensens tid så djupt inne i datamatriksen at berre statistikaren kan finne ho fram.

I prinsippet kan slike skalaer ikkje seie noko som ikkje elles kunne ha kome fram i samtale mellom pasient og behandlar. Sjølv om ein er samd i det, vil ein likevel kunne hevde at instrumenta gjer dette meir effektivt og reliabelt. Det er eit poeng, men samstundes ser ein då på informasjonsinnhenting som eit reint teknisk problem. Ein ser bort frå at sjølve dialogen og prosessen (og ikkje berre innhaldet) har ein eigenverdi i den kliniske logikken. Sjølv om einskilde pasientar kan la seg imponere og bli forført til tillit av den teknologiske illusjonen som instrument kan gi inntrykk av, er det rimeleg å stille spørsmål om ikkje dette også bidreg til framandgjering av kva psykiske problem og samtalebehandling reelt sett handlar om - og at fokuset på pasienten blir endå vanskelegare. Ein forskar på allmennmedisin, Edvin Schei, konkluderer slik: "Strukturelle maktforhold tvinger legene til å konsentrere seg om sykdomskategorier, fysiologi og teknisk effektivitet, slik at samspillet med pasienten preges mer av observasjon og administrasjon enn av dialog og gjensidig forståelse." (Schei, 2001, s. 1123). Eit hjartesukk frå ein behandlar illustrerer poenget: "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".¹⁸

Om desse formene for objektivisering og teknologisering har avgrensa nytte i den kliniske logikken, og dels bør vere framandelement i psykisk helsevern, er det liten tvil om at dei kan

vere nyttige dataleverandører for forskning, kvalitetskontroll og resultatstyring (sjå seinare). I høve til mitt overordna perspektiv har vi då eit døme på at det er andre logikkar som har trengt seg inn i den kliniske og et den opp innafrå.

Eg har prøvd å vise at desse nye logikkane for tilsyn fører til prosedyrar for overvaking og kontroll som inneber måling og kvantifisering i eit svært stort omfang. I evidensens tid blir kvantifisering opphøgd som røyndom. I dette ligg det mange problem, m.a. det velkjende ved all måleproblematikk: at sjølve måleprosedyren formar det den skal måle. Eit døme frå Helsetilsynet si evaluering av barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) kan gi ein refleksjon om dette.¹⁹ I denne tilsynsrapporten får BUP-sektoren hard kritikk både i høve til produktivitet og fagleg arbeid. Mykje av dette kan vere rett. Eit interessant poeng er at mykje av evalueringa byggjer på journalinnsyn. Journalen har med andre ord blitt "røyndomen" i dei nye systema. Det er også verdt ein kommentar at i kritikken blir det lagt vekt på at ein ikkje finn skikkelege diagnosar, og for få alvorlege diagnosar - og at dette ikkje er truverdig og kan hindre at pasientane får dei tiltaka som diagnosen krev. Dei som kjenner barne- og ungdomspsykiatrien vil vite at ein i denne sektoren, meir enn i vaksenpsykiatrien, har vore skeptiske til den biomedisinske diagnosetradisjonen. Ein har i større grad arbeidd etter systemteoretiske og relasjonelle kunnskapsmodellar der ein er problemfokuserert og freistar sjå barnet si atferd i lys av familie og kontekst. Ein har, av faglege grunnar, vore reservert mot ei for sterk individualisering - og av etiske grunnar vegra seg mot å påføre barn og unge dei stigmatiserande konsekvensane som psykiatridiagnosar kan føre med seg. Når helsetilsynet har sagt sitt, er det vel neppe uventa om ein del av institusjonane disiplinerer seg og fell meir lojale inn under den biomedisinske omgrepsarkitekturen. Ingen likar å få kritikk. Evaluering og tilsyn har då blitt fagleg definering og disiplinering.

Det er ein vesentleg skilnad mellom å måle kvaliteten på sveisesaumar og liknande i fysiske og teknologiske system, enn når "gjenstanden" er sosiale og humane system. Vi har tidlegare drøfta problema med at pasientar blir objektivisert på urimelege og uheldige måtar. Her handlar det om at klinikaren sjølv blir gjort til objekt. Prosedyrar for kvalitetssikring byggjer eigentleg på mistillit. Spørsmålet blir om dei også *produserer* mistillit. Arbeidslivsforskarane Sørensen og Grimsmo (2001) hevdar i alle høve at desse nye konseptane for kvalitetssikring ber

¹⁸ Henta frå Johannessen, B.F. , notat mai 2004

¹⁹ "Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problem i 2002" (Statens Helsetilsyn, mars 2003).

i seg ei rekke paradoks. Medarbeidarar blir "invitert" til å overvake kvarandre på vis som aukar sjansane for konflikhtar, og arbeidsgleda blir forsura når velutdanna arbeidskraft med fagleg ærekjensle må underlegge seg system og prosedyrar skapt av administratorar utan fagleg kompetanse, og som symbolsk seier: vi lit ikkje på deg. Det blir også eit einseitig fokus nettopp på det arbeidet som kan formaliserast i sjekklister, mens det som fell utanom blir eit ingenmannsland ingen lenger kjenner ansvar for, og jakta på syndebykkar tilsvarande vanskeleg når noko går gale. Korleis spelar dette inn i den kliniske logikken? Det trengs det studiar til å kunne dokumentere, men det er ikkje ein urimeleg hypotese at ein kliniskar under regime av strukturell mistillit er mindre i stand til å skape tillit i den kliniske relasjonen. Autonome subjekt har best føresetnader for det.

