

Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering

Bengt Karlsson

Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus. Postboks 7053, 3007 Drammen. bengt.karlsson@hbv.no

Abstract

Since 1998, there has been several extensive reforms in the mental health field in Norway. The reforms have changed the basic politics and conditions for the development of the field and set out a new framework for the different actors' participation. There are tensions in the development of the field with different strategies focusing on demands for change and better quality in the services. The reforms highlights different aspects of leadership and management through control, power and knowledge, discipline and self-discipline. The change of services also require ways to change the professionals and the citizens' different identities. The ways they collaborate and relate to one another are being standardized and often experienced as depersonalized. Meanwhile, both the service users and the professionals are involved in the governance and thus have a decisive influence on the success of the changes. This is a disciplinarian of the professionals into practices based in neoliberal thinking rather than based in professionals' knowledge from experience and practice. Many professionals experience their autonomy as reduced and threatened. They are being forced into a certain ways of organizing and practicing their work.

Nøkkelord/Keywords

Psykisk helse; nyliberalisme; new public management; governmentalitet; disiplinering; makt. Mental health; neoliberalism; new public management; governmentality; discipline; power.

Refereebedømt essay*

Reformer i det psykiske helsefeltet – endrede styringslogikker

Målsettingen med dette essayet er å utlegge en bred tenkemåte for å analysere sentrale utviklingstrekk i psykisk helsefeltet i Norge de siste 15 årene. Målet er ikke å utvikle overordnede forklaringer, men heller å bringe flere perspektiver sammen med beskrivelser av utvalgte detaljer. Reformene i det psykiske helsefeltet har forandret grunnleggende mulighetsbetingelsene for feltets utvikling og fastsatt nye rammer for aktørenes deltagelser. Siden 1998 har det pågått en omfattende reform i psykisk helsefeltet i Norge. Reformen startet med Stortingsmelding 25 (1996–97). Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet 1997). I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006», (Sosial- og helsedepartementet

1998). Det politiske og faglige grunnlaget i de to nevnte dokumentene er videreført i andre helsepolitiske dokumenter som «Fra Bruker til borger», Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen og «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2014). Siktemålet med essayet er å diskutere de forskjellige styringslogikker som settes i og på spill i reformene. Disse styringslogikkene plasserer seg gjennom kontroll og styring, makt og kunnskap, disiplinering og selvdisiplinering. Sentralt er å vise at disse styringslogikkene fungerer basert i deres forskjellighet. Gjennom sin forskjellighet evner de å innordne sine egne umuligheter og slik operere lengre inn i det sosiale rommet. Forskjelligheten innebærer også at styringen hele tiden må være i bevegelse for å kunne fungere. Styringen knyttes til krav om løpende endringer som igjen fastlegger væremåter som skal endre fagpersoners og borgeres ulike identiteter. På den ene siden skal de standardiseres, dokumenteres og delta på nye måter. På den andre side involveres begge parter i større grad i styringen og slik sett får avgjørende innflytelse på styringens suksess. Første del av essayet vil løfte frem spenninger i utviklingstrekk i det psykiske helsefeltet og hvordan disse spenningene søkes møtt med ulike strategier som fokuserer på krav om endringer og kvalitet. Avslutningsvis retter essayets fokus seg mot konkrete fenomener som sikter mot å imøtekomme de overnevnte krav.

Faglige veiledere og retningslinjer som klinisk og juridisk styringslogikk – et eksempel

