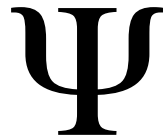




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Diskursanalyse av hvordan evidensbasert praksis konstrueres i  
Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk behandling*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Mattias J. G. Duvold, Olav Hjetland og Christian Line**

Høst 2015

# DISKURSANALYSE AV EVIDENSBASERT PRAKSIS

Veileder: Lill Susann Ynnesdal Haugen

**Abstract**

*Evidence based psychological practice* is the subject of debate in the Norwegian and international psychological academic fields. The debate concerns whether psychological practice can be standardized and the knowledge base for evidence based practice. The underlying assumptions for this, however, is insufficiently elaborated. We carried out a discourse analysis with the following research questions: 1. How is evidence based practice constructed? 2. What consequences can these constructions pose for psychologists? The Norwegian Psychological Association's policy statement on evidence based psychological practice was used as text material, as it defines evidence based practice and is a guiding document for Norwegian psychologists. Utilizing Parker's (1992) approach to Foucauldian discourse analysis, we identified four discourses: *Discourse of clinical autonomy, psy-complex discourse, positivistic discourse and neo-liberal discourse*. Our analysis indicates that the psy-complex discourse, positivistic discourse and neo-liberal discourse in general seem to support and enable standardizing and governance of mental health services. Discourse of clinical autonomy allows for more independence and discretion for the clinician. We argue that evidence based practice is governing, and based on a homogenous knowledge base, at the expense of the psychologist's clinical autonomy. Our study proposes to broaden the field of knowledge regarding evidence based practice.

## Sammendrag

*Evidensbasert psykologisk praksis* er et omdiskutert begrep i norsk og internasjonalt psykologisk fagmiljø. Debatten dreier seg i hovedsak om hvorvidt psykologisk praksis kan standardiseres, og hva som utgjør kunnskapsgrunnet for evidensbasert praksis. De underliggende antagelsene for dette er imidlertid lite utforsket. Vi gjennomførte en diskursanalyse med følgende forskningsspørsmål: 1. Hvordan konstrueres evidensbasert psykologisk praksis? 2. Hvilke konsekvenser kan disse konstruksjonene ha for psykologer? Norsk Psykologforenings *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis* ble benyttet som tekstmateriale fordi det definerer evidensbasert praksis og er førende for norske psykologer. Gjennom Parkers (1992) tilnærming til Foucauldiansk diskursanalyse ble fire diskurser identifisert: *Diskurs om klinisk autonomi*, *psy-kompleks diskurs*, *positivistisk diskurs* og *nyliberalistisk diskurs*. Vår analyse indikerer at psy-kompleks diskurs, positivistisk diskurs og nyliberalistisk diskurs generelt synes å støtte, og muliggjøre, standardisering og styring av psykiske helsetjenester. Diskurs om klinisk autonomi fremstår som å åpne for mer selvstendighet, og rom for skjønn, for den enkelte kliniker. Vi argumenterer for at evidensbasert praksis er styrende, og har en begrenset bredde av kunnskapskilder, hvilket kan gå på bekostning av psykologens kliniske autonomi. Vår studie bidrar til å utvide kunnskapsforståelsen rundt evidensbasert praksis.

## DISKURSANALYSE AV EVIDENSBASERT PRAKSIS

### **Takk**

Takk til Lill Susan Ynesdal for informativ veiledning, gode refleksjoner, og generell tålmodighet.

Takk til Karoline Furset for varme, godhet og kjærighet. Takk for at du får det til å lyse på mørke høstkvelder, og takk for din beundringsverdige tålmodighet. Takk til Dayna Goldman for gjennomlesning, tilbakemeldinger, oppmuntring, tålmodighet, varme og godhet. Takk til Sofia Mariam Aanesen for gjennomlesning, tilbakemelding og retting av skrivefeil. Du har vært en velkommen gjest på hovedoppgavekontoret. Takk for omtenksomhet og kjærighet i en altoppslukkende hovedoppgaveperiode.

Vi vil også takke våre familier, for at vi har blitt oppdratt til å tenke kritisk. Selv om de mest selvfølgeligjorte antakelser.

Takk til våre medstudenter på kull 85, for fem år med gode minner fra studietiden.

**Innholdsfortegnelse**

<b>Diskursanalyse av hvordan begrepet evidensbasert psykologisk praksis konstrueres i Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis.....</b>	<b>1</b>
Historisk utvikling av evidensbasert psykologisk praksis.....	2
Alternative vitenskapsteoretiske forståelser.....	6
Kritiske innvendinger til evidensbasert praksis.....	8
Kritisk realisme.....	9
Studiens hensikt.....	11
<b>Metode.....</b>	<b>12</b>
Om oss.....	12
Tekstutvalg.....	13
Gjennomføring av analysen.....	13
Diskursanalyse i henhold til Ian Parker.....	13
Evaluering av metode.....	18
<b>Resultater.....</b>	<b>19</b>
Steg 1: Behandle objektet en er interessert i som tekst som en kan behandle som ord.....	19
Steg 2: Utforske tekstens konnotasjoner gjennom en form for fri assosiasjon som best lar seg gjennomføre sammen med andre.....	19
Steg 3: Spørre hvilke objekter det referes til, og beskrive dem.....	22
Steg 4-8: Diskurser, subjektposisjoner og koherente meningssystemer.....	26

## DISKURSANALYSE AV EVIDENSBASERT PRAKSIS

Steg 9 og 10. Lage kontrasterende måter å prate om diskurser på, sett disse opp mot hverandre, og se på de ulike objektene som de konstituerer. Identifisere steder hvor diskurser overlapper og hvor de konstituerer noe som ser ut som det “samme” objektet på ulike måter.....	34
Steg 11. Referere til andre tekster for å utdype diskursen, gjerne dens implisitte innhold, og adressere forskjellige mottakere.....	35
Steg 12. Reflektere over begrep som blir benyttet for å beskrive diskursen, hvilket inneholder moralske og politiske valg som den som analyserer må ta.....	37
<b>Diskusjon.....</b>	<b>38</b>
Drøfting av resultatene fra analysen.....	39
Videre steg i analysen og underbygging av vår fortolkning.....	46
Betraktninger om hovedoppgavens potensielle relevans.....	50
Evaluering av studiens kvalitet.....	52
Refleksivitet.....	54
Konklusjon.....	57
<b>Referanser.....</b>	<b>59</b>
Appendiks A: Prinsipperklæring om evidensbasert praksis.....	66
Tabell 1: Parkers (1992) analysesteg for å gjennomføre en diskursanalyse.....	70

## **Diskursanalyse av hvordan evidensbasert praksis konstrueres**

### **i Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis**

I en tale til Høyres gruppekonferanse 20. januar i år, varslet Erna Solberg at de ønsker å innføre ”pakkeforløp” for psykisk helse (Høyre, 2015). På Høyres nettsider hevdes det at pakkeforløpet vil medføre kortere ventetider, og mer forutsigbarhet, for pasienter og pårørende. Samtidig hevdes det at en standardisering av helsetilbudet er nødvendig for å sikre at alle pasienter vil få best mulig behandling. Forslaget har blitt kritisert, og det siste året har dette vært et mye debattert tema, både innad i fagfeltet og i media (se for eksempel Aftenposten, 2015, 12. august; Gundersen, 2015, 18. august; Hofgaard, 2015, 14. august; Teien, 2015, 20. august).

Hovedargumentasjonen fra kritikere av pakkeforløpet innen psykisk helsevern går blant annet ut på at denne utviklingen vil føre til en standardisering, som kan bli problematisk av flere årsaker. Generelt sett dreier kritikken seg om at kunnskapsgrunnet i faget ikke er tilstrekkelig til å kunne si med sikkerhet hvilke metoder som fungerer best. Det trekkes også frem at behandling innen psykisk helsevern er for kompleks til å kunne standardiseres. Standardisering vil kunne medføre at klinikers fleksibilitet og autonomi blir innskrenket, og at muligheten for å tilpasse behandlingen til pasienters individuelle behov reduseres (se for eksempel Heinskou, Alberdi & Jordet, 2015, 21. september; Hofgaard, 2015, 14. august; Stänicke, Oddlie, Halvorsen & Benum, 2015, 2. oktober; Teien, 2015, 20. august; Vogt & Pahle, 2015, 11. september).

De kritiske innvendingene til standardiseringen et pakkeforløp innebærer, er samme type innvendinger som har kommet i forbindelse med økende fokus på evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). Den rådende forståelsen i psykologifaget, er at EBPP er nødvendig for å sikre god, faglig og forsvarlig praksis (se for eksempel



Holmén, 2009; Høstmælingen, 2010). Motstandere av denne forståelsen ser på EBPP som et hinder, siden behandling av enkeltmenneskers lidelser er en praksis som ikke kan standardiseres (se for eksempel Ekeland, Stefansen & Steinstø, 2011; Rønnestad 2008). Dette representerer en mer alternativ forståelse av EBPP, i den forstand at det er et mindretall som støtter et slikt synspunkt. De ulike oppfatningene av EBPP, kan forstås som ulike vitenskapsteoretiske forståelser av forholdet mellom forskning og praksis. For å få en dypere forståelse av de ulike synspunktene i denne diskusjonen, vil vi benytte anledningen med denne hovedoppgaven til å gjøre en kvalitativ undersøkelse av EBPP.

I introduksjonskapittelet vil vi presentere hvordan evidensbegrepet har utviklet seg i faget. Dette kan sees på som den historiske utviklingen som har ledet frem til vårt analyseobjekt, *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. Deretter vil vi introdusere det teoretiske rammeverket for mer kritiske vitenskapsperspektiver, samt alternative forståelser av evidensbasert behandling. Videre i introduksjonskapittelet, vil vi redegjøre for det teoretiske-metodologiske rammeverket som vår kvalitative undersøkelse bygger på. Mot slutten av introduksjonskapittelet vil vi presentere studiens hensikt.

### **Historisk utvikling av evidensbasert psykologisk praksis**

**Psykologiske behandlings komparative effekt.** Siden Lightner Witmer dannet den første psykologiske klinikken i 1896, har psykologer vært opptatt av å ha en forskningsmessig tilnærming til psykologisk behandling (American Psychological Association [APA], 2006). Etter Smiths og Glass' (1977) meta-analyse av psykologiske behandlings komparative effekt, fikk debatten om hvilke behandlingsmetoder som er best, mye oppmerksomhet (Rønnestad, 2008). Etter flere tiår med forskning på psykologiske behandlingsmetoders komparative effekt, har man likevel ikke kommet

frem til et entydig svar. For enkelte mindre komplekse psykiske lidelser har noen studier vist at det finnes spesifikke intervensjoner som fungerer bedre enn andre (for eksempel Chambless & Hollon, 1998; Clark et al., 2006; DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; Siev & Chambless, 2007, 2009; Siev, Huppert & Chambless, 2010; Watson, O'Hara & Stuart, 2008). Samtidig foreligger det meta-analyser som viser at effekten av ulike psykologiske behandlingsmetoder fungerer tilsvarende godt (for eksempel Wampold, Minami, Baskin & Tierny, 2002; Wampold et al., 1997).

**Fra effekt til evidens.** Selv om det fremdeles ikke er enighet i fagfeltet om hvordan man skal forstå de ulike resultatene effektforskningen har gitt oss, og hva det betyr for psykologisk praksis, utformet den amerikanske psykologforeningen (APA) kriterier for såkalt *empirisk validert behandling* (EVB) i 1995 (Odland, 2013; Rønnestad 2008; APA, 1995). For å kunne overbevise andre fagfelt, spesielt medisin (Albee, 2000), om psykologiske behandlingers effekt, ble randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trials, RCTs) benyttet for å vurdere hvorvidt en behandlingen kunne defineres som empirisk validert (Rønnestad, 2008).

Å benytte RCTer som grunnlag for å vurdere forskningslitteraturen i denne sammenhengen, kan sees i forbindelse med at The Cochrane Collaboration i 1993 stiftet en internasjonal komité for fagfelleevaluering. Hensikten var å skape en database for valid forskning, som klinikere skulle kunne anvende i sitt arbeid. Et av kriteriene for artiklene som ble utvalgt til cochrane-databasen, var at forskningen var RCT-basert (Holmes, Murray, Perron & Rail, 2006). RCT-designet er også omtalt som "gullstandarden" innen evidensbasert helsevitenskap (Sackett, 1997).

Å gi RCT-forskningen såpass høy status vekket mye engasjement og kritikk. Blant annet fordi denne definisjonen ekskluderte mange andre viktige kilder til kunnskap innen psykologisk forskning. Senere erstattet APA EVB med *empirisk støttet*

*behandling* (ESB), og begrepet fikk et nytt innhold. Fremdeles står den eksperimentelle metode sterkt når det er snakk om å vurdere effekten av ulike psykologiske behandlinger, men APA begrunner ikke ESB utelukkende med RCT-design (Rønnestad, 2008). Likevel er det en antakelse i forståelsen av ESB, om at visse forsknings- og behandlingsmetoder er bedre enn andre. Dette gjelder særlig kunnskap fra eksperimentelle forskningsdesign.

I 2004 samlet APAs nyvalgte president, Robert Levant, en komité med mål om å bli enige om en felles forståelse av hvordan *evidens* skal forstås og brukes i psykologisk praksis (Odland, 2013). Resultatet av denne prosessen ble APAs *Policy Statement on Evidence Based Practice in Psychology* (APA, 2005), og begrepet *evidensbasert praksis* (EBP) ble det nye begrepet amerikanske psykologer skulle forholde seg til. En av hovedforskjellene mellom ESB og EBP, er at definisjonen av EBP omfavner mer enn bare kunnskap om spesifikke behandlingsmetoder. I EBP skal forskningsevidens integreres med klinikerens ekspertise (erfaringskunnskap) og pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og preferanser (APA, 2005).

**Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis.** Norsk psykologforening (NPF) sluttet seg til APA sin rapport, og i januar 2007 vedtok Sentralstyret i NPF Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (NPF, 2007). Prinsipperklæringen definerer EBPP som ”integrasjon av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (NPF, 2007). Erklæringen inneholder en relativt kort beskrivelse av hva god psykologisk praksis innebærer, og faglige kvalitetskrav som stilles til denne praksisen (Høstmælingen, 2010). Det kommer ikke frem hva slags dokument en “prinsipperklæring” er, men Odland (2013) trakk en linje mellom erklæringen og helselovenes formulering om faglig forsvarlig praksis. I følge Holmén

(2009) skal erklæringen beskytte pasienter mot tilfeldig, uvirksom og skadelig behandling.

### **Betraktninger vedrørende evidensbasert behandling og**

**prinsipperklæringen.** Sammenlignet med hvordan APA først definerte kriterier for EVB, ser vi at vi de siste 20 årene har beveget oss i en retning hvor klinikerens erfaringskunnskap, og pasientens egenskaper og preferanser, er gyldige kunnskapskilder i praksis. Odland (2013) og Rønnestad (2008) påpekte likevel eksempler på omstridte spørsmål som fremdeles er aktuelle for forståelsen av EBPP. Spørsmålene dreier seg blant annet om hvilken kunnskap og forskning praksis skal være forankret i, hva som ligger i begrepet evidens, hvilke kriterier som skal benyttes for å sikre forskningens vitenskapelige kvalitet, og i hvilken grad praksis skal være forskningsbasert. Slike spørsmål er fundamentale for å forstå hva som ligger til grunn for psykologers praksis, samtidig vil de være sentrale for en eventuell implementering av pakkeforløp innen psykisk helsevern.

Utviklingen av psykisk helsevern de siste 20 årene, i retning av økende fokus på evidens, standardisering av behandling og forslag om pakkeforløp, kan forstås i lys av New Public Management (NPM). NPM er en fellesbetegnelse på metoder og prinsipper for organisering og styring av offentlig sektor, som forbindes med en nyliberalistisk ideologi (Hansen, 2014, 20. oktober). NPM hviler på en antakelsen om at offentlige virksomheter effektiviseres og kvalitetssikres dersom de ligner markedet, og er organisert etter markedsmodeller (Hansen, 2014, 20. oktober). Ekeland og kolleger (2011) mente at økende krav til effektivisering og kvalitetssikring av offentlige tjenester de siste 20 årene, er kanalisert inn mot konseptet evidensbasert praksis. På bakgrunn av dette, kan man stille seg spørsmål om utviklingen av evidensbasert praksis, er faglig eller politisk motivert.

De ulike betraktningene vedrørende evidensbasert praksis og prinsipperklæringen, berører temaer som vi ønsker å undersøke med vår hovedoppgave. Vi synes derfor at Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis er en naturlig tekst å undersøke i vår analyse. Erklæringen er et dokument norske psykologer forholder seg til, og den inneholder NPFs definisjon av EBPP. Dette gjør erklæringen til en toneangivende tekst i forståelsen av debatten om psykisk helsevern.

Diskusjonen rundt EBPP, kan forstås i lys av fagpersoners ulike vitenskapsteoretiske grunnantakelser om hva kunnskap er. Tankegangen om at en psykiske lidelse har en avgrenset observerbar størrelse, som er såpass lik for alle at den kan behandles gjennom en standardisert metode, passer inn i en positivistisk tankegang. Samtidig kan vi forstå deler av kritikken i lys av alternative vitenskapsteoretiske forståelser. Diskusjonen mellom fagfolk med de ulike vitenskapsteoretiske forståelsene, blir av Porter og O'Halloran (2008) omtalt som en "krig" innad i fagfeltet.

Videre vil vi nå presentere postmodernisme og poststrukturalisme, som et grunnleggende teoretisk rammeverk for mer kritiske perspektiver i psykologi. Deretter vil vi knytte dette vitenskapsperspektivet til et alternativt syn på evidensbasert behandling.

### **Alternative vitenskapsteoretiske forståelser**

Postmodernisme er ikke en formell kunnskapsretning, men heller en generell kritikk av ethvert tradisjonelt vitenskapelig utgangspunkt (Rychlak & Struckman, 2000). Selv et "vitenskapelig faktum", eksempelvis "beste evidens" i vår oppgave, vil kunne kritiseres av et postmoderne tankesett. Dette fordi konstruksjonen av beste evidens hviler på forutsetninger som alltid er åpne for evaluering og språklig tvetydighet (Rychlak & Struckman, 2000). Dette er ikke det samme som kulturell relativisme, som innebærer en antagelse om kunnskap som kulturelt betinget. Derimot

antas det innenfor postmodernisme at en ikke kan komme frem til en sannhet som er sikker, hverken mellom eller innad i, en kulturell kontekst (Rychlak & Struckman, 2000). Bakgrunnen for dette standpunktet er at postmodernismen betrakter språket som rammer for menneskets tanker, som gjør at vi er låst i en lingvistisk utveksling, eller dialog, hvor endelige svar er uoppnåelig (Rychlak & Struckman, 2000). Dette skyldes at motsetningene i språkets natur gjør at enhver meningsfull setning, også inneholder den samme påstandens negasjon, eller nektelse. Dette gjør at ytringen kan dekonstrueres og vris om, til å bety det motsatte av hva som i utgangspunktet ble forsøkt ytret (Rychlak & Struckman, 2000).

Et poststrukturalistisk forskningsparadigme undersøker forholdet mellom kunnskap, mening, makt og identitet. Dette forholdet påvirkes av institusjonelle, kulturelle og sosiale faktorer i kontinuerlig endring (Hughes, 2001). Av særlig interesse innenfor poststrukturalistisk paradigme er diskurser. Diskursbegrepet ble introdusert av Michel Foucault og kan defineres som et system av påstander som konstruerer et objekt (Parker, 1992). Diskursene handler altså ikke om objekter, men konstituerer disse objektene. Diskursene avgjør hva som kan bli sagt, hvem som kan snakke, og hvem som bringes til taushet. Diskurser oppnår og gir makt gjennom å skrives inn i institusjonelle strukturer og praksiser (Kenway, Willis, Blackmore & Rennie, 1998). Foucauldiansk diskursanalyse er derfor opptatt av de diskursive ressursene som er tilgjengelige for folk, og hvordan diskurser konstruerer subjektivitet, ens selvoppfattelse og maktrelasjoner (Willig, 2008).

Innenfor denne forståelsen anses individer som et produkt av språket, og poststrukturalistiske teoretikere er kritiske til antydninger om subjektiv enhet, eller en indre "essens" (Kenway et al., 1998). Her fremheves det at sosiale forutsetninger som klasse, kjønn og etnisitet er betingelser for meningsskaping. Fenomener som individ,

motivasjon, agens og følelser anses som produkter av diskurser. Poststrukturalistisk forskning fokuserer derfor på hvordan diskurser produserer fenomener, og hvordan fenomener får mening innenfor en gitt diskurs (Hughes, 2001).

### **Kritiske innvendinger til evidensbasert praksis**

Porter og O'Halloran (2008) oppsummerte de postmoderne og poststrukturalistiske innvendingene mot *evidensbasert helsevitenskap* (evidence-based health sciences, EBHS). Disse innvendingene kan forstås som kritikk av de underliggende premissene evidensbasert praksis bygger på. Holmes og kolleger, ble med sin artikkel *Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: Truth, power, and fascism* fra 2006, toneangivende i denne kritikken.

Holmes og kolleger (2006) mente at EBHS gjenspeiler en klinisk praksis som baserer seg på en empiristisk vitenskapelig forutsetning, og et newtonsk mekanistisk verdenssyn. Dette verdenssynet fremholder at virkeligheten er objektiv, altså at den eksisterer "der ute", absolutt uavhengig av menneskets observasjon, og den som observerer sin intensjon. Innenfor dette verdenssynet vil en fokusere på "fakta" eller "evidens", mens erfaringsbaserte fenomener vil betraktes som uvitenskapelige (Holmes et al., 2006).

Videre fremhevet de hvordan språket reproducerer maktrelasjoner, og det ideologiske aspektet ved forskning. Et eksempel på dette er hvordan rigiditet i forståelsen av evidens, forsterker ideen om evidens som grunnlag for beste praksis. Ifølge Holmes og kolleger (2006), ekskluderte denne rigiditeten alternative forståelser. Dette omtaler de som en mikrofascistisk maktutøvelse. En slik maktutøvelse kjennetegnes ved at kunnskap er ensporet, og motstand vanskeliggjøres ved at det blir en mindre meningssfære hvor det er rom for å forfatte kritikk. Holmes og kolleger

(2006) mente de underliggende premisserne for EBHS er problematiske, og etterspurte en flerstemmighet i helsefagsforskning.

Poststrukturalismens fokus på språk og Holmes og kollegers (2006) etterspørsel av større bredde i tilnærmingene til EBHS, understreker behovet for spesifikke alternative tilnærminger til evidensbasert praksis. Som et ledd i å fremheve marginaliserte forskningsmetoder er en utforskning av språket og språkets underliggende antagelser være hensiktsmessig. Ved å identifisere diskurser, samt utforske deres historie, institusjoner, maktrelasjoner og ideologi kan man bringe nytt lys over evidensbasert praksis. Oppgaven vil videre gjøre rede for kritisk realisme som et teoretisk-metodologisk utgangspunkt som fremhever hvordan språket kan utforskes som et forskningsobjekt i seg selv.

### **Kritisk realisme**

Innenfor et kritisk realistisk perspektiv antar en at språket konstruerer ens sosiale virkelighet, men disse konstruksjonene er til dels begrenset av materielle forutsetninger (Sims-Schouten, Sarah & Willig, 2007). Eksempler på materielle forutsetninger er i følge Parker (1992) fysisk tvang, materiell organisering av rom, og individers fysiske orientering i relasjon til diskurser, er eksempler på materielle begrensninger. Innenfor konstruksjonistisk psykologi har diskurser lenge blitt betraktet som en primær analyseenhet. Et kritisk realistisk standpunkt vil derimot hevde at materielle forutsetninger ikke kan reduseres til diskurser. Samtidig så vil disse materielle forutsetninger heller ikke gis mening utenom diskurser. Med andre ord påvirker fremdeles diskurser og materielle forutsetninger hverandre, men materielle forutsetninger gis en ontologisk status som er uavhengig av diskurser (Sims-Schouten et al., 2007).



Epistemologisk vil en kritisk realistisk posisjon fremheve at fullstendige vitenskapelige lovmessigheter er umulige. Dette betyr at vi ikke kan forstå menneskets kompleksitet ved å redusere det til sine bestanddeler eller biologiske forutsetninger, eksempelvis ved nevrologiske forklaringer innenfor psykologien. Det samme gjelder sosiale relasjoner og språk (Parker, 1992). I kritisk realisme ses sosiale samspill som åpne systemer som ikke kan tilnærmes uten at man selv inngår i dem. Lukkede systemer av sosialt samspill med kausale lovmessigheter eksisterer bare som et positivistisk ideal.

En positivistisk vitenskapsforståelse antar et direkte forhold mellom beskrivelsen og det som beskrives. Dette skaper en spenning mellom ontologi og epistemologi, mellom virkeligheten der ute og forståelsen av den. Kritisk realisme anser denne spenningen som fruktbar i generering av kunnskap. Dette står i kontrast til et positivistisk perspektiv hvor dette ofte anses som et problem som må løses og at man på den måten kan komme nærmere virkeligheten (Parker, 1992). I kritisk realisme fremheves det at de vitenskapelige idéene, den ytre virkelighet, er sosialt og historisk konstruert. Antagelsen om en ytre virkelighet er imidlertid en forutsetning for vitenskap, da vitenskapelige idéer må "omhandle noe", selv om tilgang til en uavhengig virkelighet betviles. Vitenskap forstås derfor som ulike "nivåer" av tilnærminger til en ytre virkelighet (Benton, 2004). Videre fremheves det at disse nivåene i seg selv kan studeres. Parker (1992) påpekte hvordan språket eller diskurser kan studeres "som om de var et objekt" innenfor kritisk realisme. Dette er i tråd med Derridas påstand om hvordan vår tilgang til virkeligheten er språklig mediert, samt at anerkjennelsen av denne distansen gjennom å studere språkets egenskaper, kan fremme dypere forståelse (Burman & Maclure, 2011).

Ved bruk av foucauldiansk diskursanalyse kan en beskrive de diskursive verdenene som folk lever i, og utforske hvilke implikasjoner disse har for subjektivitet

og erfaring (Willig, 2008). Eksempel på dette er hvordan det kan oppleves å være posisjonert som “frisk”, “syk”, “gal” eller “normal”.

### **Studiens hensikt**

EBPP er et førende prinsipp for alle norske psykologer. Implementeringen av dette, i et variert spekter av psykologisk tjenesteutøvelse, kan være problematisk på flere måter. I vår opplevelse av debatten om EBPP, fremstår det et hovedskille mellom to parter. På den ene siden er de som mener at psykoterapi må ledes av en gitt type forskning. På den andre siden er de som fremhever hvordan psykoterapi er en ansiktsnær relasjonell praksis, hvor terapeutens kliniske skjønn er sentralt, og at praksisen kan informeres av flere typer forskning. Dette kan ses på som henholdsvis et kvantitativt og et kvalitativt utgangspunkt. Siden kvalitative tilnærminger til EBPP er etterspurt, og vi selv har en interesse for hvordan språket konstruerer virkeligheten, vil vi i denne hovedoppgaven komplementere de kvalitative tilnærmingene. Ved å anvende Parkers variant av foucauldiansk diskursanalyse, vil vi undersøke EBPP i et diskursivt perspektiv. En gjennomgang av de spesifikke analysestegene, blir beskrevet i metodekapittelet.