Ein kan seie det enkelt: kvalitetssikringsprosedyrar er laga slik at dei som ikkje kan det, skal kunne overvake dei som kan det. Sjølv om det er mange viktige ting som ikkje kan målast og kvantifiserast, vil det temmeleg sannsynleg utvikle seg ein kultur der det som *kan* kvantifiserast, *blir* viktig. I jakta på *kvaliteten* kan vi då kome i den paradoksale situasjonen at vi misser vår intuitive forståing av kva kvalitet handlar om. Jan Inge Sørbo hevdar at det alt har skjedd:

"Kvalitet er eit ord som heilt har skifta meining etter at amerikanske næringslivsfolk oppfant fenomenet "kvalitetssikring". Medan ordet endå var i si uskuldstid, tydde det at noko var godt, etter kriterium knytt til fenomenet sjølv: Eple var gode ved at dei smaka godt, undervisning var god ved at den var fagleg velfundert og vel framført, handverk var godt når det var grundig utført og gav eit vakkert resultat osv. Etter kvalitetssikringa vart oppfunnen, tyder kvalitet at ein eller fleire personar har kontrollert fenomenet etter eit administrativt system, og kryssa av i dei rette rubrikkane. Som regel har desse personane ei administrativ utdanning, og er ikkje spesialistar på eple, handverk eller fag" (Sørbo, 2002, s. 316).

Styringslogikk

Sidan tidleg på åttitalet har offentleg sektor gjennomgått store omstillingar, ikkje berre i Noreg, men i dei fleste vestlege land. Hos oss har noko av endringane vore i form av tilpassing, men også gjennom ulike statlege initiativ og program framført av ulike regjeringar. Det forførande ordet for slike initiativ er "modernisering". Eit stikkord om utviklinga er *deregulering*. Verksemdsfelt som bank og kreditt, energi, media, post, tele og samferdsel har anten blitt privatisert eller fristilt frå statleg overstyring og regulering. Politikken dreg seg ut, og marknaden tek over som regulator. Dereguleringa er samstundes ei avpolitisering.

Velferdsstaten sine kjerneområde har lenge vore skjerma for dette, men grensene mellom offentlig og privat blir stadig prøvd også her. Det er likevel ikkje slik at skilnaden mellom styring gjennom marknad eller gjennom politikk fell saman med grensene mellom offentlig og privat sektor. Det som dei siste åra har vore framtrudande er nettopp at marknadens logikk blir implementert *innanfor* offentlig sektor. Denne nye styringslogikken blir gjerne omtala som *New Public Management* (NPM), er eit internasjonalt fenomen, og kan identifiserast som det styringsideologiske grunnlaget for den såkalla sjukehusreforma (Lov om helseforetak) som vart sett i verk frå 1. januar 2002.

NPM er ikkje eit homogent program for omforming av offentlig sektor, men ei litt laus nemning på eit sett av idear og reformer som har spreidd seg i vestlege land dei siste 20-25 åra, og som har sin bakgrunn i ein ambisjon om å etablere kontroll med kostnadsveksten i offentlig sektor og målrette ressursbruken. Det var særleg krise i verdsøkonomien etter oljeprissjokket tidleg på syttitalet som utløyste bekymring for framtida. I etterkrigstida bygde dei fleste vestlege land opp velferdstenester og dermed ein sterk vekst i offentlig sektor. Oljekrise førte til ei politisk reorientering i OECD-landa, bygd på at ein no miste trua på at det økonomiske grunnlaget for denne veksten kunne halde fram. NPM må sjåast i kontekst av dette, men som omgrep bør det reserverast til å gjelde intenderte initiativ til ein ny styringslogikk som inkorporerer vesentlege element frå bedriftsøkonomisk tenking, eller styring gjennom marknadsprinsipp. Sjølv om tenkinga i NPM har gjort seg gjeldande på tvers av politiske skiljelinjer, har den samstundes blitt opphøgd til politisk ideologi der prinsippa fell saman med ein generell økonomisk liberalisme i politikken, slik denne eksplisitt kom til uttrykk i England under Margaret Thatcher, i USA under Reagan, og etterkvart som stovereint tankegods ikkje berre på høgresida i norsk politikk, men også langt inn i arbeidarpolitikken.

Målet for NPM-funderte tiltak er å få mest muleg ut av det som staten betalar for - til (for)brukarane sitt beste. Teorien er at offentlig verksemd skal leiast mest muleg på same vis som i privat sektor. Ein skal skape eller simulere marknadssystemet mest muleg, nytte prinsipp for leing og styring frå private bedrifter, og tilsvarende metodar til å måle og å kontrollere resultatoppnåing. Hovudvekta er på økonomisk effektivitet, auka bruk av marknadsmekanismar for å få dette til, og auka vekt på brukaromsyn - dvs. at tenestene skal tilpassast brukarane sine behov. I dette blir borgarane "kundar". Mens tilhøvet mellom stat og borgar tidlegare var ramma inn av ein politisk språkbruk, blir borgaren no forstått som ein

økonomisk aktør. Og kundar skal betenast, og helst betenast godt slik at ein får dei til å oppføre seg slik kundar bør gjere om marknaden skal kunne fungere (dvs. velje det beste og billigaste). Gjennom større responsivitet frå brukarane som marknad vil leverandørane skjerpar seg, konkurrerer om å vere best, og slik skape betre tenester på kostnadseffektiv vis. Skal dette fungere krev det *fristilling* frå overdriven politisk regulering, og eit leiarskap med tydelegare forplikting på resultat og økonomisk balanse. Einskapleg leing er modellen for dette, eit leiarskap som har lik form på alle nivå med eit tydeleg beslutnings- og resultatansvar²⁰.

NPM har generelt hatt betydning i dei vestlige landa, særleg dei økonomiske ideane, men blitt tilpassa nasjonale særtrekk og strukturar. Fram til i det siste har Noreg vore sett på som ein forsiktig reformator (Christensen og Lægereid 2001). Sjukehusreforma er likevel eit tydeleg døme på eit intendert NPM-initiativ (Eilertsen, 2003). Det politiske ordskifte forut for reforma hadde fokus på eigartilhøvet, og om staten var betre eigna enn fylkeskommunen til å handtere denne sektoren. Svarteperspelet mellom forvaltningsnivå og lokal politisering av sjukehuspolitikken vart sett på som lite rasjonelt, det gav dårleg ressursutnytting og lange ventelister. Reforma vart av styresmaktene presentert som ein "eigarreform" og ein "ansvarsreform", og med symbolverdien knytt til omgrep som "rasjonalitet" og "effektivitet".