I 2012 lå det 150 veiledere og 50 faglige retningslinjer Helsedirektoratets hjemmeside (Karlsson og Borg 2013). For å beskrive og konkretisere eksempler på styringslogikker tas det utgangspunkt i Helsedirektoratets «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» fra 2008, heretter kalt BUP-veilederen (Helsedirektoratet 2008). På side 33 angis det at en skal anvende ”virkningsfulle behandlingsformer”. Helsedirektoratets forståelse av begrepet skjer med en henvisning til evidensbasert kunnskap, med referanse til Helsebiblioteket og Campbell-databasen (s. 31). Her brukes evidensbegrepet fra Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson (1996) og Chambless, Sanderson, Shoham, Bennettt Johnson, Pope og Cristoph (1996). I psykisk helsearbeid, via psykoterapiforskning, er dette evidensbegrepet knyttet til et perspektiv som peker ut hvilke behandlingsmetoder, i betydningen teorispesifikke og manualbaserte ”behandlingspakker”, som har best effekt ovenfor hvilke spesifikke lidelser (DSM/ICD-diagnoser). Idealet er å kontrollere for terapeut- og pasientegenskaper samt ferdigheter, og søke svaret på ”det virksomme” i teorispesifikke ingredienser og deres effekt og virkning på en avgrenset, diagnostisert, psykisk lidelse (Lambert 2010). Utgangspunktet for metodevalg er en diagnose, noe som igjen krever et utredningsrepertoar knyttet til standardiserte verktøy. Etter utredning og diagnostikk velger en behandlingsmetode på bakgrunn av diagnosen ut fra hva databasen foreslår som ”best practice”. Det en velger må være utprøvd gjennom kliniske forsøk. Dette peker igjen mot metoder som er manualiserte og som angir teoretisk begrunnede praksisformer omtalt som ”virkningsfulle» behandlingsformer.

Økonomisk og kunnskapsmessig effektivitet, standardisering og styring i det psykiske helsefeltet

New Public Management (NPM)

Parallelt med ønsket om reformer og endringer i forståelsen av og arbeidet med psykisk helse, har det samme feltet, særlig fra starten av 2000-tallet, blitt utsatt for reformer basert i økonomisk og kunnskapsmessig effektivisering, standardisering og byråkratisering. Disse reformene begrunnes i New Public Management (NPM) og begreper om evidensbasert kunnskap og tilsvarende metoder (Ekeland 2014). Samlet fremstår dette som både forståelser og praksiser av

økonomisk og kunnskapsmessig effektivitet og standardisering. Det uttrykker seg i det psykiske helsefeltet ved at alt og alle kan måles med fokus på det kvantitative, samt en instruktiv og reduksjonistisk oppfattelse av hva som er omsorg og behandling. Det som teller er det som kan telles og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid (Martinsen 2005). Innføringen av NPM har tydeliggjort og realisert markedsliberalistiske idealer, og ordet produksjon brukes om tjenestene i arbeidet med psykisk helse. Fokus er på antallet konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømming av brukere, reduksjon av ventelister, budsjettkontroll og innsparinger. Det politiske kunnskapsregimet i NPM knyttes til økt effektivitet, til «eksperten vet best», og måling av resultater blir kopiert til det psykiske helsefeltet – uten kritisk refleksjon i relasjon til det reformatoriske faglige innholdet som samtidig skal utvikles. Det diskuteres ikke at de strukturelle omveltningene som foregår gjennom NPM, kan medføre grunnleggende endringer av rammebetingelsene for realiseringen av faglig nyteknung og kunnskap. Med NPM er markedets logikk og markedet som modell innført. De grunnleggende prinsippene hentes fra en markedsliberalistisk ideologi knyttet til offentlig sektor gjennom NPM (Ekeland 2001; 2011). Sentrale styringsprinsipper er en reduksjon av de offentlige bevilgningene til velferd og helse til fordel for økte krav til effektivisering og sterkere, sentralisert økonomistyring. NPM representerer også et kunnskapsregime hvor økonomisk terminologi og begreper anvendes på utøvelsen av helsehjelp: produksjon – kvalitet – standardisering – tidsbruk. Bestiller-utfører-modellen kan eksemplifisere dette kunnskapsregimet (Ekeland 2004). NPM fokuserer på styring og kontroll som de mest sentrale komponentene hva angår økonomi, produksjon og tidsbruk.

Like sentralt er at den omtalte styring og kontroll også rammer inn det *faglige* kunnskapsgrunnlaget. Sentrale politiske myndigheter utvikler nasjonale retningslinjer og standardiserte prosedyrer for klinisk arbeid, som så søkes implementert i praksis. Den kunnskapsmessige basen for behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer er oftest basert i *én* form for evidensbasert kunnskap som er utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Effektiviteten viser seg ved at det gjøres en rask utredning og diagnostisering og deretter en foreskrevet behandling. Dette kunnskapssynet forsterker ekspertveldet i form av ledelses- og fagfunksjoner. Det underminerer betydningen av det genuine møtet og betydningen av tid, faglig skjønn og relasjonelt samarbeid om og med psykisk helse (Joranger 2009). Styringslogikken og begrepene om produksjonsteknologi i NPM har gitt økt krav om klinisk dokumentasjon i relasjon til behandlingseffektive og kostnadseffektive behandlingsmetoder (Ekeland 2004).