En definisjon av EBPP finner vi i Prinsipperklæring om evidensbasert praksis, som NPF vedtok i 2007. Prinsipperklæringen kan dermed sees som det sentrale dokumentet i debatten som angår norske psykologer. Formålet med denne hovedoppgaven er å kunne belyse noen av de underliggende premissene i debatten om EBPP. Dette vil vi gjøre gjennom å identifisere hvordan objekter konstrueres av diskurser, samt undersøke disse diskursenes egenskaper. Med dette ønsker vi å forstå hvordan EBPP gis mening i prinsipperklæringen.

Vi har utledet følgende forskningsspørsmål som guider denne hovedoppgaven:

1. Hvordan konstrueres evidensbasert psykologisk praksis?

## 2. Hvilke konsekvenser kan disse konstruksjonene ha for psykologer?

### **Metode**

Denne hovedoppgaven vil belyse evidensbasert psykologisk praksis gjennom en diskursanalyse av Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Denne diskursanalysen tar utgangspunkt i Foucaults diskursbegrep og benytter Parkers (1992) retningslinjer for diskursanalyse. Vi vil i metodekapittelet presentere relevant informasjon om oss som diskursanalytikere. Vi vil også gi en introduksjon til tekstmaterialet vi har analysert. Deretter vil vi beskrive Parkers stegvise metode for diskursanalyse. Mot slutten av metodekapittelet vil vi presentere kriterier for å evaluere en kvalitativ studie med lignende epistemologiske antakelser.

### **Om oss**

Vi er tre etnisk norske menn i midten av tyveårene, som snart er ferdig utdannede psykologer. De siste seks årene har vi fått opplæring i psykologiske teorier og forskningsmetoder, og vært gjennom flere ulike praksiserfaringer. Debatten rundt evidensbasert behandling har vi fulgt i løpet av studietiden, den har vært et tema i forelesninger og i diskusjoner med medstudenter. Som snart ferdig utdannede psykologer, er temaet relevant for vår fremtidige arbeidshverdag.

Gjennom profesjonsstudiet i psykologi har vi tilegnet oss en del kunnskap om hvordan vi skal orientere oss om forskning på klinisk psykologi. Vi har også begynt å utvikle vår kliniske ekspertise gjennom diverse praksiserfaringer, og dette er en kompetanse vi ønsker å utvikle videre. I tråd med prinsipperklæringens påstand om hvordan klinisk ekspertise utvikles, ønsker vi å benytte anledningen under hovedoppgavesemesteret til å få en dypere teoretisk forståelse av underliggende premisser for hva som anses som “den beste tilgjengelige forskning”. For å stimulere til refleksjon rundt vår fremtidige praksis ønsker vi å undersøke hva som ligger til grunn

for psykologers praksis i dag. Vi anser Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis som et sentralt dokument i denne sammenhengen.

### **Tekstutvalg**

Prinsipperklæringen ble vedtatt av Sentralstyret i NPF i 2007, og er ment å favne såpass bredt at den skal kunne gjenspeile det mangfoldet av virksomheter hvor norske psykologer praktiserer. Prinsipperklæringen inneholder også en definisjon av EBPP, som den forståelsen av evidensbasert behandling som er mest relevant for oss som psykologer. Dette gjør prinsipperklæringen til en toneangivende tekst i debatten om psykisk helsevern.

Med utgangspunkt i våre forskningsspørsmål, anser vi prinsipperklæringen som en naturlig tekst å bruke som analyseobjekt i vår undersøkelse av EBPP.

### **Gjennomføring av analysen**

Vi kopierte den fullstendige prinsipperklæringen inn i et dokument og linjenummerert det (se Appendiks A). Dette gjorde vi for å lettere kunne referere til prinsipperklæringen og således fremme transparens og etterrettelighet. Dette gjorde også kommunikasjon mellom oss lettere. Analysen foregikk gjennom en refleksiv dialogisk prosess mellom oss tre.

### **Diskursanalyse i henhold til Ian Parker**

I hovedoppgaven har vi brukt Parkers (1992) forslag til 10 kriterier og tilhørende 20 analysesteg for å gjennomføre en diskursanalyse (Se Tabell 1). Resultatene av de seks første kriteriene vil bli presentert i resultatkapittelet, mens de fire siste kriteriene vil bli videre drøftet i diskusjonskapittelet. Dette skyldes at de fire siste kriteriene omhandler historie, institusjoner, makt og ideologi, og dette gjør at de ikke lar seg presentere uten at de diskuteres opp mot andre tekster.

**Kriterium 1. Diskurser realiseres i tekst.** Diskurser realiseres gjennom tekst.

En finner aldri en diskurs, men en kan avdekke deler av den. Tekst forstås her som fragmenter av mening som kan fortolkes. Derrida påpekte hvordan mening ikke kan eksistere uavhengig av tekst, at fenomener alltid er utelukkende tekstuelle og ikke har en eksistens uavhengig av denne (Burman & Maclure, 2011). Når en avdekker hva en tekst betyr, elaborerer en mening ut over et individs intensjon. Diskursen er transindividuell (Parker, 1992). Det påfølgende arbeidet blir da å utforske konotasjoner, allusjoner og implikasjoner som teksten frembringer. Forskjellige diskurser vil være tilgjengelige for ulike mottakere, ettersom at fortolkninger vil være forskjellige. Basert på dette blir de første analysestegene:

- Steg 1. Behandle objektet en er interessert i som tekst som en kan behandle som ord.
- Steg 2. Utforske tekstens konnotasjoner gjennom en form for fri assosiasjon som best lar seg gjennomføre sammen med andre.

**Kriterium 2. Diskurser omhandler objekter.** Når en studerer diskurser innebærer analysen minst to lag av objektivisering. Diskurser er en praksis som systematisk skaper objektet som det referer til og det er ikke klare skillelinjer mellom de tingene som vi vet eksisterer utenfor diskurser, og de tingene som kanskje kun eksisterer innenfor en diskurs. Det første laget blir da tingene som diskursen referer til og det andre laget med objektivisering er diskursen i seg selv (Parker, 1992). En diskurs handler om objekter, og en diskursanalyse handler om diskurser som objekter. Dette gir videre følgende steg:

- Steg 3. Spørre hvilke objekter det referes til, og beskrive dem.
- Steg 4. Snakke om den foregående “samtaleten” som om det i seg selv var et objekt, altså

en diskurs.

**Kriterium 3. Diskurser inneholder subjekter.** Når man gjør en diskursanalyse, må man alltid spørre seg hvilke subjektposisjoner kan en inneha i teksten man analyserer. Dette foregår på to måter. For det første så vil en alltid ha en spesifikk posisjon når en mottar budskapet som en tekst formidler. For det andre vil det være en implisitt forventning i teksten for hvordan en skal respondere som mottaker (Parker, 1992). De neste stegene av analysen blir da:

- Steg 5. Spesifisere hvilke type personer som det prates om innenfor en diskurs.
- Steg 6. Spekulere om hva en kan si hvis en er posisjonert innenfor en bestemt diskurs (hvilke rettigheter en har til å prate innenfor den form for prat).

**Kriterium 4. Diskurser er koherente meningssystemer.** Diskurser er et hvert system av påstander (Parker, 1992). Diskursive uttalelser kan grupperes og rekonstrueres. Dette baseres på kulturelle antagelser om hva som kan grupperes innenfor et tema, og benytter seg av det faktum at ulike kulturer vil kunne komme frem til forskjellige grupperinger. Ofte er disse ulikhetene drevet av hvem som tjener på en viss forståelse av diskursen (Parker, 1992). Dette danner grunnlag for de neste stegene i analysen:

- Steg 7. Lage et bilde av den verden diskursen representerer.
- Steg 8. Forstå hvordan en tekst som benytter seg av denne diskursen, ville håndtert innvendinger til terminologien.

**Kriterium 5. Diskurser refererer til andre diskurser.** Post-strukturalister hevder at ens tanke sett er knyttet til ens språk, og refleksivitet er således regulert av språket. Refleksivitet vil da innebære å benytte seg av tilgjengelige diskurser, samtidig som motsetninger i en diskurs åpner opp for spørsmål om hvilke andre diskurser som er tilstede. I praksis begrenser diskurser hva en meningsfylt kan snakke om. Diskurser gir

rammer, i form av konsepter, metaforer, modeller, og analogier, for hva en kan si innenfor diskursen. Dette gir to viktige poeng. For det første så er det alltid en nærmest ubegrenset mengde metaforer eller analogier fra andre diskurser som en kan benytte seg. For det andre så fasiliteres analysen av motstridende måter å beskrive noe på (Parker, 1992). Dette gir følgende analysesteg:

- Steg 9. Lage kontrasterende måter å prate om diskurser på, sett disse opp mot hverandre, og se på de ulike objektene som de konstituerer.
- Steg. 10. Identifisere steder hvor diskurser overlapper og hvor de konstituerer noe som ser ut som det "samme" objektet på ulike måter.

**Kriterium 6. Diskurser reflekterer over ens egen måte å prate på.** Grunnet språkets natur, vil en diskursiv påstand alltid inneholde en opposisjonell posisjon. Diskurser kan inneholde egne forhandlinger, og disse skal behandles som diskursens implisitte fremfor eksplisitte mening (Parker, 1992). Dette gir følgende analysesteg:

- Steg 11. Referere til andre tekster for å utdype diskursen, gjerne dens implisitte innhold, og adressere forskjellige mottakere.
- Steg 12. Reflektere over begrep som blir benyttet for å beskrive diskursen, hvilket inneholder moralske og politiske valg som den som analyserer må ta.

**Kriterium 7. Diskurser er historisk forankret.** Diskursananalyse kan ikke forekomme uten at en lokaliserer diskursen innenfor en gitt tid, altså i en historisk kontekst (Parker, 1992). Dette deles inn i følgende analysesteg:

- Steg 13. Se etter hvordan og hvor en diskurs oppstod.
- Steg 14. Beskrive hvordan diskursen har forandret seg, og hvordan de har fortalt en historie om noe som alltid var der, klart til å bli oppdaget.

**Kriterium 8. Diskurser støtter institusjoner.** Foucault mente at en burde behandle diskurser og praksiser som det samme. Bakgrunnen for dette er at materielle

praksiser alltid har en mening, de har med andre ord status som tekst), samtidig som både muntlig og skriftlig språk er en handling (Parker, 1992). Diskursive praksiser vil da være de som, blant mange ting, reproducerer den materielle forutsetningen for institusjoner. Derfor bør en gjennomføre følgende analysesteg:

- Steg. 15. Identifisere institusjoner som forsterkes ved bruk av en diskurs.
- Steg 16. Identifisere institusjoner som blir marginalisert eller undergravd ved bruk av en diskurs.

**Kriterium 9. Diskurser reproducerer maktrelasjoner.** Til tross for at diskurser reproducerer maktrelasjoner, er ikke dette det samme som å hevde at makt er en nødvendig forutsetning for å avdekke en diskurs. Hadde dette vært tilfellet, ville en lett kom til å hevde at makt eksisterer overalt. Dette ville gjort makt mindre interessant, og vanskelig å endre politisk (Parker, 1992). Et slikt utgangspunkt vil vanskeliggjøre å yte støtte til de som tilhører mer marginale grupper innenfor en dominerende diskurs. Dette gir følgende analysesteg:

- Steg. 17. Se på hvilke kategorier av personer som vinner og taper når en benytter seg av diskursen.
- Steg 18. Se på hvem som vil promotere og hvem som vil oppløse diskursen.

**Kriterium 10. Diskurser har ideologiske effekter.** Foucault (1980) mente at ideologi kom forut for sannhet, og at det derfor var mer hensiktsmessig å kalle dette for sannhetsregimer (Parker, 1992). Parker (1992) mente at en må passe seg for to fallgruver vedrørende ideologi. En bør ikke beskrive all diskurs som ideologisk, da ville også ideologi kunne eksistert overalt, og da ville heller ikke dette vært et felt av interesse lenger. En bør heller ikke prøve å skille mellom diskurser som er ideologiske og de som forteller sannheten. Feilen ved begge disse fallgruvene er at ideologi blir behandlet som en ting, eller håndteres på bakgrunn av dets innhold. En burde heller se



på ideologi som en beskrivelse av forhold og effekt, og disse forholdene må beskrives i en historisk kontekst. Dette gjør en ved følgende analysesteg:

- Steg 19. Vise hvordan en diskurs forbindes med andre diskurser som sanksjonerer undertrykking.
- Steg 20. Vise hvordan diskurser tillater dominante grupper å forteller deres narrativ om fortiden for å rettferdiggjøre nåtiden, og forhindre de som er posisjonert innenfor undertrykkende diskurser fra å forme vår historie.

### **Evaluering av metode**

Willig (2013) beskrev noen generelle kriterier for å evaluere kvalitativ forskning:

Kvalitativ forskning av god kvalitet kjennetegnes ved tydelig og systematisk presentasjon av analysen, som igjen er forankret i ens data eller utvalg og som har et bevisst forhold til refleksivitet. I tillegg til dette så skal forskningen være bevisst ens kontekstuelle og teoretiske spesifisitet, og hvilke begrensninger dette skaper for forskningens relevans og anvendelighet (s. 171).