I og med at staten no tok over styringa kunne det gi publikum forventningar om sterkare politisk styring. Resultatet vart motsett. Innføring av føretaksmodellen, andre lovendringar og finansieringsordningar har omforma sjukehussektoren til fristilte statleg eigde føretak som skal drivast etter bedriftsøkonomiske prinsipp. Dette norske initiativet er langt frå norsk, men modellert etter tilsvarende i mange andre land, først og fremst i England og New Zealand (Sen, 2003). I ein analyse av den norske reforma blir det utan atterhald konkludert med at den er i samsvar med hovudinnhaldet i NPM (Vareide, 2001). Pasientane har blitt kundar i den tyding at dei fritt kan velje sjukehus. Sjukehusa får ansvar for eigen økonomi, skal kunne konkurrere innbyrdes om pasientane, tilpasse sine tenester til nisjar i marknaden, og innan gitte lovpålagde grenser operere friare både internt og eksternt i høve til kva som er bedriftsøkonomisk fornuftig. Eit vesentleg moment i dette er endra finansiering. Sidan pasientane i Noreg ikkje sjølve betalar for seg, betalar staten no på vegne av oss gjennom systemet med innsatsfinansiert finansiering ("pengene følger pasienten"). Dette systemet, som

²⁰ Einskapleg leing vart innført gjennom ei endring i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9) per 1. januar 2002.

ein gradvis tok i bruk frå 1997, har blitt forsterka. Mens ein tidlegare fekk omlag 30 prosent av inntektene sine knytt til produksjonen i løpet av siste år, har andelen blitt gradvis auka og var kome opp i 60 prosent i 2003²¹. Operasjonelt blir dette styrt gjennom DRG-systemet,²² som enkelt sagt inneber at diagnosen har blitt ein økonomisk kategori (sjå tidlegare). Den økonomiske logikken trengjer med dette også inn i den kliniske logikken ved at ein ikkje lenger berre skal "tene pasienten", men også "tene pengar på pasienten". Logikken om at "produktet" skal forbedrast og effektiviserast gjennom marknadsmekanismar har ført til eit særskilt stort behov for målesystem og eksplisitte standarar. Desse skal tene ulike formål, eit av dei at det er muleg å samanlikne produsentane for å stimulere konkurransen (benchmarking). For å få marknadsmekanismane til å fungere internt, innfører ein kundelevrandør kontraktar, internfakturering og forbod mot kryssubsidiering.

Det er reist tvil om NPM-systemet, utifrå sine eigne ambisjonar, har vore vellukka i helsevesenet både i Noreg og andre land (Eilertsen, 2003). Det skal eg ikkje drøfte her. Spørsmålet som er interessant i denne samanhengen er om denne nye styringslogikken grip inn i den kliniske logikken på måtar som kan endre denne. Det er ikkje vanskeleg å finne enkelt døme på dette, t.d. misbruk av DRG-systemet slik det har blitt avdekt dei siste åra. Slikt kan sjølvsagt tilskrivas "brodne kar", men det kan også vere ein indikasjon på ein strukturell konsekvens av systemet sjølv, nemleg at dei økonomiske og bedriftsøkonomiske kalkylane no har flytta inn i "produksjonen" i større grad enn før. Og produksjonen går jo føre seg innanfor den kliniske logikken. Og språket har endra seg: "produksjon", "resultat", "marknadsandel" osv er uttrykk for ein bedriftsøkonomisk diskurs som er i ferd med å bli ein del av daglegspråket i institusjonane. Dette er eit språk som sjølvsagt skurrar mot dei faglege diskursane som dei ulike profesjonane identifiserer seg med, og kan føre til at "produksjonen" et opp den faglege refleksjonen. Språk speglar ikkje berre røyndomen, men formar den og definerer korleis vi skal tale om den. Språk er såleis ikkje berre makt, men makt set seg igjennom som språk. Når nytale etterkvart blir vanleg tale, tek ein også lettare språkversjonane for gitt som realitetar.

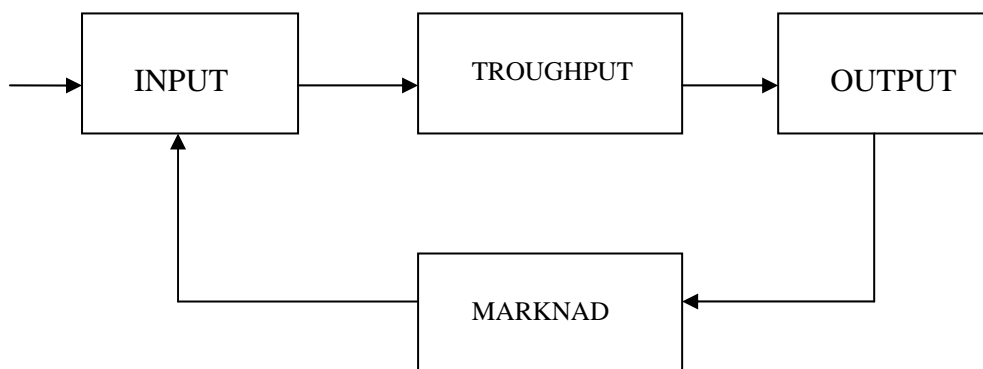
Som ein konsekvens av reforma (og i samsvar med NPM) er nettopp maktbalansen endra; profesjonane si makt som faggruppe i organisasjonane er svekt. Einskapleg leiing med

²¹ Tilsvarande system er på veg inn i høgere utdanning og vil truleg få store konsekvensar for forskinga.

²² Psykiatri er halde utanfor dette, men tilsvarande er også under diskusjon når det gjeld slike diagnoser.

lojalitet til botnlinja har detronisert den faglege leiinga til premissleverandørar²³, og dette har vore ein klår intensjon. For å seie det litt karikert har behandlarar no først og fremst blitt produksjonsarbeidarar med større krav på seg til lojalitet overfor bedrifta sine marknadsstrategiar og produksjonsteknologi. Økonomi og administrasjon var i det gamle sjukehuset relativt små avdelingar som heldt til i "femte etasje". No står dei, for å bruke eit bilete, å lyttar utanfor behandlingsromet med sine skjema og taksameter. Makta sitt språk har den sosialpsykologiske konsekvensen at det over tid ommøblerer tankegangen hos aktørane slik at det som ein gong var nytt, seinare blir tatt for gitt. Samstundes vil dei som søker makt (og karriere), gjere dette gjennom lojalitet til makta sitt språk.