NPM har innenfor psykisk helse bidratt til et vitensregime som økonomiserer behandling og standardiserer klinisk praksis. Fokus er på kvantitet – hvor mange konsultasjoner har dere pr. dag? Ikke på kvaliteten i møtene. Slik griper den økonomiske styringsmodellen direkte inn i kliniske praksiser og i fagpersoners faglige autonomi. Den utfordrer hvorvidt fagpersonen er å anse som en ansvarlig og myndig aktør og brukeren som et deltakende og fritt subjekt. Ekeland (2004) hevder at denne innrammingen mellom fagperson og borger prinsipielt må være til stede. Bryter denne autonomien sammen, bryter også den kliniske logikken sammen. Skal en borger ha tillit til en fagperson, må borgeren oppleve at fagpersonen er der for brukeren og ikke er bundet på hender og føtter av andre(s) interesser. Det er kjernen i samarbeidsrelasjonen – fagpersonens autonomi er en forutsetning for borgerens autonomi.

Kunnskapsregimet i NPM fremstår som en udelelig enhet mellom økonomiserte fag og faglig økonomi, som gir opphavet til en modellmakt. Med Foucault (1972) kan dette omtales som en statlig styringskunst hvor makt og kunnskap er vevd sammen for å styre menneskers liv slik at én sannhet blir mer sann enn alle andre – den rette lære – og som også evner å marginalisere andre sannheter. Marginaliseringen innebærer at de som besitter makten – fornuftseierne – også

bestemmer hvem skal få anledning til å snakke, når og på hvilke premisser og med hvilke talemåter (Hede 1992). Den medisinske modellmakten som styrer det psykiske helsefeltet i Norge, er basert på et diagnosesystem som er utviklet innenfor fagdisiplinen psykiatri. Her har man et språk som ser på psykiske vansker som sykdom (psykisk syke), og behandlingsmodellen er at eksperten (fagpersonen) skal gjøre den syke frisk. Det innebærer en objektivisering av den andre, samtidig som det styrker den asymmetriske relasjonen; eksperten blir enda mer ekspert. Fokuset blir på ekspertens behandlingsmetoder og ikke på personens egen subjektive kunnskap om lidelsen, hva som hjelper og hvordan det kan hjelpes. Den medisinske modellmakten marginaliserer både den subjektive erfaringen og det faglige skjønnnet – sannheten ligger i diagnosens objektive beskrivelser og forskrivning av en instruktiv behandling (Ekeland 2004).

Refleksiv styring

Ekeland (2014) viser til begrepet om refleksiv styring som søker å fange karakteriske kjennetegn ved de nyliberale styringslogikkene. Begrepet peker på at et sentralt karakteristika ved refleksiv styring er en styring av styringen gjennom indirekte teknikker preget av overvåking, dokumentasjon og kontroll. Teknikkene for styringen er utformet slik at de kan trenge inn i den lukkede og bedrevitende ekspertisen som har vokst frem i velferdsstaten. Et sentralt siktemål er å disiplinere profesjonene ved å gjenreise tillit, gjøre praksiser forutsigbare og åpne, og ikke minst, øke den byråkratiske kontrollen og styringen med de ulike aktivitetene som utføres av ulike tjenester og faggrupper. I den grunnleggende intensjonen om kontroll, styring og overvåking reises det en innbyrdes mistillit til fagfolk, profesjoner og tjenester (Ekeland 2014).