Det har imidlertid blitt diskutert om hvorvidt ulike kvalitative tilnærminger har nok til felles, til at det er mulig å evaluere dem på bakgrunn av de samme kriteriene (Willig, 2013). Både Reicher (2000) og Madill, Jordan og Shirley (2000) argumenterte for at kvalitativ forskning kjennetegnes ved et epistemologisk mangfold, og at dette har implikasjoner for evalueringen. Parkers (1992) versjon av Foucauldiansk diskursanalyse, som kan plasseres innenfor kritisk realisme, må sies å ha en konstruksjonistisk epistemologi. I følge Willig (2013) så vil kvalitative studier med en konstruksjonistisk epistemologi best evalueres på bakgrunn av historiene de forteller. Dette gjelder hvorvidt historien er god, tydelig, internt koherent, og tilstrekkelig differensiert. Videre må en vurdere hvorvidt den produserer ny innsikt, og om den er

overbevisende. Forskning med en konstruksjonistisk epistemologi, kan ikke evalueres på bakgrunn av eksterne betingelser, den må heller evalueres på ens egne betingelser (Willig, 2013). Dette betyr ikke at enhver fortolkning er like god som en annen (Madill et al., 2000). Det betyr snarere at en evaluerer forskningens kvalitet fremfor validitet.

### **Resultater**

I dette kapitlet av hovedoppgaven vil vi beskrive resultatene av vår analyse av evidensbasert praksis i prinsipperklæringen. Som nevnt i metodekapitlet vil vi her presentere resultatene av analysen for kriterie 1 til 6 og deres tilhørende 12 analysesteg. For leservennlighetens skyld vil vi presentere resultatene fra steg 4 til 8 samlet, én diskurs av gangen.

#### **Steg 1: Behandle objektet en er interessert i som tekst som en kan behandle som ord**

Prinsipperklæringen er formalisert som skrevet tekst. Prinsipperklæringen er hentet fra Tidsskrift for Norsk Psykologforenings nettsider og kopiert inn i et eget dokument og linjenummerert (Appendiks 1).

#### **Steg 2: Utforske tekstens konnotasjoner gjennom en form for fri assosiasjon som best lar seg gjennomføre sammen med andre**

I dette steget ble tekstmaterialets umiddelbare konnotasjoner, både tekstuelt eksplisitte og implisitte, utforsket gjennom dialog i gruppen. I dette steget gikk vi frem ved å sammen lese prinsipperklæringen, for deretter å benevne alle konotasjoner og utdype og drøfte disse i fellesskap.

Prinsipperklæringen fremstår for oss som et dokument som er ment å ivareta psykologers og pasienters interesser. Denne assosiasjonen får vi blant annet gjennom erklæringens redegjørelse for hensikten med EBPP ”Hensikten med EBPP er å fremme

virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ... ” (Appendiks A, linje 18-21).

Språket i prinsipperklæringen gir oss også en assosiasjon om en underliggende ateoretisk holdning. Dette inntrykket får vi ikke gjennom erklæringens eksplisitte uttalelser, men heller gjennom det den ikke informerer om. Erklæringen gir ingen referanser til teoretisk forankring. Ettersom erklæringen er vedtatt av Sentralstyret i NPF, og publisert i foreningens tidsskrift (NPF, 2007), antar vi at den er utarbeidet av flere personer med ulik bakgrunn. Når vi leser beskrivelsen av “beste forskningsevidens” (Appendiks A, linje 22-42) får vi også inntrykk av at evidens kan ha opprinnelse fra flere ulike forskningsfelt og metodologier. For oss virker det fornuftig å ta høyde for at det finnes flere kilder til relevant kunnskap om hva som utgjør god praksis. Samtidig får det oss også til å stille spørsmål ved om det egentlig er mulig å ikke ta noen som helst teoretisk standpunkt, og om ateoretiske formuleringer bidrar til å ”ufarliggjøre” teksten og gjør den vanskeligere å kritisere. Assosiasjonen vi får av erklæringen som ateoretisk kommer også som en følge av at det ikke står noe i teksten om faglige uenigheter. Videre gir dette oss et inntrykk av at erklæringen tar for gitt at det er en bred enighet om en ukomplisert virkelighetsforståelse av psykologiske fenomen som objektive.

I vår lesing av prinsipperklæringen får vi assosiasjoner til en underliggende positivistisk holdning gjennom følgende sitat: ”Generelt sett skal evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og en omfattende underbyggende evidens” (Appendiks A, linje 28-31). Hos oss vekker dette også assosiasjoner til en hierarkisk forståelse av vitenskap, altså at visse metoder er bedre egnet til å oppnå tilgang til en objektiv virkelighet. Dette er noe

vi igjen assosierer med fagfelt som medisin, hvor randomiserte, kontrollerte studier omtales som ”gullstandarden” innenfor forskning.

Vår assosiasjon til positivisme får oss til å anta at prinsipperklæringen har et annet ontologisk og epistemologisk standpunkt enn dette prosjektets diskursive tilnærming. Det sies ikke eksplisitt noe om hvilket ontologisk og epistemologisk standpunkt prinsipperklæringen tar. Dette får oss til å anta at positivismen er en dominerende diskurs i psykologifaget, som prinsipperklæringen er med på å reprodusere.

Måten prinsipperklæringen omtaler psykologer forskere og/eller praktikere på gir oss en assosiasjon til at forskning og praksis er to adskilte ”verdener”. For oss virker det som om forskeren jobber mot å finne universelle lover og sannheter. I praktikerens verden er det mangel på kontroll og praktikerens jobb er å bruke forskerens lover og sannheter til å få orden på en rotete verden.

For oss vekker prinsipperklæringen assosiasjoner om et asymmetrisk maktforhold mellom psykolog og pasient, og en sykeliggjøring av sistnevnte. Bakgrunnen for denne assosiasjonen er prinsipperklæringens bruk av ord og begreper som ”ekspert”, ”pasient”, ”behandling”, ”kliniske problemer” og ”lidelser”. Dette gir videre assosiasjoner til praktikerens autoritet og definisjonsmakt over menneskelige tilstander, samt pasientens avhengighetsforhold til en slik autoritetsfigur.

I vårt forsøk på å forstå hvilken rolle makt har i prinsipperklæringen begynner vi også å tenke på hvordan ansvar er fordelt. På en side kan det virke som psykologen har et ansvar i den forstand av at han eller hun er ”eksperten” i følge erklæringen. Samtidig trekkes det frem at pasientegenskaper som ”endringsvillighet”(Appendiks A, linje 68) og ”deltakelse fra en aktiv og velinformert pasient” (Appendiks A, linje 86) er avgjørende for en vellykket psykologisk tjeneste, og at pasientkarakteristikker “må tas

hensyn til under etablering og ivaretagelse av en behandlingsrelasjon og gjennomføring av spesifikke intervensjoner” (Appendiks A, linje 69-71).

Når vi leser prinsipperklæringen begynner vi også å tenke på hva slags dokument dette er. Vi får assosiasjoner til at erklæringen kanskje er ment som krav eller plikter som stilles til psykologisk praksis, for å sikre pasienters rettigheter ved å fungere som en kvalitetssikring. Vi kan også lese den som “mykere” retningslinjer, ment for å være til støtte for psykologer. De ulike lesningene gir ulike forståelser av hvordan man skal anvende prinsippene, om det er noe psykologer *skal* følge, eller *kan* følge.

Prinsipperklæringen gjør oss videre oppmerksom på en potensiell konflikt mellom hensyn hos psykologer. Særlig tenker vi på hvordan psykologer må navigere mellom å forholde seg til prinsipperklæringen og evidens, samtidig som psykologer må utøve behandling tilpasset hver enkelt pasients behov og preferanser.

### **Steg 3: Spørre hvilke objekter det referes til, og beskrive dem**

I dette steget skal man undersøke de “tingene”, eller “objektene”, diskursen refererer til og hvordan disse “tingene” fremstilles. Ut i fra våre målsetninger og forskningsspørsmål betrakter vi *evidens* og *praksis* som de viktigste og mest fremtredende diskursive objektene i teksten. Derfor vil vi analysere de ulike måtene evidens og praksis synes å bli konstruert på i prinsipperklæringen.

**Konstruksjoner av evidens.** Vi har identifisert to konstruksjoner av evidens i vår analyse. Disse konstruksjonene av evidens er *resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter og førende for psykologisk praksis*.

**Resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter.** I prinsipperklæringen leser vi evidens som *resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter*. Det fremheves at evidens skal være basert på den ”beste” forskningen som er tilgjengelig, og det blir da nødvendig å evaluere ulike former for

forskningsevidens. Forskning som vurderes å være klinisk relevant, omtales som evidens. Dette leser vi i følgende sitater fra prinsipperklæringen: “Beste forskningsevidens refererer til vitenskapelige resultater vedrørende intervensjonsstrategier, utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fremkommet så vel i laboratoriestudier som gjennom forskning i ordinær tjenesteyting, og dessuten klinisk relevante resultater fra grunnforskning innen psykologi og beslektede fagfelt.” (Appendiks A, linje 23-26), og “Generelt sett skal evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og en omfattende underbyggende evidens.” (Appendiks A, linje 28-31). I denne sammenhengen, legger vi spesielt merke til begrepene “systematiske oversikter”, “effektstørrelser” og “statistisk signifikans”. I vår lesning av dette, får vi inntrykk av at det hovedsakelig er kvantitativ forskning som har de kvalitetene som inngår i beste forskningsevidens.

***Førende for psykologisk praksis.*** Vi leser også evidens som konstruert som *førende for psykologisk praksis*, og derav begrepet ”evidensbasert psykologisk praksis” (EBPP). Dette leser vi i følgende sitat: “Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper ...” (Appendiks A, linje 18-20). Begrunnelsen for å drive med EBPP, til forskjell fra annen psykologisk praksis, er å altså å fremme effektiv behandling og å forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper. Dette gir oss en forståelse av evidens som empiri.

Sett i sammenheng med vår første konstruksjon av evidens er vår oppfatning at empiri, hovedsakelig fra kvantitative studier, skal være førende for psykologisk praksis.

**Konstruksjoner av praksis.** Vi har identifisert fem konstruksjoner av praksis i vår analyse. Disse er *utvikling og bruk av ekspertise, hensiktsmessig og virksom, psykologens tilpasning til pasient, integrering og inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd.*

**Utvikling og bruk av ekspertise.** I vår rekonstruksjon av prinsipperklæringen leser vi praksis som *utvikling og bruk av ekspertise*. I prinsipperklæringen beskrives praksis blant annet som utvikling av kunnskap, opplæring, selvrefleksjon, og observasjon. Dette ser vi i følgende sitat: “Denne kompetansen inkluderer ... vurdering og bruk av forskningsbasert evidens fra både grunnforskning og anvendt psykologisk vitenskap” (Appendiks A, linje 45, 50-51). Dette leser vi som at en som viser klinisk ekspertise, og utøver evidensbasert psykologisk praksis, også ta stilling til hvilken forskning som ska en skal basere sin praksis på. Samtidig handler praksis om å stimulere til og evaluere ny forskning. Dette ser vi i følgende sitat: “Imidlertid må både psykologisk praksis som er mye brukt, og arbeidsmåter som er nyutviklet i praksisfeltet eller i laboratoriet, evalueres grundig, og hindringer for gjennomføring av slik forskning må identifiseres og bearbeides” (Appendiks A, linje 40-42).

**Hensiktsmessig og virksom.** Vi ser tegn til at praksis er konstruert som *hensiktsmessig og virksom*. Dette ser vi i sitatet: ”Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon.” (Appendiks A, linje 18-21). Vi ser også dette i sitatet: “En betydelig mengde evidens basert på en rekke ulike typer forskningsdesign og metodologier underbygger at psykologisk praksis er virksom.” (Appendiks A, linje 26-28). Vår forståelse av dette, er at praksis er hensiktsmessig og virksom når det benyttes behandlingsmetoder som er blitt validert gjennom forskning.

***Psykologens tilpasning til pasient.*** Vi forstår praksis som *psykologens tilpasning til pasient*. Dette ser vi i sitatet: “Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser” (Appendiks A, Linje 66-67). I vår lesning oppfatter vi dette som at psykologen i tillegg til å benytte forskning om hva som er hensiktsmessig og virksomt, skal tilpasse dette til den enkelte pasient. Slik vi leser dette, betyr det at forskningen er en grov “mal” som benyttes for å angi spesifikke behandlingsintervensjoner, mens de spesifikke detaljene må skreddersys til den enkelte pasient.

***Integrering.*** Praksis konstrueres i vår lesning som en evne til å integrere kunnskap fra forskning med den kunnskapen pasienten har med seg om sin tilstand. Dette ser vi i sitatet: “Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Appendiks A, linje 13-15). Samtidig forstås praksis som integrering av forskning fra ulike fagfelt: “Helsepolitikk og praksis preges også av forskning på områder som folkehelse, epidemiologi, menneskers utvikling, sosiale relasjoner og nevrovitenskap.” (Appendiks A, linje 34-36).

I vår lesning får vi ikke noen inntrykk av hvordan integrering skal gjøres. Istedenfor virker det for oss, som om dette er opp til enkelte psykolog å vurdere hvordan hun eller han skal integrere. Vi forstår dette som psykologers mulighet for å utdøve skjønn i praksis. Dette skjønnnet brukes til å samle informasjon fra ulike kilder som forskning, egen erfaring og kunnskap om pasienten, for så å vurdere hvilken informasjon som er relevant i den aktuelle problemstillingen.



*Inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd.* I vår lesning konstrueres praksis som *inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd*. Eksempler på kliniske ledd er: Utredning, diagnostisk vurdering, kasusformulering, behandlingsplan, behandling, intervensjon og observasjon (Appendiks A, linje 20-21; Appendiks A, Linje 32; Appendiks A, Linje 47; Appendiks A, Linje 86). Eksempler på forskningsledd er: Klinisk observasjon, systematiske oversikter og systematiske oppsummeringer av randomiserte kliniske forsøk (Appendiks A, Linje 29; Appendiks A, Linje 32-33).

De kliniske leddene, fremstår for oss som en oppskrift på klinisk praksis. Vi leser de ulike leddene som adskilte deler av et behandlingsforløp, som bygger på hverandre i en kronologisk rekkefølge. Forskningsleddene leser vi som ulike forskningsmetoder som anses som gyldig informasjonskilder til forskning.