Sjukehusa er komplekse system med komplekse oppgåver. Produksjonslogikken i NPM er relativ enkel, og kan illustrerast ved hjelp av figur 5. I denne enkle feed-back modellen har marknaden funksjonen som seleksjonssystem; det systemet som selekterer og transformere informasjon tilbake til effektorsystemet, eller "produksjonen".



Figur 5: Illustrasjon av produksjonslogikk.

Skal produksjonen bli effektiv tilseier modellen at relasjonen input-troughput-output ikkje er tilfeldig, men så kontrollert som muleg. Gitt at kriteria for beste output er gitt, vil effektiv produksjon vere å transformere input til output gjennom ein "troughput" prosess som både er kostnadseffektiv og som kan repeterast, dvs. standardiserast mest muleg for ekvivalente einingar av input. Nyta om produksjonen i helsesektoren er det pasientane som er input, eller meir presist diagnosane deira. Diagnosen blir nødvendig, ikkje berre av medisinske og faglege grunnar, men av økonomiske og produksjonsteknologiske grunnar. I prinsippet kan sjukehusa

²³ Dette har alt skapt ein del konflikter, også med rettslege etterspel.

spesialisere seg på diagnoser; innstille produksjonsteknologien på å bli gode på hofter eller rygg. Skal ein kunne måle produksjonseffektiviteten aukar dette med andre ord behovet for å måle og å klassifisere input - diagnosen blir ei "råvare" som skal transformerast til produktet "frisk". Kva "frisk" er kan ikkje overlatast til skjøn eller konsensus mellom behandlar og pasient, det er samstundes "resultat" i målstyringstermar. Difor må det kunne uttrykkast i eit språk som gjer det muleg å overvake om produksjonsteknologien er effektiv, og slik at ein kan kommuniserer til marknaden "kor flinke vi er", eller at vi er "betre enn andre"; og slik få staten til å betale på vegne av oss alle. I realiteten er dette ein kvasimarknad der det er staten sjølv som opptreer som kunde og marknad, ein marknad som er skapt først og fremst for å disiplinere aktørane gjennom konkurranse.

I denne logikken blir det rasjonelt å standardisere produksjonen mest muleg, særleg om standardproduksjon også ber bod om best muleg resultat, kvalitativt sett. Her kjem "evidensbasert praksis" inn. Dette er jo "produksjonsteknologi" som ikkje berre er vitenskapleg, men også dokumenterte som "best treatment". Og når slik teknologi finst, og evidensmakarane gir jo bod om det, er det sjølv sagt at ein kvar bedriftsøkonom vil ivre for å standardisere den. Ein kan jo ikkje ta seg råd til at alle skal drive med skreddarsaum etter eigen design når konfeksjon gir best resultat, vil ein kunne sei frå det haldet - logisk nok. Dette er nok den viktigaste grunnen til det ein no kan observere som noko nytt i kommunikasjonen innan helse- og sosialsektoren: at helsebyråkratar på alle nivå har endra språkbruken sin og i større grad tek seg den "fridom" ein ikkje gjorde før: å be fagfolk gjere greie for metodane sine.

Den produksjonslogikken som eg har destillert ut her, utfordrar ikkje alle typar behandling i helsevesenet like mykje. Når det gjeld hofteoperasjonar, eller andre tilsvarande inngrep, vil variasjonen mellom pasientar vere relativ liten, og framgansmåten tilsvarande muleg å repetere. Innan visse grenser vil standardisering kunne vere eit gode, og gi fleire operasjonar til fleire pasientar som resultat. Det bør heller ikkje vere negativt om produksjonspresset t.d. fører til at kirurgar brukar meir tid på å operere, og mindre tid på byråkrati og papirarbeid. Det er likevel ikkje sikkert at det går slik. Summen av alle målebehova eg har skissert skaper også eit stort byråkrati, og det er fagfolk som må levere (og skaffe) mykje av dei data som skal inn i målesystema. Generelt kan ein likevel seie, med referanse til drøftinga av den kliniske logikken, at dess meir ein står overfor lidingar der objektiveringa gjeld objektontologi og

subjektiveringa er mindre viktig for resultatet - dess mindre vil den kliniske logikken bli råka. Men store delar av helsevesenet handlar ikkje om slike behandlingssituasjonar, og i psykisk helsevern og rusvernet, er situasjonen motsett. Her handlar det ikkje om problemsituasjonar som refererer til ein objektontologi, og behandling må vere skreddarsaum og ikkje konfeksjon rett og slett fordi det er "best treatment".

I drøftinga av tilsynslogikkar tok eg opp den auka vekta det har blitt på målesystem og standardiserte framgangsmåtar i alle ledd av "produksjonen". I psykisk helsevern er dette ikkje berre eit press utanfrå, men også realitetar innanfrå i og med at skalaer og instrument skal fyllast med data frå pasientane sjølve. Kva som blir grunngeve i tilsyns- eller styringslogikkar er ofte uklårt, og systema overlappar truleg kvarandre. Summen er likevel at veggane til det kliniske romet har blitt tynnare, og grensene mellom det kliniske systemet og omgjevnaden blitt meir utydeleg. Kva dette gjer med den kliniske logikken og klinikaren sitt tilhøve til pasienten, er det førebels lite empirisk dokumentasjon på. Det er likevel liten tvil om at presset har auka utanfrå, og at dei nye regima også er disiplineringssystem som berre kan nå sine mål dersom aktørane (klinikarane) endrar atferd.