Højlund (2003) viser hvordan nyliberalistisk kontroll og refleksiv styring er den samfunnsmessige konteksten for ropene om kvalitet og kvalitetssikring i alle deler av helsesektoren. Sammenkoblet med sikring av kvalitet i tjenester og hos utøvere kommer kravene om dokumentasjon og evaluering av ulike tiltak. Som jeg tidligere har vist er dette begrunnet i begrepene om evidensbasert kunnskap med vekt på evidensbasert praksis (EBP). Ekeland (2014) viser hvordan den styringslogikken er legitimert gjennom en imitering av markedsøkonomiske prinsipper som gjør klinisk (sam)arbeid om til produksjon. Kliniske data blir også styrings- og produksjonsdata og gjør fagpersonen til en økonomisk aktør – ikke bare en faglig aktør. Højlund (2003) fremholder at kvalitetssikring som styringslogikk gjør at det ikke lenger er tilstrekkelig å ha rutiner for kvalitet på tjeneste- og fagpersonnivå. Det skal samtidig dokumenteres at fagpersonen gjør slik det er foreskrevet slik at vedkommende kan evalueres og kontrolleres. Fagpersonen har ansvar for å dokumentere det vedkommende har gjort er i tråd med foreskrevne, evidensbaserte og standardiserte metoder og tiltak, og dermed kan etterprøves. Ekeland (2014) beskriver dette som at brukeren sin tillit skal økes gjennom mistillit til fagpersonen. I kliniske praksiser har de psykiske helsemyndighetene bidratt til å utvikle ulike strategier og teknologier for å kontrollere, styre og overvåke de samme praksisene gjennom bruk av faglige veiledere og retningslinjer for psykisk helsearbeid.

En konkret eksempel på den juridiske styringslogikken tydeliggjøres i den tidligere omtalte BUP-veilederen. Her sies det: "Når det står 'skal' i veilederen betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig og ikke gjøre som anbefalt» (Helsedirektoratet 2008:7). Det understrekes at veilederen ikke er juridisk bindende men at hvis en ikke velger å følge den, "...bør dette begrunnes i pasientens journal" (s.7). Ordet "skal" trer fram i veilederen med flere og ulike forkledningner. Først fremholder den at fagpersonen skal arbeide "...kunnskaps- og erfaringsbasert". Videre understreker veilederen at "...alle pasienter som mottar hjelp i poliklinikker skal, der det er hensiktsmessig, utredes for aktuell problematikk, symptomutforming, funksjonsnivå, omsorgssituasjon, opplæringsituasjon,

risikofaktorer, ressurser og pasient/foreldres ønsker og forventninger” (s.28). I det overstående fremholdes det ikke hva som ansees som hensiktsmessig eller ikke. Videre sies det i veilederen at etter utredning og diagnostisering, skal det utarbeides en behandlingsplan sammen med pasienter og/eller foreldre. Disse tre ”skal” gir en juridisk binding til hvordan praksis skal utformes og om det forekommer avvik må dette begrunnes. Et implisitt fjerde ”skal” er selve diagnosen ved at denne inngår som et sentralt element i behandlingsplanen. Denne modellen kan ikke ansees å være juridisk bindende. Samtidig uttrykker den klare juridiske føringer som det er vanskelig å se bort fra den. Fagpersonen starter med utredning som gir en diagnose som refererer til databaser med primært kunnskap basert i kliniske forsøk som gir teorispesifikke behandlingsmåter. Dette er grunnlaget for en behandlingsplan som gjennomføres og avsluttes med evaluering og epikrise. Til sist må den underskrives av en psykiater eller psykologspesialist.

Referansen til pasient- og pårørendedeltagelse inngår i disse ”skal”, og transformeres til det svakere ”bør” når en ser på punktet om brukermedvirkning (Helsedirektoratet 2008). På den ene siden har ”...brukere rett til medvirkning på system- og individnivå» (s.13). Samtidig som ordet ”bør” og ikke ”skal” anvendes på å lage felles mål, rammer for behandling, ta opp vansker pasienter og pårørende opplever samt regelmessig evaluering. Avvik fra dette trengs ikke å begrunnes i journal ettersom dette ikke er juridisk bindende. Modellen fremstår slik som sterkt byråkrati- og terapeutsentret.