#### **Steg 4-8: Diskurser, subjektposisjoner og koherente meningssystemer**

I disse stegene betraktes prinsipplæringens talemåte som et forskningsobjekt i seg selv, som diskurser. Steg 4-8 vil redegjøre for de fire diskursene vi har identifisert, diskursenes subjektposisjoner og de meningssystemene diskursene konstruerer. Det struktureres slik da det fremstår som mer leservennlig. Vi har i vår lesning identifisert fire diskurser; diskurs om *klinisk autonomi*, *psy-kompleks diskurs*, *positivistisk diskurs* og *nyliberalistisk diskurs*.

**Diskurs om klinisk autonomi.** Praksis konstruert som utvikling og bruk av ekspertise, som integrering og som psykologens tilpasning synes å kunne lokaliseres innen en *diskurs klinisk autonomi* ettersom at tilpasning, integrering og utvikling og bruk av ekspertise forutsetter en autonom kliniker med klinisk ansvar. Dette ser vi i følgende sitat:

Psykologenes kliniske ekspertise innbefatter omfattende kunnskap og ferdigheter som fremmer positive terapeutiske resultater. Denne kompetansen inkluderer: a) gjennomføring av utredninger og utarbeiding av diagnostiske vurderinger, systematiske kasus formuleringer og behandlingsplaner, b) klinisk beslutningstaking, gjennomføring av behandling og å følge med på pasientens utvikling, c) inneha og bruke interpersonlig ekspertise, inkludert utvikling av terapeutiske allianser, d) kontinuerlig selvrefleksjon og utvikling av profesjonelle ferdigheter, e) vurdering og bruk av forskningsbasert evidens fra både grunnforskning og anvendt psykologisk vitenskap, f) forståelse av individuelle, kulturelle og kontekstuelle forskjellers betydning for behandlingen, g) anvendelse av tilgjengelige ressurser (f.eks. konsultasjon, støttende eller alternative tjenester) etter behov, og h) ha en solid begrunnelse for de kliniske tilnærmingene (Appendiks A, linje 44-54).

Sitatet over viser at diskursen om profesjonell autonomi også manifesterer seg som en forventning om at individet innehar motivasjon og er i stand til å foreta selvstendige valg. Innenfor diskursen stilles psykologen i en posisjon hvor man skal kunne orientere seg, selvreflektere, forstå hva behandling innebærer, aktivt samarbeide med klient og fatte beslutninger i behandlingsprosessen. Diskursen om klinisk autonomi konstruerer altså et verdensbilde hvor individer er uavhengige, i stand til å reflektere over egne tanker, samt fatte vanskelige beslutninger. Dette forutsetter også en idé om mennesket som preget av sluttethet og finalitet, løsrevet fra sin omverden.

I diskursen om klinisk autonomi finner vi subjektposisjonene *selvstendig tjenesteyter* og *regelstyrt tekniker og pasient*. På tross av evidens som "førende" forventes kliniker å blant annet å skulle integrere, evaluere, reflektere, fatte

beslutninger, observere og bedrive selvrefleksjon. Kliniker innenfor denne disse subjektposisjonene gis høyt individuelt ansvar hvor behandling må utøves med hensyn til pasients karakteristika, ønsker og behov, samt prinsipperklæringens krav om å forholde seg til “den beste tilgjengelige forskning”. Pasienten fremstår i vår lesning som mottaker av et sluttprodukt etter at klinikerer har integrert evidens i en selvreflekterende prosess rundt egne egenskaper og tilpasset dette til pasient.

Innvendinger mot en antagelse om psykologen som selvstendig beslutningstaker tenkes å bli kritisert for å være i strid med vestlige frihetsidealer. Man kan ved innvending mot diskurs om klinisk autonomi også kritiseres for at man undervurderer autonomi som forutsetning for relasjon til den enkelte pasient og derfor for å være autoritær. Man kan videre bli kritisert for å være fordomsfull i form av å generelt undervurdere “pasienters” særegenheter og behovet for tilpasning til deres egenskaper. Man kan også se for seg at argumenter mot psykologens mulighet til selvstendighet i integrasjon, vurdering og tilpasning i sitt virke på tross av sterk styring ovenfra (eksempelvis som i prinsipperklæringen), vil bli møtt med kritikk for å underkjenne psykologens kompetanse. Man kan også se for seg å bli møtt med påstander om prinsipperklæringen som “førende”, og ikke som “regler” for praksis.

**Psy-kompleks diskurs.** Basert på vår lesning kan konstruksjonen av evidens som førende for psykologisk praksis, og praksis som hensiktmessig og virksom lokaliseres innenfor en *psy-kompleks diskurs*. Dette forstås slik fordi det som ligger til grunn for psykologisk praksis kan tenkes å være de forskjellige fagfeltene som definerer psy-komplekset. Samtidig fremstår diskrepansen mellom frisk og syk i vår lesning som en forutsetning for å kunne evaluere tiltak som hensiktsmessig og virksomme eller ei. Dette ser vi i følgende sitat: “Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde

prinsipper for psykologisk utredning, kasesformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon.” (Appendiks A, linje 18-21).

Den psy-komplekse diskursen konstruerer et dikotomt verdensbilde hvor normal og abnormal settes opp mot hverandre. Videre fremstilles det syke eller abnormale som noe som må endres for å oppnå normalitet.

I den psy-komplekse diskursen identifisert i prinsipperklæringen finner vi subjektene *syk, pasient, frisk, ekspert, psykolog og behandler*. *Ekspert, psykolog og behandler* omtales i teksten som å definere sfæren som er psy-komplekset. Teksten impliserer at de innehar en subjektposisjon hvor de har makt til å definere hva som er vanlig eller hva som må betraktes som avvikende innenfor denne kunnskapssfæren. De syke eller pasientene er de som betraktes som avvikende fra den normale, og er avhengig av eksperten, psykologen, eller behandler sin hjelp for å kunne tilbakevende til det normale. I vår lesning forstår vi den syke eller pasienten som å inneha en hjelpetrengene subjektposisjon med lite makt. De syke eller pasienten oppfordres videre til å samarbeide med psykologen eller behandler for å maksimere effekten av nødvendig behandling.

Innenfor en psy-kompleks diskurs kan pasienten, pårørende, eller andre med et ønske om brukermedvirkning bli møtt med en sykeliggjøring eller “psykiatisering”, hvor behandler eller psykolog er oppnevnt ekspert. Altså at behandler er den med best evne til å forstå normalitet, og således pasientens plager, og til å videre evaluere behandlingsalternativer, og gjennomføre presumptivt beste behandling. Det kan også være vanskelig for pasienter å motsette seg hjelp ettersom den syke da kan anklages for å ikke lenger vite hva som er i deres egen beste interesse.

**Positivistisk diskurs.** Basert på vår lesning kan konstruksjonen av evidens som klinisk relevant forskning med visse kvaliteter, og som førende for psykologisk praksis,

lokaliseres innenfor en *positivistisk diskurs*. Dette ser vi også i praksis konstruert som hensiktsmessig og virksom, som psykologens tilpasning og som inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd.

I vår lesning fremstår forskning som inndelt i spesifikke ledd som en konstruksjon som kan lokaliseres innenfor en positivistisk diskurs. Dette ser vi i følgende sitat: “Beste forskningsevidens refererer til vitenskapelige resultater vedrørende intervensjonsstrategier, utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fremkommet så vel i laboratoriestudier som gjennom forskning i ordinær tjenesteyting, og dessuten klinisk relevante resultater fra grunnforskning innen psykologi og beslektede fagfelt.” (Appendiks A, linje 23-26). En slik kategorisering av forskning fremstår i vår lesning som et aspekt ved den positivistiske diskursen vi har identifisert i vår lesning av prinsipperklæringen.

I vår lesning av prinsipperklæringen fremstilles noen forskningsmetoder som bedre enn andre. Dette lokaliserer vi innenfor en positivistisk diskurs. Dette ser vi i følgende sitat: “Gyldigheten av konklusjoner fra intervensjonsforskning er basert på en generell progresjon fra klinisk observasjon til systematisk oppsummering av randomiserte kliniske forsøk ...” (Appendiks A, linje 31-33).

Positivistisk diskurs konstruerer en virkelighet hvor kategorier tenkes å besitte gitte, nødvendige og definerende egenskaper, altså at kategorier vil ha sentrale attributter som er uunngåelige. Eksempler på dette kan være pasient som syk og hjelpetrengende, og en idé om at med mindre en er syk og hjelpetrengende så er en heller ikke en pasient. Dette kan sies å påvirke subjektene i diskursen og rammene for hva de kan uttrykke. Det blir for eksempel vanskelig for en pasient innenfor en positivistisk diskurs å hevde normalitet, eller å avstå fra hjelp. En positivistisk diskurs, og påfølgende kategorisk tenkning, vil ofte føre til dikotome kategoriforståelser.

Innenfor en positivistisk diskurs blir man som leser av teksten trukket inn i en talemåte som sier noe om hva som er reellt og hvordan kategorier korresponderer med en underliggende realitet. Tilknyttet en positivistisk diskurs finner vi subjektene *forsker* og *kliniker* gjentatte ganger i teksten. Prinsipperklæringen oppfordrer til et klinisk relevant samarbeid mellom kliniker og forsker, hvilket vi forstår som forskning på en klinisk relevant populasjon og derfor fremtrer subjektet *forskningsdeltaker*. Som forsker har man en autoritet hvis en forholder seg til visse “metodologiske rammer”. Denne autoriteten oppnår forskere som forholder seg til disse standardene ettersom deres aktivitet definerer den praksisen som regnes som “evidensbasert”. Som kliniker kan prinsipperklæringen sies å legge føringer for hvordan man skal forholde seg til forskning og forskningsresultater generert på bakgrunn av ulike metodologiske kvalitetskrav. Vi opplever at klinikers autoritet oppnås og legitimeres gjennom å forholde seg til erklæringens definisjon av evidens.

Med utgangspunkt i tekstens vektlegging av at forskningen må være “klinisk relevant” og i henhold til visse kvalitetskrav forstår vi at forskningsdeltaker har et begrenset spillerom, i dette tilfellet et krav om passivitet. Den autoritet forsker har i kraft av å drive i henhold til de gitte kvalitetskrav kan sies å ivareta lite reell autonomi og valgfrihet hos forskningsdeltaker. Dette ser vi med hensyn til å eksempelvis kunne påvirke forskningsdesign, lytte til egne behov, eller å ha en opplevelse av å kunne avbryte forsøk.

Uenighet med diskursens selvfølgeliggjorte antakelser kan forventes å vekke provokasjon hos de som profitterer på den. Som kliniker kan man bli anklaget for å jobbe uetisk dersom man distanserer seg fra gitte definisjon av evidens i sin praksis. Man kan også risikere å bli anklaget for å være uvitenskapelig, uprofesjonell og for å arbeide uforsvarlig. Ved å argumentere mot kategorier som “pasient” kan man se for

seg å bli møtt med kritikk. Man kan kritiseres for å være lite pragmatisk, at diagnoser og det å være pasient ivaretar visse rettigheter og fasiliterer kommunikasjon. Videre kan det tenkes at det ville blitt hevdet at kategoriernes eksistens er forskningsmessig veldokumentert, samt at man uten kategoriene ikke vil få nødvendig helsehjelp eller i verste fall få et dårligere behandlingstilbud.

**Nyliberalistisk diskurs.** Konstruksjonene av praksis som hensiktsmessig og virksom, og som psykologens tilpasning til pasient, synes vi hører til innenfor en *nyliberalistisk diskurs*. Dette synes å være motivert av raskest mulig behandling og potensiell tilbakeføring til arbeidslivet, som vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Samtidig virker konstruksjonen av praksis som vektlegger psykologens tilpasning til pasient å trekke på ideer om “forbrukermakt”. Dette ser vi i følgende sitat:

“Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser.”

(Appendiks A, linje 66-67).

Prinsipperklaringen er ett dokument på overkant av to sider som forsøker å omhandle all psykologisk praksis. Dette fremstår i vår lesning som noe ambisiøst, og potensielt unyansert. For vår lesning gir det assosiasjoner til den pågående diskusjonen om standardisering av helsetjenester og pakkeforløp innenfor psykisk helsevern. En forutsetning for denne diskusjonen er det verdensbilde som en nyliberalistisk skaper, hvor målstyring av statlig virksomhet som fokuserer på enkelhet og kostnadseffektivitet står svært sentralt. Samtidig tegner det et verdensbilde hvor produsenter og leverandører er i ett gjensidig avhengig forhold til forbrukere, og dette forholdet anses som rettferdig og uunngåelig. I vår lesning fremstår evidensbasert behandling å ha samme underliggende tankegang og formål om effektivitet og som ideen om pakkeforløp.

I den nyliberalistiske diskursen kan vi forstå forskere og klinikere som subjektene *produsent* og *leverandør* av produktet, som er psykologiske tjenester. I tillegg kan vi forstå pasienter som *forbrukere* innenfor denne diskursen. Som produsenter har psykologer mulighet til å utforme ulike tjenester. Kravet som stilles til tjenestene er at de skal være virksomme og effektive. Dette forstår vi som at tjenestene skal komme den enkelte forbruker til gode, og være samfunnsøkonomisk lønnsomme. Som leverandører skal psykologer sørge for at forbrukere kan motta de beste tilgjengelige tjenestene, samt å nyttiggjøre seg av disse. Dette gjøres gjennom leverandørens tilpasning til den enkelte forbruker. I tilfeller hvor det finnes flere like virksomme og like effektive tjenester for forbrukeren, er det leverandøren som skal sørge for at forbrukeren får mulighet til å velge blant de ulike tjenestene. Forbrukeren har mulighet til å benytte seg av tjenestene ved behov, og har mulighet til å velge blant de ulike tjenestene som leverandøren anser som virkningsfulle og effektive. Forutsetninger for at tjenestene skal være virksomme er at forbrukeren vet hva som trengs, og er endringsvillig, aktiv og informert.