Det er freistande med eit lite historisk attersyn til noko som liknar. I 1920-åra førte veksten i kapitalismen til vitskapleg fokus på effektiv organisering av industriell produksjon. Ingeniøren Fredric Taylor skapte seg eit namn i denne perioden gjennom programmet *Scientific management*, eit program som gav opphav til tidsstudiar og rasjonalisering basert på empiriske data. Tilsvarende program vart lansert for sjukehus av Ernest Codman i 1912 (Sharp, 2000). I ettertid kom slike system i miskreditt av ein enkel grunn: dei verka ikkje fordi folk reagerte negativt og oppførte seg annleis enn kalkylane tilsa. Vi kan truleg seie det så enkelt: dei fann seg ikkje i å bli objektivererte. Vi har tidlegare drøfta problemet med at klinikarar objektiverer sine pasientar. Det er mykje som minner om scientific management i den styringslogikken som er diskutert her, men her er det klinikaren som i så fall er gjenstand for objektiveringa. Svekt autonomi og auka press på standardisert atferd er indikasjonar på det. Spørsmålet blir om "hemnen frå objekta", som Hans Skjervheim har uttrykt det, rettar seg oppover, eller fører til meir objektivering av pasientane. Sjølv om eg for min del har registrert mykje uro blant fagfolk overfor det som no skjer, ikkje minst i psykisk helsevern, er lojaliteten til systemet forbausande stor og "protestane" meir av det spreidde og individuelle slaget. Det kan ha noko å gjere med korleis det moderne arbeidslivet er organisert. I kunnskapsbedrifter er den i større grad individualisert, og aktørane blir jo nettopp inviterte til

å konkurrere med kvarandre. Då forsvinn dei sosiale og materielle føresetnadane for den kollektive forskansinga som Sverre Lysgaard i si tid gjorde vidt kjent gjennom omgrepet "arbeidarkollektivet" (Lysgaard, 1967). Systemet vil slik disiplinere aktørane på individnivå, og fungere som ein form for strukturell atferdsterapi.

Konklusjon

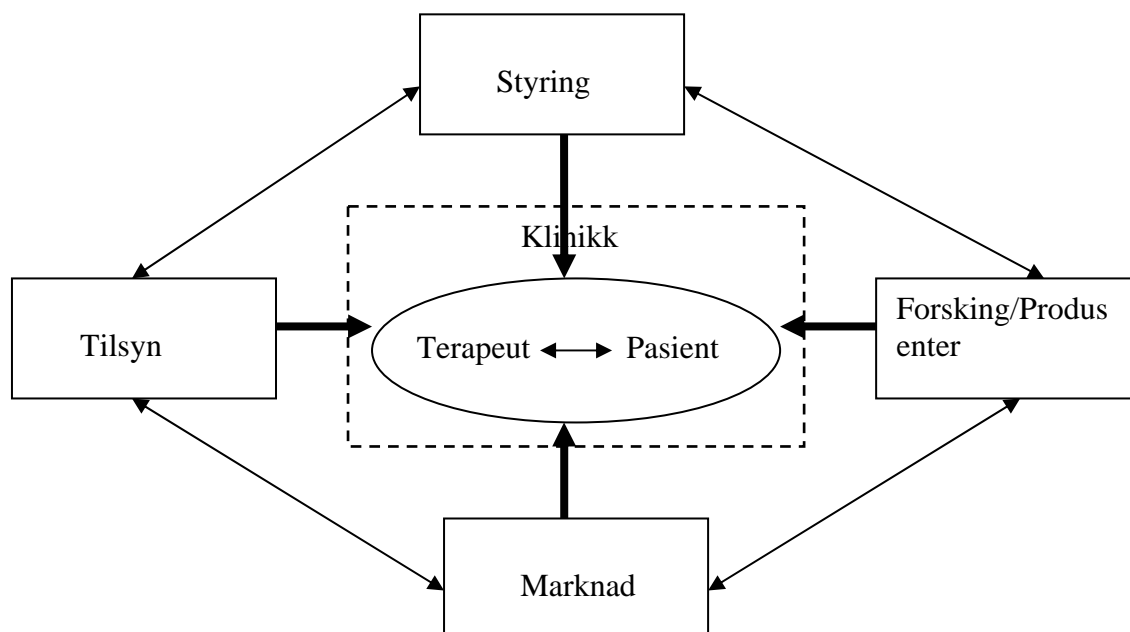
Det er ein gamal draum i den vestlege tenkjemåten å kunne utvikle kunnskap som har teknologikarakter på flest muleg område. Dette er kunnskap som har "varekarakter", dvs at han er tilgjengeleg som eit sett av spesifiserte operasjonar uavhengig av brukaren. Brukaren blir operatør, ein aktør som først og fremst treng teknisk kompetanse i å sette i verk prosedyrane. I nytalen om terapeutar i evidensens tid går dette fram gjennom nemningar som "provider of therapy" (sjå Ekeland, 1999). Det er også slik at profesjonar som beherskar ein esoterisk kunnskap som kan omsetjast til teknologi, gjerne blir meir ettertrakta og får høgre status enn dei som ikkje har det. Jakta etter metoden, no "evidensbasert behandling", ser eg som uttrykk for denne teknologiske lengselen. I tillegg kjem at kunnskap som kan omsettast til teknologi er ein nødvendig føresetnad for at produksjonen kan moderniserast, t.d. at handverk kan bli industri.

Problemet i dette blir først alvorleg når slike logikkar ekspanderer til mest alle livets område, og at vi legg den til grunn ikkje berre for å omforme naturen, men også menneske og sosiale problem. I slike samanhengar bør ein vere djupt skeptisk til kunnskapsaktørar som einsidig legitimerer seg gjennom ein teknologisk rasjonalitet, og kunnskap som ikkje er integrert som reflektert og ansvarleg kunnskap har i helse- og sosialvesenet si historie ofte vist seg å vere farleg kunnskap.²⁴ Eg har i dette notat prøvd å gjere sannsynleg at det er nettopp ei slik vending mot objektivisering og "teknologifisering" som no skjer i helse- og sosialsektoren; ei utvikling som m.a. kan forankrast i at behovet for tillitsreperasjon først og fremst har retta seg mot "mest muleg objektivisering" av den kunnskapen som profesjonane søker legitimitet gjennom. Spørsmålet er om resultatet blir "meir" tillit, eller rett og slett det motsette: at objektiviseringa fører til ei nedsmelting av tillit, først i dei interne relasjonane i organisasjonane, og deretter i den kliniske logikken. Tillit føreset eit forhold mellom subjekt. Når det nye evidensspråket smeltar saman med den økonomisk-administrative diskursen kjem tilhøvet mellom objektivisering og subjektivisering i ubalanse. Språket, kunnskapens status og