Markedsliberalistisk styringskunst- om governmentalitet og individualiserende maktutøvelse

Michel Foucault hadde gjennom sitt forfatterskap et skarpt blikk på hva som kjennetegner maktutøvelse i det moderate liberale samfunn (Foucault 1982; Joranger 2009). Foucault fremholdt at maktformene ikke primært var etnisk, sosial eller religiøs undertrykkelse og dominans. Hans poeng var at liberale maktformer var skapende i den betydning at de søker å fremelske, dyrke og stimulere bestemte evner hos borgerne. Derfor hans begrep om at makten er produktiv. Den er skapende gjennom at den gjør individer til, og får individer selv til å gjøre seg til, bestemte individer. Den liberale staten opererer med borgerne både som en totalitet og som enkeltindivider. Slik kan borgernes individualitet eller selvforhold gjøres produktiv gjennom en bearbeidende og fremelskende form for styring. Foucault hevder at den moderne stat samtidig er både individualiserende og totaliserende (Foucault 1982). Statens kunnskap om dens borgere kan relateres til to akser; en er overgripende og kvantitativ og rettet mot hele befolkningen. Den andre er analytisk og individuell og retter seg mot individet. Den moderne stat er totaliserende når den gjør alle borgere til gjenstand for obligatorisk utdanning og nasjonale folkehelseprogrammer eller deler borgerne i overgripende kategorier som «arbeidsløse» eller «psykisk syke». Staten er individualiserende når den fokuserer enkeltindividets personlighet eller psykiske helse. Foucault fremholder at den moderne stat er basert på en subtil kombinasjon av totaliserende prosedyrer og individualiserende teknikker (Foucault 1982).

Foucaults begrep om governmentalitet representerer et forsøk på å analysere de «dividing practices» som skjer gjennom statens styring av sine borgere og ledere til å oppdele individer og skape oppdelinger i individet (Foucault 1982). Det er fokus på de konkrete praksisene som finner sted i statens styring av borgerne i form av den samme statens teknologier, dens diskurser og praksiser. «Begrepet» governmentalitet forsøker å fange de kunnskapsformer som den moderne stat baserer seg på, og de praktiske instrumenter, institusjoner og teknologier som følger av dette. Foucault benytter governmentalitet som en kategori som muliggjør ulike empiriske beskrivelser av ulike praksiser som utforskes. Sammentrukket kan begrepet governmentalitet begrunnes i Foucaults skarpe, analytiske blikk for hva som karakteriserer maktutøvelse og maktpraksiser i

moderne markedsliberalistisk styringskunst. Sentreringspunkter er makt som skapende ved å gjøre individer til å modellere seg selv til bestemte subjekter. Dette selvforholdet gjøres slik til gjenstand for en bearbeidende form for totaliserende styring gjennom det Foucault omtaler som pastoral ledelse (Foucault 2000). Denne ledelsesformen krever at alle sier sannheten om hvem vedkommende er og rommer. Utsagnene binder vedkommende fast til ordene som sanne. Slik skapes den individualiserende makt, hevder Foucault. Derved oppstår det en makt som vil korrigere og forbedre det menneskelige materialet basert i beskrivelser og registreringer av avvikelser. Det handler om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper. Foucault viser at moderne styring hviler på kunnskap som er vitenskapelig basert. Slik skapes det en symbiose mellom styring og vitenskap i en gjensidig betinget relasjon. I maktutøvelsen brukes vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser for innsettelse av kunnskap om borgerne. Den vitenskapelige kunnskapen er oftest produsert og etablert i tette forbindelser med maktpraksiser knyttet styring, forvaltning og kontroll av mennesker. Slik etableres det et dialektisk forhold mellom makt og kunnskap, og kunnskap og makt (Foucault 1982; 2000).

Det nye helsebyråkratiet og styringskunst

Sosiologen Max Weber (2000) var opptatt av byråkrati og makt som sosiale fenomener. Han skisserte på 1920-tallet idealtypiske trekk ved et byråkrati, som kan relateres til dagens helsebyråkrati hvor styrings- og maktforhold i beskjedne grad problematiseres. I Webers (2000) byråkratimodell har forvaltningen faste og entydige over- og underordningsforhold og er bygd opp som et hierarki. Autoritet og makt styres nedover fra toppen i en kommandokjede. Lojaliteter, plikter og rettigheter knyttes til abstrakte regler og prinsipper som gjør byråkratiet egnet til å sette verdier som likebehandling og rettssikkerhet høyt. Mange av disse byråkratiidealene er gjenkjennbare i dagens markedsliberalistiske styring og kontroll av psykiske helsetjenester. Det er flere elementer ved byråkrati forståelsen som er relevante i dette essayet. Først ved at beslutninger innenfor et byråkrati utføres av saksbehandlere. For det andre er deres beslutningsmyndighet begrenset av et sett av lover og regler.