Kritikk av en nyliberalistisk diskurs vil kunne bli møttet med argumenter om at "frihet" er et grunnleggende ideal, og at denne friheten best ivaretas gjennom et system hvor markedskrefter og markedsmodeller styrer som en slags demokratisk prosess. Det innebærer at dersom forbrukerne har et behov, så vil det oppstå et marked for disse etterspurte varene og tjenestene. Konkurransen innad i markedet vil videre fremme produksjonseffektivitet og kvalitet på produktene.



**Steg 9 og 10. Lage kontrasterende måter å prate om diskurser på, sett disse opp mot hverandre, og se på de ulike objektene som de konstituerer. Identifisere steder hvor diskurser overlapper og hvor de konstituerer noe som ser ut som det “samme” objektet på ulike måter**

**Kontrasterende diskurser.** I vår lesning fremtrer positivistisk diskurs og diskurs om profesjonell autonomi som kontrasterende diskurser. Den positivistiske diskursen fremhever evidens som praksisdefinerende, noe som kan gå på bekostning av profesjonsutøverens autonomi. Klinikerens mulighet for å være analyserende, selvreflekterende, og velgende kan begrenses dersom føringene for hvordan klinikerens skal arbeide er sterke.

Man kan også foreslå en kontrast mellom psy-kompleks diskurs og diskurs om klinisk autonomi. Dette fordi psy-kompleks diskurs i vår analyse muliggjør en normativitet i omtalen av evidensbasert praksis. Slik kan man si at klinikerens autonomi utfordres av et overordnet normativitetsbegrep som definerer hva som er normalt og unormalt. Dette er noe som kan tenkes å gå på bekostning av eksempelvis klinikerens mulighet når det gjelder utredning og behandling.

Vi forstår den psy-komplekse diskursen identifisert i vår lesning som noe som kan bidra til å innskrenke klinisk autonomi, da den muliggjør en definisjon av hvordan behandling bør foregå i tillegg til å implisere en dikotomi mellom syk og frisk hvor syke må behandles.

**Overlappende diskurser.** Vi vurderer positivistisk diskurs og psy-kompleks diskurs som overlappende, ettersom begge har et fokus på personers definerende karakteristikk. Positivismen har et fokus på diagnoser som essensiell kategori og dette sammenfaller med det dikotome skille mellom frisk og syk som en ser i den psy-komplekse diskursen.

Positivistisk diskurs ser også ut til å overlapse med nyliberalistisk diskurs. Nyliberalismens krav til kostnadseffektivitet er i vår lesning avhengig av en positivistisk antakelse om at psykologiske tilstander er gitte størrelser og indre essenser som man gjennom bruk av en spesifikk, evidensbasert intervensjon kan påvirke med et predikerbart utfall. På bakgrunn av dette kan også nyliberalisme sies å overlapse med psy-kompleks diskurs, da man ved en gitt ekspertise eller metode kan normalisere pasientens psyke.

Diskurs om klinisk autonomi overlapper med en psy-kompleks diskurs ved en forventning til profesjonsutøveren som integrerende og besluttsom i å vurdere enkeltpasienten opp mot hva som antas å være normativt.

I vår lesning vurderer vi diskurs om klinisk autonomi og nyliberalistisk diskurs som overlappende. Diskurs om klinisk autonomi og en nyliberalistisk diskurs fremmer begge et fokus på et fritt og selvstendig individ med agens.

### **Steg 11. Referere til andre tekster for å utdype diskursen, gjerne dens implisitte innhold, og adressere forskjellige mottakere**

**Diskurs om klinisk autonomi.** Denne diskursen finner vi igjen i tekster til både klinikere og pasienter, eksempelvis NPFs (2015) tekst *Hva gjør en psykolog?* som fremhever psykologens ansvar for å tilpasse sine “verktøy” til pasientens valg, preferanser og kunnskap. I dette ser vi altså både forventning til psykologen som integrerende og reflekterende, samt pasienten som i besittelse av relevant kunnskap og agens. Denne “verktøykassen” kan tenkes å bestå av evidensbasert kunnskap. Diskursen om klinisk autonomi kan også øynes i emnebeskrivelsen for faget “Psyk300 - Hovedoppgåve” hvor psykologstudenten skal demonstrere evne til å blant annet analysere, reflektere og velge. Slik kan hovedoppgaven ses på som en demonstrasjon av denne evnen.

**Psy-kompleks diskurs.** Denne diskursen kan man se i andre tekster som hvordan Norsk Helseinformatikk (2013) definerer hva som er avvikende tanke- og atferdsmønstre med hensyn til sosial angst. En psy-kompleks diskurs er også tilstede i selvhjelpslitteratur og tv-programmer, eksempelvis Bertrands metode (Bertrand Media & Mediaoperatørene, 2015) hvor fokuset er økt motivasjon og grep man kan gjøre for å kunne bli den “ beste” varianten av seg selv.

**Positivistisk diskurs.** Publikum for positivistisk diskurs kan tenkes å være klinikere, pasienter, politiske beslutningstakere, fagforeninger og lekfolk. Man kan tenkes å finne eksempler på en tilsvarende positivistisk diskurs i brosjyrer til pårørende hvor det informeres om diagnoser og behandling som kategorier med en underliggende essens som man gjennom “riktig” eller “god” behandling kan redusere. Positivistisk diskurs kan også øynes i kontekster som ikke er relatert til psykologisk behandling. Et eksempel kan være ukebladet Vi Menn sitt slagord, “la menn være menn!” hvor det impliseres at kategorien “menn” bør ivaretas basert på en antagelse om en underliggende mannlig essens som skaper denne kategorien.

**Nyliberalistisk diskurs.** Vi finner eksempler på andre publikum for en nyliberalistisk diskurs i partipolitisk reklame. Dette leser vi på Høyre (2015) sine nettsider i et innlegg om økt effektivitet i gjennom bruk av pakkeløsninger i psykisk helsevern. Her ser vi et tilsvarende fokus på maksimert effektivitet av de tiltakene staten betaler for, hvor eksempelvis norske pasienter i psykisk helsevern anses som en betalende kunde. Innenfor denne diskursen oppnås økt effektivitet gjennom markedsmekanismer og konkurranse mellom frie, selvstendige enkeltpersoner eller bedrifter.

**Steg 12. Reflektere over begrep som blir benyttet for å beskrive diskursen, hvilket inneholder moralske og politiske valg som den som analyserer må ta**

Vårt utgangspunkt og vår posisjon i arbeidet med denne oppgaven hviler på en konstruktivistisk ontologisk antagelse. Vi identifiserer oss vitenskapsteoretisk innenfor kritisk realisme i henhold til Bhaskar (1975) og Parker (1992). En underliggende antagelse i vår analyse er altså at all vitenskap representerer tilnærminger til en ytre virkelighet som medieres av språket. Derfor anser vi at studiet av språket som objekt i seg selv som like "sant" som andre metoder. Våre resultater er kun en beskrivelse av de underliggende antagelsene som fremsto for oss i vår lesning. Vi mener ikke at dette er identifiserte sannheter, da andre mennesker i andre kontekster kan finne helt andre resultater. Likevel mener vi at vår tilnærming kan bringe lys over aspekter ved disse fenomenene som ikke har blitt gransket før og bidra til å berike forståelsen av disse.

Vi forstår fenomener som historisk forankret kunnskap som er preget av institusjoner, maktrelasjoner og ideologi. At en dikotomi mellom syk og frisk trekker på en psy-kompleks diskurs er et eksempel på hvordan vi forstår selvfølgeliggjorte antagelser i lys av historiske og institusjonelle forutsetninger. Et annet eksempel er hvordan de mange generelle kategoriene som opptrer i prinsipperklæringen, tas for gitt og muliggjøres av en underliggende dominerende positivistisk diskurs.

Med et venstreorientert politisk utgangspunkt er det trygt å anta at mange av diskursene identifisert ofte tolkes som negative konsekvenser av et politisk klima vi i mange situasjoner stiller oss kritiske til. Et eksempel på dette er hvordan vi har identifisert en nyliberalistisk diskurs. Begrepet nyliberalisme benyttes ofte av kritikere av økt privatisering, eiendomsrett og redusert statlig innblanding (Thorsen, 2014, 20. Oktober). Man kan eksempelvis se for seg at analytikere med et høyreorientert politisk utgangspunkt kunne komme til å kalle den nyliberalistiske diskursen identifisert i vår

analyse for en liberalistisk diskurs. Likevel er vi, som alle, aktører innenfor de gjeldende og dominerende diskurser og vil derfor anvende et gitt begrepsapparat i vårt forsøk på å beskrive diskursene. Dette kan ses i form av paradokser, eksempelvis gjennom at vi poengterer hvordan formålet med denne hovedoppgaven er å fremme refleksjon rundt prinsipperklæringen, samtidig som vi gjennom analysen utfordrer selvfølgeligheten i antakelsen om mennesket som reflekterende og fremhever slike begrep mer som diskursive funksjoner enn indre “mentalistiske” egenskaper. Vi anerkjenner altså at vi er aktører i diskurser som vi ikke vil være i stand til å tre ut av, noe som understreker hvordan ens verdensoppfatning former hva vi er i stand til å se og ikke.

### **Diskusjon**

De forskningsprøsmålene som har guidet denne hovedoppgaven er: 1. Hvordan konstrueres evidensbasert psykologisk praksis i Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis? Og 2. Hvilke konsekvenser kan disse konstruksjonene få for psykologer? For å undersøke dette har vi gjennomført en diskursanalyse i henhold til Parker (1992) av Norsk psykologforening sin Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis.

I vår analyse fant vi to konstruksjoner av evidens: 1. resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter og 2. som førende for psykologisk praksis. Vi fant at praksis konstrueres som 1. Utvikling og bruk av ekspertise, 2. hensiktsmessig og virksom, 3. psykologens tilpasning til pasient, 4. integrering, og 5. som inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd. Vi lokaliserte vi disse objektkonstruksjonene innenfor fire diskurser: 1. Diskurs om klinisk autonomi, 2. psykompleks diskurs, 3. positivistisk diskurs og 4. nyliberalistisk diskurs.

I den påfølgende diskusjonen vil vi drøfte våre resultater opp mot annen litteratur og underveis besvare våre forskningsspørsmål. Deretter vil vi belyse sentrale samfunnstendenser i lys av våre resultater. Videre vil undersøke våre resultater i lys av historie, institusjoner, makt og ideologi, hvilket er de fire siste analysekriteriene til Parker (1992). Til slutt vil vi evaluere oppgavens mulige implikasjoner og studiens kvalitet, og gjøre noen refleksive betraktninger og avslutte med noen konkluderende ord.

### **Drøfting av resultatene fra analysen**

I et poststrukturalistisk perspektiv, er idéen om psykiske lidelser som gitte målbare størrelser problematisk. Som nevnt i introduksjonskapittelet anses idéen om indre mekanismer som språklige verktøy i et poststrukturalistisk perspektiv. Innenfor denne forståelsesrammen blir psykologiske lidelser språklig og sosiokulturelt konstituert (Willig, 2008). Med dette utgangspunktet er det også problematisk å redusere menneskelige psykososiale kommunikative fenomen til deres bestanddeler. Eksempelvis kan ikke menneskelige fenomen reduseres til biologiske forutsetninger, eller sosiale fenomen til enkeltindividets egenskaper (Parker, 1992). Overordnet ser vi at våre resultater er problematiske i et poststrukturalistisk perspektiv. Særlig er den positivistiske diskursen identifisert i vår analyse noe som strider med dette utgangspunktet.

Konstruksjonen av evidens som klinisk relevant forskning med visse kvaliteter, lokalisert i en positivistisk diskurs problematisk i et poststrukturalistisk perspektiv. Den positivistiske diskursen støtter i vår lesning antagelser om psykologiske fenomen som indre essenser hos enkeltindivider, hvor et sosiokulturelt fokus ofte forsvinner. Å anse psykologiske lidelser som en gitt størrelse, slik den positivistiske diskursen i vår analyse impliserer, er en forutsetning for å kunne standardisere behandling av psykisk syke. Slik kan man si at funnene i vår analyse er uforenelige med vårt vitenskapsteoretiske ståsted.

**Poststrukturalistisk kritikk av evidensbasert praksis.** Som nevnt i introduksjonskapittelet, etterspurte Holmes og kolleger (2006) en større bredde i helsefagene. De mente at EBHS var blitt en dominerende diskurs som gjennom en mikrofascistisk maktutøvelse vanskeliggjør flerstemmighet i helsefagene (Holmes et al., 2006). Vår konstruksjon av evidensbasert praksis kan sies å støtte Holmes og kolleger (2006). Som nevnt tidligere er en positivistisk diskurs en forutsetning for å meningsfylt kunne snakke om evidensbasert praksis. I følge Holmes (2006) gir det ikke mening å evaluere intervensjoners virkning med mindre en mener at fenomenene en er interessert i, er gitte størrelser som det er mulig å ha sikker viten om.

Både Parker (1997) og Holmes og kolleger (2006) hevdet i likhet med vår analyse at det er en sammenheng mellom positivistisk forskning, psy-komplekset, og neo-liberalisme eller kapitalisme. Parker (1997) hevdet at til tross for at kapitalisme er et system som ofte opererer ut over individets kontroll, skapte psykologisk diskurs eller psy-komplekset, et vokabular som muliggjorde en opplevelse av selvet i dette systemet. Vår analyse foretar lignende sammenligninger mellom positivisme, psy-komplekset og neo-liberalisme. En positivistisk diskurs og psy-kompleks diskurs konstrueres begge som *hensiktsmessig og virksom*, og dette støtter i følge vår analyse en nyliberalistisk diskurs.