²⁴ Her kan hentast mange døme frå psykiatrihistoria, barnevern og sosialhistoria.

hegemoni vil, som så ofte elles, følge makta - og kunnskapstradisjonar som byggjer på ein subjektontologi vil få trongare kår. Det er alt blitt slik at mange av spørsmåla i kvardagsdiskursen i helsesektoren handlar om kvantitative svar; om å dokumentere, telle og måle. Ein kan med ein allusjon til Richard Sennet sitt uttrykk intimitetstyranni, tale om *evidensstyranni*. Tyranni må ikkje her mistydast som noko tyrannisk i form av ein ytre tvang, men som noko meir subtilt slik ordet frå gamalt av i politisk tenking var eit synonym for "suverenitet". Det er når alt blir tilvist eit felles, suverent prinsipp at det verkar tyranniserande. Og tyranniseringa føreset ikkje ein autoritet som tvangsmessig set sin vilje igjennom, men kan oppstå på bakgrunn av ei tru eller overtyding som hevdar ein bestemt målestokk for sanning som suveren (Sennet, 1992).

Eg har prøvd å vise at "evidensbasert praksis" inneber sterkare objektivisering og gjer seg gjeldande som standardiseringspress på det kliniske systemet. Likeeins fører dei nye tilsynslogikkane til eit sterkare krav om å dokumentere og å gjere synleg det ein gjer, og objektivisering og standardisering blir også ein fylgje av dette. Endeleg har dei nye styringslogikkane innført ein produksjonslogikk som set sterkare press på standardisering av produksjonsteknologien og dokumentasjon av resultat som økonomisk eining. Summen av dette øver eit forsterka trykk mot det kliniske systemet. Om vi går tilbake til figur 1. som viste ein idealmodell for samspel mellom systema, kan dette illustrerast ved ein korleksjon slik det er gjort i figur 6.



Figur 6: Endra vilkår for den kliniske autonomien i evidensens tid.

Grensene mellom det kliniske systemet og omgjevnaden har blitt svekt, og dei andre logikkane trenger seg inn i dette systemet. Likeeins har relasjonane endra seg frå å vere kommunikative og dialogiske, til å bli instruerande og monologiske. Fylgjene kan bli at den kliniske autonomien blir eten opp, skjønnnet blir mindre, men neppe betre sidan subjektiveringa får dårlegare kår og ansvaret for skjønnnet blir svekt. Om skjønnnet er eit problem, er det truleg eit langt større problem at ein slik freistar å eliminere det.

Litteratur

- Bateson, G. (1979). Mind and Nature: A necessary unity. N.Y.: Dutton.
- Berg, O. (1998). Legene og Legeforeningen - mellom interesser og verdier. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 118, 1417 - 21.
- Berger, P. and T. Luckmann (1966). The Social Construction of Reality. London: Allan Lane.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In A.E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley.
- Berkwits, M. (1998). From practice to research: The case for criticism in an age of evidence. Social Science and Medicine, 47, 1539-1545.
- Birch, S. (1997). As a matter of fact: Evidence-based decision-making unplugged. Health Economics, 6, 547-559.
- Black, D. (1998). Limitations of evidence. Journal of the Royal College of Physicians of London, 32, 23-26.
- Blau, J. N. (1997). Evidence-based medicine. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 3, 149-151.
- Boisvert, C. and Faust, D. (2003). Leading researchers` consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. Professional Psychology: Research and practice, 34(5), 508-513.
- Cho, M. K. and Bero, L. A (1996). The quality of drug studies published in symposium proceedings. Annals of Internal Medicine, 124, 485-489.
- Christensen, T. and Lægreid, P. (2001). New public management: the transformation of ideas and practice. Aldershot: Ashgate.
- Christophersen, E. R. (2003). The case of evidence-based toilet training. Archives Pediatr Adolesc Med, 157(12), 1153-4.
- Cushman, P. (1995). Constructing the self, constructing America. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley publishing.

- Davidoff, F., Haynes B., Sackett, D. & Smith, R. (1995). Evidence based medicine. British Medical Journal, 310, 1085-1086.
- Davies, Crombie, I. K. & Macrae, W. A. (1993). Polarized views on treating neurogenic pain. Pain, 54, 341-346.
- Dawes, R. M. (1994). House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth. New York: The Free Press.
- Day, P. & R. Klein (1987). Accountabilities. London: Tavistock.
- Denny, K. (1999). Evidence-based medicine and authority. Journal of Medical Humanities, 20, 247-263.
- Dick, W. F. (1998). Evidence-based medicine at any cost? Anesthesiologie und intensiv medizine, 39(3), 133-136.
- Dineen, T. (1999). Manufacturing victims. London: Constable.
- Duncan, B. (2001). The future of psychotherapy. Psychotherapy Networker (July/August), 24-33.
- Ehrenreich, B. and Ehrenreich J. (1978). Medicine and social control. In J. Ehrenreich (Ed.). The Cultural Crisis of Modern Medicine. New York: Monthly Review Press.
- Eilertsen, R. (2003). Når sykehus blir butikk. Om etablering av et sykehusmarked i Norge. Oslo, Defacto.
- Eitel, F.; Kanz, K.-G.; Hortig, E. and Tesche, A. (2000). Do we face a fourth paradigm shift in medicine - algoritms in education? Journal of Evaluation in Clinical Practice, 6, 321-333.
- Egeland, E. (2004). Opplevelse, mening og mestring hos mennesker som "mot alle odds" overlever alvorlig kreftsykdom. Hovedoppgave. Bergen: Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen
- Ekeland, T.- J. (1999). Placebo - ein paradigmatiske anomalie. Impuls. Tidsskrift for psykologi, 53, 5-14.
- Ekeland, T.-J. (1981). Begrepsmodeller i psykiatrien. Fra biomedisin til systemteori. Nordisk Psykologi, 33, 26-47.
- Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T.-J. (1999). Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Psykologisk fakultet, Institutt for samf, Universitetet i Bergen.
- Ekeland, T.-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. Fokus på Familien, 29, 308-323.