Saksbehandleren står ansvarlig for å følge regelverket i sine beslutninger overfor sine ledere. Målet er å sikre likhet i behandlingen av saker og personer som byråkratiet retter seg mot. Samtidig opprettholdes utvidet kontroll fra ledelsens side over detaljene i det som innebærer lik behandling. Jurister har slik fått en sentral plass i helseforetaksbyråkratiene gjennom de vurderinger og beslutninger som knyttes til de praksisformer byråkratiet framholder. For det tredje har byråkratiet sitt unike begrepsapparat. Vi møter ikke-kliniske begrep som er styrende for hvordan klinisk praksis skal utføres og hvordan borgere og praksis omtales. Eksempelvis i begreper som gjennomstrømming, pasientflyt og behandlingsresistent. For det fjerde utvikles det retningslinjer for hvordan tjenestene skal utøves og hvem som skal gjøre hva. Det utvikles nasjonale veiledere og retningslinjer for behandling av ulike lidelser med klare pålegg samt juridiske konsekvenser for den enkelte behandler hvis disse veilederne ikke følges. Et femte område er begrepet ”spesialist” med påfølgende konsekvenser for hvordan profesjonsrelasjoner i det tverrfaglige feltet psykisk helse skal forstås og organiseres (Karlsson og Borg 2013).

Slik styres og kontrolleres praksiser av helselover, andre juridiske forordninger, faglige veiledere og retningslinjer som ensretter hvordan det skal arbeides klinisk. Måten den forskningsbaserte kunnskapen knyttes til den kliniske hverdagen til borgere og helsearbeidere blir styrende for relasjonsbygging, samarbeid, endringsarbeid og problemløsninger. Innenfor slike rammer kan psykiske helsetjenester fremstå som formalistiske, vanskelig å nå fram til og ikke rettet mot enkeltmenneskets ønsker og behov. Dette er et paradoks i forhold til at de samme myndighetenes

intensjon er at det skal være et borgerorientert helsevesen gjennom tilgjengelighet, nærhet og skreddersydde tilbud (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Det samme gjelder intensjonene om at borgerne skal være med å forme alle deler av helsetjenestene. Det tydeliggjør et helsebyråkrati i det psykiske helsefeltet preget av ett dominant kunnskapssyn. Byråkratiets framvekst innebærer ikke nødvendigvis god, virksom og hjelpsom hjelp. Spørsmålet er mer om god hjelp ofres til fordel for et oversiktlig og velorganisert byråkrati.

Det evidensbaserte kunnskapsevangelium og behandlingmessig ensretting

De siste 15 års utvikling innen det psykiske helsefeltet har tydeliggjort det gjensidige forholdet mellom makt og kunnskap. Moderne økonomiske og evidensbaserte praksiser passer som hånd i hanske og muliggjør en iscenesettelse hvor kunnskap ikke bare gir makt, men også RETT – en rett som gir muligheter for rangering av kunnskap og profesjoner, og en marginalisering av andre kunnskapsformer og faglig autonomi. Foucault (1967; 1972; 1973) var i hele sitt tredelte forfatterskap opptatt av staten og dens utøvelse av makt. Sentralt var hans undersøkelser av hvordan makt som praksiser, som begreper og teknikker med særlig vekt på forholdet mellom makt og kunnskap. Foucaults studier viser hvordan kunnskap gir makt og hvordan makt gir kunnskap - makt og kunnskap er vevd inn i hverandre. Han hevdet at kunnskap ikke bare er frigjørende – den kan også være objektgjørende. Følgelig må kunnskap som praksis(er) undersøkes konkret. Maktdynamikken knyttes til formidling, innsetting og utvinning av viten (Foucault 1972; 1973).