**New public management.** Utviklingen av offentlig sektor de siste tiårene har hatt et økende fokus på økonomisk effektivitet og lønnsomhet (Ekeland et al., 2011). Det handler altså om mer enn hvilken helsehjelp som er best for enkeltindividet. Den styrende ideologien i norsk velferdspolitikken siden 1990-tallet har i stor grad brukt markedsmodeller og privat sektor som et forbilde (Berg 2006; Lian 2004). Ekeland og kolleger (2011) mente denne utviklingen kan forstås i lys av begrepet New Public Management (NPM), og at dette innebærer en tilsiktet forskyvning av makt fra fag og

profesjon, til økonomi og administrasjon. Videre mente de at en konsekvens av dette er at man definerer mål for effektivitet og resultater, samt gir insentiver for å motivere og disiplinere ansatte. Logikken bak dette er at man kan fremme økonomisk effektivitet og faglig kvalitet gjennom konkurranse og markedsmodeller (Ekeland et al., 2011).

Hensikten med prinsipperklæringen er ”å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ... ” (NPF, 2007). Prinsipperklæringen kan dermed forstås som et naturlig ledd i den samfunnsutviklingen, slik Ekeland (2004) og Ekeland og kolleger (2011) beskrev. Det økende fokuset på modernisering og effektivisering av offentlig sektor, samt et økende fokus på kvalitetssikring, ble kanalisert inn i konseptet evidensbasert praksis (Ekeland et al., 2011). En forståelse av EBPP som effektivisering og kvalitetssikring samsvarer med funn i vår analyse. Særlig den nyliberalistiske diskursen er sammenfallende med den nevnte utviklingen. I vår analyse ble psykologisk behandling fremstilt som noe som er virksomt og effektivt, dersom det er evidensbasert. Evidensbegrepet fremstår i vår analyse som en kvalitetsindikator som fremmer effektivitet. Den nyliberalistiske diskursens konstruksjon av evidensbasert praksis, som tilpasset pasientens valg, ble i vår analyse sett i sammenheng med det økende fokuset på forbrukerens makt og frihet i den fremveksten av nyliberalisme som Harvey (2007) beskrev.

En økende implementering av NPM i offentlig sektor sammenfaller med våre konstruksjoner av EBPP som basert på forskning av visse kvaliteter, som førende for psykologisk praksis, samt som hensiktsmessig og virksomt.

**Klinisk autonomi.** Ekeland (2004) gav uttrykk for noen bekymringer rundt hvordan utviklingen av offentlig sektor preges av NPM. Generelt sett dreier dette seg om at økende styringstrykk fra helsemyndighetene, i form av spesifikke retningslinjer og bruk av standardiserte metoder, kan føre til at behandlere innen psykisk helsevern får



redusert sin kliniske autonomi. De stilte også spørsmål ved om utviklingen også kan ha konsekvenser for mulighetene til individuell tilpasning i klinisk praksis, om pasienters muligheter for medbestemmelse blir ivaretatt, og om det egentlig fører til at behandlingstilbudet blir bedre (Ekeland, 2004).

Våre resultater indikerer også en potensiell konflikt mellom økende styringstrykk og klinisk autonomi. Positivistisk, nyliberalistisk og psy-kompleks diskurs konstruerer og støtter alle en idé om evidensbasert praksis som førende, effektivt og kostnadsbesparende. Dette er egenskaper som danner grunnlag for økende styring av psykologisk praksis. Samtidig har vi identifisert en diskurs om klinisk autonomi i vår analyse. Denne diskursen ser i vår lesning ut til å havne i en konflikt med krav om økt styring. Evidensbasert praksis fremmes som essensielt for å bedre folkehelsen. Samtidig fremmes klinisk autonomi, i form av eksempelvis selvrefleksjon, beslutningstaking og tilpasning til pasient, som essensielt. Vi ser at våre funn samsvarer med den bekymringen Ekeland (2004) presenterte rundt hvordan evidensbasert praksis kan gå på bekostning av klinisk autonomi.

I lys av dette har vi grunnlag for å si at evidensbasert praksis, konstruert som blant annet førende for praksis, hensiktsmessig og virksomt, kan ha konsekvenser for psykologen med hensyn til muligheter for individuelt spillerom, eller klinisk autonomi.

**Pakkeforløpet i psykisk helsevern.** Høyres forslag om pakkeforløp innebærer en standardisering basert på diagnoser, med formål om å redusere ventelister og sikre best mulig behandling (Høyre, 2015). Forslaget om pakkeforløpet innen psykisk helsevern har både støttende og motstridende objektkonstruksjoner og diskurser i vår lesning av prinsipperklæringen. Psy-kompleks diskurs identifisert i prinsipperklæringen kan sies å støtte en idé om pakkeforløp for psykiske lidelser. Konstruksjonen av evidensbasert praksis som hensiktsmessig og virksomt, innenfor en psy-kompleks

diskurs, støtter et forslag om pakkeforløp, siden standardisering av behandling hviler på en antagelse om at en kan maksimere virksomheten av psykologisk behandling.

Forslaget om pakkeforløp hviler også på antakelsen om dikotomien mellom syk og frisk, eller normal og abnormal, hvor diagnoser beskriver avvik som må endres. Dette samsvarer med det virkelighetsbildet den psy-komplekse diskursen konstruerer.

Videre kan positivistisk og nyliberalistisk diskurs anses som kongruente med en idé om pakkeforløp og standardisering av psykiske helsetjenester. Den positivistiske konstruksjonen av evidens som førende for praksis støtter idéen om pakkeforløp, fordi pakkeforløpet innebærer en gitt evidensbasert behandlingspakke avhengig av individets diagnose. Den nyliberalistiske diskursen identifisert i vår analyse støtter også pakkeforløp da den muliggjør psykologisk behandling som noe kostnadseffektivt, som kan føre pasienten tilbake til arbeid så fort som mulig. Som nevnt innledningsvis deler idéen om pakkeforløp de samme underliggende antagelsene som evidensbasert praksis. Det er med andre ord en forutsetning for idéen om pakkeforløp, og EBPP, at psykiske lidelser anses å ha en gitt størrelse, og at disse kan elimineres forutsigbart gjennom en spesifikk intervensjon.

Vi ser her at de diskursene som støtter pakkeforløp i psykisk helsevern, er de samme som sammenfaller med en utviklingstrend av NPM, preget av økt styring og effektivitetsfokus. På samme måte som disse diskursene støtter NPM, støtter de pakkeforløp i psykisk helsevern. Her ser vi også at idéen om et pakkeforløp går på bekostning av diskurs om klinisk autonomi. Et pakkeforløp innebærer en standardisert behandlingsprosedyre hvor klinikerens autonomi kan sies å innskrenkes. Her ser vi hvordan psy-kompleks, nyliberalistisk og positivistisk diskurs bidrar til å redusere psykologens rom for bestemmelse eller autonomi.

Diskursen om klinisk autonomi som vi fant i prinsipperklæringen kan sies å stride med antagelsene som ligger til grunn for forslaget om et pakkeforløp i psykiske helsetjenester. Avhengig av hvor sterk styring dette pakkeforløpet definerer kan man se for seg at styring kan gå på bekostning av klinikerens autonomi og hensynet til pasientens karakteristikk.

I vår analyse har vi funnet at evidensbasert praksis konstrueres som noe som baseres på resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter. Vi fant også at evidensbasert praksis er noe som skal være førende for praksis. Videre har vi funnet at evidensbasert praksis konstrueres som en utvikling og bruk av ekspertise, samt at evidensbasert praksis er hensiktsmessig og virksomt. Evidensbasert praksis konstrueres også som psykologens tilpasning til pasient og som en integrering.

Samlet har vi i vår analyse pekt på hvordan disse konstruksjonene kan ses i lys av økonomiske og politiske aspekter ved samfunnsutviklingen. Særlig har vi sett at konstruksjonene som dreier seg om styring og effektivisering av psykologisk praksis kan ses i sammenheng både med et dominerende vitenskapsparadigme og et økende fokus på helsetjenester som arena for kostnadseffektivitet og styring etter bedriftsøkonomisk tankegang. Dette er fenomener som i stor grad støttes av psykologisk, positivistisk og nyliberalistisk diskurs identifisert i vår analyse. Diskurs om klinisk autonomi, identifisert i vår analyse, trekker hovedsakelig i motsatt retning av disse samfunnstendensene og diskursene. Foruten diskurs om klinisk autonomi ser vi i vår analyse at evidensbasert praksis konstrueres på en ensrettet måte som har konsekvenser for psykologens grad av spillerom og autonomi. Denne graden av ensrettethet i diskursene og konstruksjonene i vår analyse innebærer et potensiale for marginalisering av alternative måter å forstå evidensbasert behandling på. Overordnet kan vi si at en diskursiv monotoni har konsekvenser for hvilken kunnskap som kan

genereres, samt hvordan psykologen kan praktisere. Her er det også realistisk å forestille seg at dette har konsekvenser for brukere av psykologiske tjenester. Dette kan sammenlignes med Derridas (2002) og Ekelands (2008) tanker om hvordan universalisering kan ha urettferdige eller uhensiktsmessige konsekvenser i enkelttilfeller.

Universalisering, standardisering og styring av psykologisk praksis, kan forstås som enstemmighet og finalitet, hvilket Derrida (2002) beskrev som prinsipielt urettferdig. Derrida (2002) mente at en rettferdig prosess heller kjennetegnes ved å være enigmatisk og i kontinuerlig utvikling. Ekeland (2008) hadde en lignende innvending til evidensbasert praksis og uttrykte bekymring rundt forholdet mellom krav om å arbeide “evidensbasert” og hvordan dette påvirker klinikerens autonomi og den enkelte terapeutiske relasjon:

Der burde stått at psykoterapi som praksis må reformulerast som ein hermeneutisk praksis – ein praksis som ikkje inneber utøving av ein universell humanteknologi, men ein kommunikativ praksis som tilbyr eit asyl for skadeskotte sjeler der ein med grunnlag i den gode mellommenneskelige relasjon og kyndig rettleiing, gjenopprettar meaning og subjektkraft til å meistre tilværet (s. 407).

Muligheten for standardisering av psykologisk praksis kan sies å forutsette en ide om selvet som preget av finalitet og som aktør i et lukket forutsigbart system. Dette samsvarer med det Parker (1992) fremhever hvordan positivistiske vitenskapsforståelser dehumaniserer mennesker. Eksempler på dette er randomiserte kontrollerte studier, som fremheves som en viktig del av evidensgrunnlaget i prinsipperklæringen, hvor det tas utgangspunkt i at mennesket kan forklares gjennom å isolere, redusere og operasjonalisere det.

### **Videre steg i analysen og underbygging av vår fortolkning**

I våre analysesteg har vi identifisert en diskurs om klinisk autonomi, diskurs om psy-kompleks, diskurs om positivisme og en nyliberalistisk diskurs. Som nevnt i metodekapittelet er diskurser alltid historisk situerte, støtter institusjoner, reproducerer maktrelasjoner og har ideologiske effekter (Parker, 1992). Derfor vil drøfte disse aspektene ved diskursene opp i mot vår studies forskningsspørsmål. Dette gjennomgås i diskusjonskapittelet av hovedoppgaven, fordi det innebærer å se vår analyse i lys av andre tekster.

**Historie.** Først vil vi kort gjennomgå historiske hovedstrømninger som utgjør grunnlag for de diskursene vi har identifisert.

Evidensbasert praksis som sentralt begrep i fagmiljøer kan spores til 80- og 90-tallet. Dette kom som et resultat av en ambisjon om å minske gapet mellom forskning og praksis, og dette så en først innenfor det medisinske fagfeltet. Dette er også en del av en nyliberalistisk utvikling hvor offentlig sektor i mange land i tråd med New Public Management drives etter markedsmekaniske prinsipper (Harvey, 2007). Behovet for å dokumentere og måle behandlings- og kostnadseffektivitet blir her sentralt og evidensbasert behandling fremstår som et ledd i denne utviklingen (Ekeland, 2004; Ekeland et al., 2011).

Denne utviklingen gjorde at statens rolle ble begrenset til å være ansvarlig for å tilrettelegge for markeder. Samtidig skulle staten driftes etter markedsøkonomiske prinsipper, også kalt NPM med fokus på kostnadseffektivitet (Harvey, 2007).

Evidensbasert praksis blir altså et sentralt begrep samtidig som kostnadseffektivitet i statlige tjenester får et økt fokus.

Relatert til den nyliberalistiske utviklingen påpekte Parker (1997) en sammenheng med økt individuell ansvarliggjøring i det økonomiske landskapet på 80-

tallet og psy-komplekset. Psy-komplekset kan sies å forsterkes av nyliberalistisk politikk. Nyliberalisme konstruerer subjektet som rasjonelt, kalkulerende og selvregulerende. Individet internaliserer en psykologisk diskurs som oppleves som egne idealer og blir selvmonitorerende og regulerende for å tilstrebe disse idealene (Gill, 2008). Slik kan en nyliberalistisk diskurs sies å fremme psy-kompleksets desentralisering av makt (Turner, 1995). I vår analyse fremtrer en psy-kompleks diskurs ved å fremheve dikotomi mellom syk og frisk eller normal og abnormal. Evidensbasert behandling konstrueres dernest som et effektivt og normaliserende tiltak for å forhindre slik abnormalitet.

Distinksjonen mellom selvet og omverdenen er en forutsetning for en positivistisk vitenskapsforståelse og legger dermed grunnlag for den positivistiske diskursen vi finner i prinsipperklæringen (Richardson, Rogers & McCarroll, 1998). Særlig er dette i form av en gjennomgående tanke om at psykologiske fenomener kan observeres og repareres ved bruk av riktig metode og intervensjon. Dette ble særlig forsterket tidlig på 90-tallet da Division of Clinical Psychology (Division 12) innenfor APA definerte randomiserte kontrollerte studier som kriteriegrunnlag for empirisk validerte behandlingsformer. Dette var basert på de samme kriteriene som Food and Drug Administration brukte til godkjenning av medikamenter (Rønnestad, 2008). Klinisk psykologi måtte altså bevise sin vitenskapelighet og effektivitet ved å bli evidensbasert. Evidens ble utviklet med metoder fra psykofarmakologi på samme tid som NPM og krav til effektivitet gjorde seg gjeldende innenfor helsevesenet (Rønnestad, 2008; Ekeland, 2004).