- Ekeland, T.-J. (2003). Ein diagnose av psykiatridiagnoser. Impuls. Tidsskrift for psykologi 57(1), 56-64.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In A.E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley.
- Ellis, J., Mulligan, I.; Rowe, J. and Sackett, D. L. (1995). Inpatient general medicine is evidence based. Lancet, 346(8972), 407-410.
- Emanuel, L. L. (1996). A professional response to demands for accountability. Practical recommendations regarding ethical aspects of patient care. Annals of Internal Medicine, 124, 240-249.
- Eriksen, E. O. (2001). Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Oslo, Abstrakt forlag.
- Eysenck, H. (1991). Meta-analysis and its problems. British Medical Journale, 309, 789-792.
- Ezekiel, J. E. and Emanuel, L. L. (1996). What is accountability in health care? Annals of Internal Medicine, 124, 229-239.
- Faust, D. (1986). Research on human judgement and its application to clinical practice. Professional Psychology: Research and practice, 17, 420-430.
- Feinstein, A. R. and Horwitz, R. I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". The American Journal of Medicine, 103, 529-535.
- Fitzpatrick, M. (2001). The tyranny of health. London: Routledge.
- Foucault, M. (1973). The Birth of the Clinic. London: Tavistock.
- Fowler, P. B. S. (1997). Evidence-based everything. Jornal of Evaluation in Clinical Practice, 3(3), 239-243.
- Friedson, E. (1970). Profession of Medicine: A study of the sociology of applied Knowledge. New York: Dodd Mead.
- Friedson, E. (1986). Professional Powers: A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: Chicago Press.
- Fry, S. (1998). Guidelines for making end-of-life decision. International Nursing Review, 45(5), 143-4, 151.
- Furedi, F. (2004). Therapy Culture. London: Routledge.
- Førde, O. H. (2001). Medisinske beslutningar. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1327.

- Gilbody, S. M. and Song, F. (2000). Publication bias and the integrity of psychiatric research. Psychological Medicine, 30, 253-258.
- Gilovich, T., Griffin, D. and Kahneman, D. (2002). Heuristics and biases. The psychology of intuitiv judgement. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1959). The Presentation of Self in Everyday Life. Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- Gray, B. H. (1991). The profit motive and patient care. The changing accountability of doctors and hospitals. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Grimen, H. (2000). Dei beste tilgjengelege forklåringane. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 120, 3741-2.
- Gupta, M. (2003). A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations. Jornal of Evaluation in Clinical Practice, 9(2), 111-121.
- Haller, U.; Reinold, E. and Hepp, H. (1998). Evidence-based medicine- Guidelines as threat or necessity for physician and patient? Gynakologisch-Geburtshilfliche Rundschau, 38, 1-2.
- Hanson, B. G. (1995). General system theory beginning with wholes. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Harlow, C. (1999). Accountability, New Public Management, and the problem of the child support agency. Journal of Law and Society, 26, 150-74.
- Hattori, R. and Hattori, H. (1999). Breastfeeding twins: guidelines for success. Birth, 26(1), 37-42.
- Haug, C. (2004). Tillit, tabber og terningkast. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 124, 765.
- Havik, O. E. (2000). Behandlingsveiledere og terapimanualer - bedre eller verre enn sitt rykte? I A. Holte, M. H. Rønnestad og G. H. Nielsen (Red.). Psykoterapi og psykoterpiveiledning. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 166-186.
- 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 Services Research, 2(3), 1-17.
- Heidenreich, K. S. (2001). Empati i lege-pasient-forholdet - teknikk eller etikk? Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1507-11.
- Hjörleifsson, S. (2001). Hvor dyktig er legen? Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1270-2.
- Hofman, B. (2000). Teknologisk medisin i et nytt millenium. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 120, 94-8.

- Hofman, B. (2001). Legen som kroppstekniker. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1266-9.
- Horwitz, R. I. (1996). The dark side of evidence-based medicine. Cleveland Clinical Journal of Medicine, 63, 320-323.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. and Miller, S. D. (1999). The Heart and Soul of Change. Washington, DC: American Psychological Association.
- Husebø, S. (1992). Medisin som kunst. I S. Husebø (Red.). Medisin: Kunst eller vitenskap? Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Huw, T.; Davies, O. and Nutley, S. M. (1999). The rise and rise of evidence in health care. Public Money and Management, Jan(Mar), 9-16.
- Høglend, P. (1993). Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. American Journal of Psychotherapy, 47, 494-507.
- Haaverstad, R.; Hilton, C. og Hamilton, L. (2004). Bristol-skandalens effekt på britisk helsetjeneste. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 124, 816-818.
- Illich, I. (1976). Limits to Medicine - Medical Nemesis, The exploitation of health. Harmondsworth: Penguin.
- Jacobson, L. D.; Edwards, A. G. K.; Granier, S. K. and Butler, C. C. (1997). Evidence-based medicine and general practice. British Journal of General Practice, 47, 449-452.
- Kahneman, D. and Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. Econometrica, 47, 263-291.
- Kendell, R. E. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Archives of General Psychiatry, 24, 123-130.
- Kirk, S. A. and Kutchins, H. (1992). The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter.
- Kirkebøen, G. (1999). Skjønn, formler og klinisk praksis: Hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? Tidsskrift for Norsk psykologforening, 36, 523-536.
- Klerman, G. L. (1990). The psychiatric patients right to effective treatment. Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. American Journal of Psychiatry, 147, 387-388.
- Kvale, S. (1992). Psychology and postmodernism. London: Sage.
- Lau, J.; Ioannidis, J.P.A. and Schmid, C.H. (1998). Summing up evidence: one answer is not always enough. Lancet, 351, 123-127.
- Leeder, S. R. and Rychetnik, S. (2001). Ethics and evidence-based medicine. Medical Journal of Australia, 175, 161-164.