Den evidensbaserte profesjonsutøvelse som begrep og forståelser viser seg gjennom en framvekst av behavioristiske og kognitive perspektiver kombinert med krav om ansvarlighet og det å stå til rette for sin praksis (Waldegrave, Tamasese, Tuhaka og Campbell 2003). Dagens dominerende ideal for psykisk helseverns kunnskaps- og praksisformer er basert i randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som fremstilles som gullstandarden. Idealet angir hva som anses å være gode, rette og akseptable praksiser. Mantraet om evidensbasert kunnskap reiser spørsmål om hva som er forskningsbasert kunnskap, hva er relevant kunnskap, hvordan kan ulike kunnskapsperspektiver gis legitimitet i kliniske praksiser og hvor befinner definisjonsmakten seg. Den teoretiske kunnskapen, forstått som den forskningsbaserte eller vitenskapelige kunnskapen, har forrang og tidvis monopol på hva som omtales som gyldig kunnskap. Vitenskapelig kunnskap omtales som evidensbasert kunnskap. Ekeland (2011) beskriver dette som det evidensbaserte evangelium. Det evangeliske består i en forkynnelse av at vitenskapelig kunnskap også er *sann* kunnskap. Utsagn som «Forskning viser at ...» eller «Denne kunnskapen er evidensbasert ...» viser til at når kunnskap er basert i forsknings- eller evidensbasert metodologi, er den sann. OG mer gyldig enn andre former for kunnskap, som praktisk eller erfaringsbasert. Slik underminerer NPM, og et smalt evidensbegrep, alle gode politiske intensjoner og målsettinger om personifisering, brukermedvirkning og økt medbestemmelse i psykisk helsearbeid (Ekeland 2011).

Standardisering og manualisering av psykisk helsearbeid

I BUP-veilederen (Helsedirektoratet 2008) skrives det: ”Selve behandlingen – møtet mellom to eller flere mennesker – kan ikke styres gjennom en veileder, men veilederen er ment å være en hjelp til ledere og øvrige ansatte for å lage gode rammebetingelser rundt behandlingsarbeidet” (s.8). Veilederen skal slik styre rammebetingelsene og ikke det som skjer i det konkrete behandlingsarbeidet. I kliniske praksiser rapporteres det ofte at hvis ikke veilederen følges vil det få juridiske konsekvenser. Veilederen representerer en instruksjon av klinisk praksis, gjennom

for eksempel dokumentasjon. Det første en jurist vil se på i en klagesak er om veilederen er fulgt. Journalføringen påvirkes og styres i større grad av å ha "ryggen fri" ved en mulig jurists involvering i en klagesak enn å være et informasjons-, planleggings- og evalueringsredskap for både brukere og terapeuter. Kjernebegrepene er utredning, diagnostikk, behandlingsplan og behandling og unntak fra denne strenge tidsmessige arbeidssekvensen må begrunnes i journal. Veilederen styrer på en avgjørende måte hva som skal skje i behandlingen og går ut over bare det å legge til rette rammebetingelser.

Samtidig peker den ut, som en rammebetingelse, en helt spesiell tilnærming for klinisk praksis det neppe finnes forskningsmessig begrunnelse for. Modellen med en tidsmessig organisering av pasientforløpet i en sekvens med utredning som start, så diagnostikk, deretter formulering av behandlingsplan og så behandlingsstart med evaluering først i sluttfasen av behandlingen, peker mot en ideologisk og medisinsk basert modell (Wampold 2001). Slik "skal" fagpersoner tvinges inn i en spesiell måte å arbeide etter, definert som en medisinsk modell som ikke kan sies ha tilstrekkelig evidens til å få slik en dominerende plass (Wampold 2010). Slik underordnes BUP-veilederens (Helsedirektoratet 2008) henvisning til brukermedvirkning og fleksibel tilpasning, et smalt evidensbegrep hvor forskningsbasert kunnskap rotfestet i kliniske forsøk, utredning, diagnose og behandlingsplan skal styre *fagpersonen* i valg av en virkningsfull behandlingsform. Denne modellen kan ikke sies å være "best practice" i psykisk helsearbeid. Det bygges opp en byråkratisk modell som ikke er basert på dagsaktuelle forskningsfunn, snarere i et smalt evidensbegrep fra RCT-studier. Den helsebyråkratiske modellen fremstår slik mer som en hindring i å realisere dens mål, omtalt som god, effektiv og ansvarlig behandling.