- Lexchin, J.; Bero, L.A.; Djulbegovic, B. and Clark, O. (2003). Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. British medical Journale, 326, 1167-1170.
- Light, D. W. og Aasland, O. G. (2003). Den nye legerollen - kvalitet, åpenhet og tillit. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 123, 1870-1873.
- Ludewig, K. (2001). Brev. Metaforum, 18, 15-16.
- Løgstrup, K. E. (1957). Den etiske fordring. København: Gyldendal.
- McGlynn, E. A. (2003). An evidence-based national Quality measurement and reporting system. Medical Care, 41(1), 8-15.
- Meehl, P. (1954). Clinical versus statistical prediction. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Moskowitz, E. S. (2001). In therapy we trust. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Mørland, B. (2000). Hva er dokumentasjonen, doktor? Dagbladet. Oslo, 28 februar.
- Navarro, V. (1977). Medicine under Capitalism. London: Croom Helm.
- Niessen, L.W.; Grijseels, E.W.M. and Rutten, F.F.H. (2000). The evidence-based approach in health policy and health care delivery. Social Science and Medicine, 51, 859-869.
- Nolan, J. L. (1998). The therapeutic state. New York: New York University Press.
- Norheim, O. F. and Hunskaar, S. (2001). Kunnskaper må kombineres med verdier ved beslutninger under usikkerhet. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1387-90.
- Nortvedt, M. and Hanssen, T. A. (2001). Evidensbasert sykepleie. Tidsskrift for sykepleie, 89(16), 59-61.
- Polanyi, M. (1983). The tacit dimension. Gloucester, Mass: Peter Smith.
- Reichborn-Kjennerud, T. and Falkum, E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling - fra tro til vitenskap. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 120, 1148-52.
- Rose, N. (1998). Inventing our selves. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenberg, W. and Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. British Medical Journal, 310, 1122-1126.
- Rørtveit, G. and Strand, R. (2001). Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1382-6.
- Røvik, K.A. (1998). Moderne organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget.

Sackett, D. and Haynes, R. B. (1995). On the need for evidence-based medicine. Evidence-Based Medicine, Nov/dec (5-6).

Sackett, D. L.; Richardson, W.S.; Rosenberg, W. and Haynes, R.B. (1997). Evidence-based medicine. How to practice and teach ebm. New York: Churchill Livingstone.

Schei, E. (2001). Menneskekunnskap som klinisk kompetanse. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1122-5.

Schei, E.; Norheim, O.F.; Rørtveit, G.; Lysebo, D.E. og Hjørleifsson, S. (2000). Legen - den enøyde samaritan. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 120, 1207-9.

Schön, D.A. (1983). The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action.

Avebury: Ashgate Publishing Limited.

Scully, D. and Bart, P. (1978). A funny thing happened on the way to the orifice: Woman in gynaecology textbooks. In J. Ehrenreich (Ed.). The Cultural Crisis of Modern Medicine. New York: Monthly Review Press.

Sen, K. (2003). Restructuring Health Services: Experiences of Health Care Reform in a Changing policy Environment. Maastricht: Zed Books.

Sennet, R. (1992). Intimitetstyraniet. Oslo: Cappelen.

Shahar, E. (1997). A popperian perspective of the term evidence-based medicine. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 3, 109-116.

Shapiro, A. K. and Shapiro, E. (1997). The powerful placebo. From ancient priest to modern physician. Baltimore: The John Hopkins University press.

Sharpe, V. A. (2000). Behind closed doors: Accountability and responsibility in patient care. Journal of Medicine and Philosophy, 25(1), 28-47.

Skjervheim, H. (1972). Det instrumentalistiske mistaket. I N. Mediaas, J. Houge-Thiis, S. Haga; J. Ellingjord og B. Bjørklid (Red.). Etablert pedagogikk - makt eller avmakt? Oslo: Gyldendal, s. 45-62.

Skjervheim, H. (1974). Objektivismen og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal.

Smith, B. and Taylor, R. J. (1996). Medicine - a healing or a dying art? British Journal of General Practice, 46, 249-251.

Smith, M. L. and Glass, G. V (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, 752-760.

Sohn, D. (1996). Meta-analysis and science. Theory and Psychology, 6, 229-246.

- Sohn, D. (1996). Publication bias and the evaluation of psychotherapy efficacy in reviews of the research literature. Clinical Psychology Review, 16, 147-156.
- Solli, H. M. (2003). Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 123, 2072-5.
- Stirton, L. and Lodge, M. (2001). Transparency mechanism: Building publicness into public services. Journal of Law and Society, 28(4), 471-89.
- Strand, R. og Schei, E. (2001). Gjør kunnskap vondt? Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 1502-6.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapists skills revisited. Clinical Psychology-Science and Practice, 1, 70-74.
- Strupp, H. H. (1997). Research, practice, and managed care. Psychotherapy, 34, 91-94.
- Syse, A.; Førde, R. og Førde, O.H. (2000). Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sørbø, J. I. (2002). Hans Skjervheim - ein intellektuell biografi. Oslo: Samlaget.
- Sørensen, B. A. og Grimsmo, A. (2001). Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Sørgaard, K. W. (2000). Evidensbasert kunnskap og konsekvenser for klinisk praksis. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 37, 932-936.
- Sørgaard, K. W. (2001). Evangelister og demoner i evidensens tid. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 952-955.
- Taussig, M. (1980). Reification and the consciousness of the patient. Social Science and Medicine, 14b, 3-13.
- Terum, L. I. (2003). Portvakt i velferdstaten: om skjønn og beslutninger i sosialt arbeid. Oslo: Kommuneforlaget.
- Thompson, B. (1999). If statistical significance tests are broken/misused, what practice should supplement or replace them? Theory and Psychology, 9, 165-182.
- Toffalo, D. A. (2000). An investigation of treatment integrity and outcomes in wraparound services. Journal of child and family studies, 9, 251-361.
- Traynor, M. (1999). The problem of dissemination: evidence and ideology. Nursing Inquiry, 6, 187-197.
- Tyson, J. E. and Stoll, B. J. (2003). Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants. Clinical Perinatol, 307(2), 363-38.
- Ulvestad, E. (2000). Feil bruk av diagnostiske laboratorietester - et beslutningsanalytisk perspektiv. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 120, 2294-8.

Ulvestad, E. (2001). Sameining av "dei to kulturane" i medisinen. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 121, 492-4.

Upshur, R. E. G. (1999). Priors and prejudices. Theoretical Medicine and Bioethics, 20, 319-327.

Vareide, P. K. (2001). Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene, Sintef Unimed.

Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. Behaviour Research and Therapy, 34, 295-314.

Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. Sociological Review, 20, 487-504.