Konsekvenser: Mistillit og redde organisasjoner

For meg er det særlig to områder av forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering som bekymrer. Det første er at mange fagpersoner disiplineres inn i praksiser som er fundert i markedsliberalistisk tenkning snarere enn basert i fagpersoners kunnskaper fra erfaring, praksis og forskning. Det er alvorlig at fagpersonene opplever at deres autonomi reduseres og de tvinges inn i en måte å organisere sitt arbeid på som i beste fall kan sies å ha uklar evidens. Dette er en systemstyring og krav om systemtroskap snarere enn den personorientering og det relasjonsfokusert en kan forvente basert i ulike psykisk helsepolitiske føringer som understreker både borgeres medvirkning og rettigheter. Vi ser en økt og detaljert styring og kontroll av profesjonene i det psykiske helsefeltet. Dette uttrykker mantraet om at alt lar seg måle og må måles fordi praktikerne mistros til at de ellers kan gjøre slik de vil. Min andre bekymring er knyttet til at det kan se ut som om NPM bidrar til å skape redde organisasjoner i det psykiske helsefeltet. Ansatte opplever en cocktail av at alt skal måles, mistenksomme ledere, detaljstyring, tilsyn, revisjoner, prosessbeskrivelser og kvalitetssikringssystemer. Grunnleggende er en mistillit til at organisasjonens medlemmer vil opptre opportunistisk og følgelig må styres og ledes for å unngå skandaler og feilbehandlinger med påfølgende mediaoppslag. Denne mistilliten sprer seg ved at den er knyttet til individuell kontroll, pålegg og overvåkning. Hovedtilnærmingen til mange ansatte blir at de er redde for å gjøre feil. De gjør det de pålegges og kontrolleres for. Ikke fordi de mener det er faglig riktig. De gjør det fordi de vil ha ryggen fri fra å kunne bli stilt juridisk og faglig ansvarlig for at de ikke har gjort som manualer, styringsdokumenter og ulike kvalitetsstyringsinstrumenter pålegger dem å gjøre.

Litteratur

- Chambless, D L, Sanderson, W C, Shoham, V, Bennet Johnson, S, Pope, K S, Cristoph, P (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2):5-18
- Ekeland, T-J (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 6/2004. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier
- Ekeland, T.-J (2011) *Ny kunnskap – ny praksis Et nytt psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse, no 2011:1
- Ekeland, T.-J (2014) Frå objekt til subjekt –og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11,3:211-220
- Foucault, Michel (1967) *Madness and Civilisation: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock/Routledge
- Foucault, Michel (1972) *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock/Routledge
- Foucault, Michel (1973) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock
- Foucault, Michel (1982) The Subject and Power. I Dreyfus, H.L. & Rabinow, P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: Harvester Press
- Foucault, Michel (2000) *Ethics. Subjectivity and Truth*. New York: Penguin Books
- Hede, Dag (1992) *Det tomme menneske*. København: Museum Tusulanums forlag
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1570.
- Helsedirektoratet (2014) «*Sammen om mestring*». *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076
- Højlund, H (2003) Velærdsforskydninger. I Borch, C. & Larsen, T.L. *Perspektiv, magt og styring. Luhmann & Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Johannessen, B F (2004) *Lederskap, evidens og behandlingstenkning innen det psykiske helsevern*. Bergen: Rokkansenteret, Universitetet i Bergen
- Joranger, L (2009) Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 46:1186–1190
- Karlsson, Bengt og Marit Borg (2013) *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lambert, Michael (2010) *Prevention of treatment failures. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Martinsen, Kari (2005) *Samtalen, skjønnnet og evdidensen*. Oslo: Akribe

Sackett, DL, Rosenberg, W M, Gray, J A, Haynes, R B & Richardson, W S. (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312:71-72

Sosial- og helsedepartementet (2001) *Lov om helseforetak*. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)

Sosial – og helsedirektoratet (2007) *Nasjonal helseplan - Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. IS-1443

Sosial- og helsedepartement (1997) *St.meld. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*

Sosial- og helsedepartement (1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St prp nr 63 (1997–98)

Waldegrave, C, Tamasese, K, Tuhaka, F, & Campbell, W (2003) *Just therapy – a journey. A collection of papers from the Just Therapy Team, New Zealand*. Adelaide: Dulwich Centre Publications

Wampold, Bruce (2001) *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Erlbaum

Wampold, Bruce (2010) The research evidence for common factors models: A historical situated perspective. In Duncan, D L, Miller, S D, Wampold, B E & Hubble, M N. (Eds). *The heart and soul of change. Second edition. Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

Weber, Max (2000) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Akademisk