Profesjonalisering av kliniske psykologer i Europa fant sted med velferdsutviklingen etter andre verdenskrig. I Norge ble både den vitenskapelige og kliniske psykologien profesjonalisert gjennom dannelsen av NPF i 1934 (Lunt, 1998).

Profesjonalisering av kunnskapsfelt skjer på grunnlag av besittelse av en kunnskap (Ekeland, 2004). Man kan derfor si at psykologi som en egen profesjon, samt psykologers praksis legitimeres av en kunnskapsbase. Det er imidlertid ikke før på 90-tallet at evidensbegrepet blir gradvis mer førende for psykologer i takt med stadig større krav om å formalisere og dokumentere effektivitet for å legitimere psykologers praksis (Ekeland, 2004).

**Institusjoner og maktrelasjoner.** Som presentert i metodedelen støtter diskurser institusjoner og reproducerer maktrelasjoner. Foucault (1972) mente at en burde behandle diskurser og praksiser som det samme. Diskursive praksiser vil være de som, blant mange ting, reproducerer den materielle forutsetningen for institusjoner. Diskursive institusjoner er videre bygget på, og reproducerer maktrelasjoner (Parker, 1992).

I vår lesning av prinsipperklæringen støttes *selvet* som institusjon. Den støttes særlig av diskursen om klinisk autonomi, ettersom den ivaretar en idé om selvet som rasjonelt, velgende og integrerende. Psykologen synes, i kraft av å være et selv, å utgjøre et bindeledd mellom evidens og tilpasning av dette til den enkelte pasient.

*Helsevesenet* som institusjon ser ut til å støttes av diskurser identifisert i vår analyse, særlig ser vi den som støttet av en positivistisk diskurs. I vår lesning av prinsipperklæringen fremheves kunnskap som hierarkisk og dette setter helsevesenet i en privilegert posisjon. Dette skyldes at helsevesenet er i besittelse av, og evner å tilegne seg mer av, denne kunnskapen gjennom bruk av metoder av en viss "kvalitet". Evidensbasert behandling kan i stor grad sies å være helsevesenets mandat og dermed noe som støtter det som institusjon. Psy-kompleks diskurs kan også sies å støtte helsevesenet da det fremstiller helsevesenets aktivitet som hensiktsmessig og virksom. Videre ser psy-komplekset ut til å ivareta en distinksjon mellom syk og frisk som også

støtter helsevesenets rolle som bidragsyter til friskgjøring. Det at evidensbasert praksis fremstilles som hensiktsmessig og virksomt lokalisert i en nyliberalistisk diskurs kan også sies å støtte helsevesenet som institusjon. Dette hevder vi fordi helsevesenet som institusjon både produserer evidens og utøver evidensbasert praksis, og anses som hensiktsmessig og virksom i tråd med nyliberalistiske idealer.

Noen av diskursene vi har identifisert kan sies å støtte *naturvitenskapen* som institusjon. Særlig fremstår positivistisk diskurs å bygger opp under naturvitenskapelige vitenskapsidealene. Særlig ses dette i hvordan evidens i prinsipplæringen konstrueres som kunnskap fra forskning med visse kvaliteter. Slik ivaretar den positivistiske diskursen naturvitenskapens status som “ekte” og “harde” vitenskaper fordi det impliserer at man gjennom gitte metoder kan komme nærmere objektive og generaliserbare sannheter.

**Ideologi.** Som presentert i metoddelen mente Foucault at ideologi kommer forut for sannhet, og at det derfor er mer hensiktsmessig å snakke om sannhetsregimer. Dette betyr at en bør se ideologi som en beskrivelse av forhold og effekt, og disse forholdene må beskrives i en historisk kontekst (Parker, 1992).

Vi vurderer *scientisme* som en sentral ideologi i prinsipplæringen. Scientisme, eller vitenskapelig empirisme, betegner et syn på vitenskap som enhetlig, uten begrensninger, samt svært god til å predikere, forklare og kontrollere fenomener. I dette tankegodset kan vitenskapelige metoder skape objektive resultater som er nyttige.

Scientisme hviler på antagelsen om at vitenskap, og da særs naturvitenskap er mer fruktbar enn andre læreretninger eller epistemologiske antagelser (Sorell, 1994). Videre følger det ofte en antagelse om at fenomener som ikke allerede har et godt vitenskapelig fotfeste, vil ha godt av å få det. Eksempler på dette er når en forsøker å



gjøre moral, historie, politikk, estetikk, eller mennesketsinnet om til “vitenskapelige” forskningsfelt, og at dette skal kunne forhøye disse kunnskapsfeltene (Sorell, 1994).

Vi mener at denne ideologien tillater et narrativ i prinsipperklæringen som rettferdiggjør visse påstander og hindrer andre. Spesifikt så fremhever denne ideologien viktigheten av en positivistisk tilnærming til psykologien som fagfelt. Denne ideologien vil hevde at psykologi er et slikt kunnskapsfelt som vil ha godt av en “vitenskapelig”, og således reduksjonistisk, vending.

### **Betraktninger om hovedoppgavens relevans**

Evidensbasert psykologisk praksis er et sentralt begrep alle psykologer må forholde seg til og kontinuerlig evaluere og rette egen praksis etter. På grunnlag av vår analyse synes dette begrepet å være problematisk på flere måter. Som nevnt i introduksjonskapittelet dreier debatten seg om hvorvidt psykologisk praksis kan standardiseres, samt hvilket kunnskapsgrunnlag praksis skal baseres på. Som studenter er vi engasjert i hvordan vi kan hjelpe pasienter best mulig med den kompetansen vi har. Med interesser for kritisk psykologi og poststrukturalisme ble det for oss interessant å undersøke de underliggende antagelsene begrepet evidensbasert praksis bygger på.

Det er vårt ønske å fremme et mer mangfoldig menings- og kunnskapsklima i psykologien. Vi mener på grunnlag av vår analyse at kunnskapsgrunnlaget for såkalt “evidens” er for snevert og enerådende. Vi frykter at dette har praktiske konsekvenser for psykolog og pasient. På grunnlag av de diskursene vi har identifisert i vår analyse mener vi at evidensbasert praksis potensielt bidrar til å reproducere et monotont kunnskapsgrunnlag, samt innskrenke psykologens valgmuligheter i takt med økende grad av styring. Dette mener vi særlig fordi tre av de fire diskursene trekker i en retning

hvor evidensbasert praksis konstrueres som relativt smalt og styrende for psykologisk praksis.

Vi er enige i at terapi bør være informert av forskning. Vi er imidlertid skeptiske til stor grad av styring av psykologisk praksis, da vi anser psykoterapi som noe som utfolder seg i en unik hermeneutisk praksis hvor autonomi er ivaretatt. Videre er vi særlig skeptiske til at praksis skal ledes av et homogent utvalg forskning. I vår lesning støtter psy-kompleks, positivistisk og nyliberalistisk diskurs en økende målstyring av psykologisk praksis og en innsnevring av kunnskapsformer. Mennesket er mangfoldig, komplekst og kommunikativt og må derfor forstås med utgangspunkt i et mangfold av kunnskapsformer. Samtidig mener vi at det må ivaretas et spillerom som tillater en unik meningsskapende terapeutisk relasjon mellom psykolog og bruker. Den terapeutiske relasjon er avgjørende for psykoterapi som helende, og autonomi hos psykolog og bruker er en forutsetning for å oppnå dette (Ekeland et al., 2011).

I tillegg til å utvide kunnskapsklimaet i tilnærmingene til evidensbasert praksis mener vi at analysen vår setter fokus på implisitte antakelser i teksten. Prinsipperklæringen er historisk situert og knyttes til maktrelasjoner, institusjoner og ideologi. Eksempelvis fremmer prinsipperklæringen viktigheten av effektiv og virksom psykologisk behandling til pasientens beste. Dette kan leses overfladisk som en uproblematisk intensjon. Denne intensjonen kan imidlertid også ses i lys av historisk kontekst, eksempelvis nyliberalisme. I vår lesning fremstår dette som et uttrykk for hvordan økonomiske forhold og det å rette fokus på enkeltfaktorer hos enkeltindivider, flytter fokus vekk fra hvordan sosial struktur og maktforskjeller bidrar til å skape psykiske problemer. På denne måten kan man påstå at sosiale forskjeller ivaretas. Et annet eksempel er hvordan prinsipperklæringen på overflaten refererer til “beste tilgjengelige forskning”. Denne påstanden fremstår i vår samtid som uproblematisk.

Ved nærmere analyse av påstander som denne finner vi at visse historiske og ideologiske faktorer muliggjør og selvfølger slike påstander. I denne sammenhengen er det positivistiske vitenskapsparadigmet noe som selvfølger påstander om at man kan komme nærmere og avdekke en objektiv virkelighet gjennom bruk av “riktige” metoder.

Siden ingen kunnskap er ahistorisk fremstår det for oss som svært viktig å utforske hvordan underliggende premisser påvirker hvilken kunnskap som genereres og valideres. Dette er særlig relevant i forbindelse med evidensbasert psykologisk praksis, da det vil ha konsekvenser for psykolog og mottakere av psykologiske tjenester. Blant annet kan høy grad av styring gå på bekostning av autonomi og terapeutisk relasjon. Et annet praktisk moment av relevans er hvordan positivistiske og nyliberalistiske diskurser kan lede til en homogenisering av forskningen. Særlig er forskningen i risiko for å bli ytterligere preget av randomiserte kontrollerte studier. En potensiell konsekvens av dette er redusert fokus på sosialpsykologiske og systemiske forståelser av psykologiske fenomen. Vi mener at vår analyse setter fokus på hvordan ideologiske og historiske forutsetninger privilegerer visse former for kunnskap, og at slike analyser muliggjør alternative forståelser av menneskelige psykososiale fenomen.

### **Evaluering av studiens kvalitet**

Som nevnt i metodekapitlet hevdet Willig (2013) at kvalitative studier med en konstruksjonistisk epistemologi bør evalueres på sine egne premisser. En slik evaluering tar stilling til hvorvidt studien forteller en god, tydelig og internt koherent historie som er tilstrekkelig differensiert. En må også vurdere hvorvidt en produserer ny innsikt og om studien er overbevisende.

Vi har forsøkt å lede leseren gjennom vår diskursanalyse av evidensbasert praksis på en oversiktlig måte som viser transparens og som muliggjør etterrettelighet.

Dette har vi gjort ved å informere om vår diskursive situering, og redegjort for analyseprosessen. Vårt kontekstuelle utgangspunkt ble redegjort for i delen kalt “Om oss” i metodekapittelet. Videre gjorde vi rede for vårt politiske og vitenskapsteoretiske utgangspunkt i steg 12. Her fremhevet vi også at vi er aktører i de diskursene vi beskriver, noe som påvirker vår beskrivelse av disse diskursene. Med andre ord er en begrensning ved vår studie at resultatene ikke er generaliserbare og at andres lesning av tekstmaterialet kunne gi andre resultater.

Vi opplever at oppgaven vår forteller en tydelig og koherent historie. Konstruksjonene og diskursene som ble identifisert i resultatkapittelet ble gjennom diskusjonskapittelet sett i lys av forskningsspørsmålene og drøftet i lys av annen litteratur, samt relatert til aktuelle samfunnstendenser. I diskusjonskapittelet ble også de identifiserte diskursene og konstruksjonene sett i lys av historie, institusjoner, makt og ideologi i henhold til Parker (1992) sine fire siste analysekriterier. Vi drøftet deretter potensiell relevans av våre resultater.

En potensiell begrensning angående tydelighet i vår studie er det O’Halloran (2008) påpeker rundt språklig formulering innenfor kritiske tilnærminger. Vår oppgave utforsker implisitte selvfølgheter og i beskrivelsen av disse er det en risiko for at vi har foretatt infløkte ordvalg og vanskelige formuleringer.

Til tross for at en diskursanalyse av Prinsipperklæring om evidensbasert praksis ikke er noe som har blitt gjennomført tidligere, så trekker allikevel vår studie på lignende forskning. Oppgaven samsvarer særlig med poststrukturalistiske innvendinger til evidensbegrepet. Her ser vi at vår studie komplementerer en bred innvending til begrepet evidensbasert praksis, eksempelvis ved å fokusere på hvordan alternative tilnærminger til begrepet er begrenset og marginalisert. Videre viser vi i vår studie hvordan våre diskurser samsvarer med sentrale begrep i andre betraktninger av

evidensbasert behandling. Eksempelvis viser vi hvordan Holmes og kolleger (2006) fremhever hvordan et psy-kompleks, positivisme og nyliberalisme eller kapitalisme er viktige premisser for hvordan evidensbasert praksis omtales. Vår studie samsvarer også med mer spesifikk forskning på temaet evidensbasert praksis. Et eksempel på dette er hvordan våre resultater ses i lys av og samsvarer med forskning på NPM og evidensbasert praksis som et ledd i økende målstyring, samt hvordan evidensbasert praksis kan gå på bekostning av klinisk autonomi (Ekeland, 2004; Ekeland et al., 2011). På bakgrunn av at vår studie generer ny kunnskap samtidig som den samsvarer med brede innvendinger og mer spesifikke studier av evidensbasert praksis, evaluerer vi studien vår som å være tilstrekkelig differensiert. At det ikke foreligger andre tekstuelle analyser av Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis kan utgjøre en begrensning for vår studie, da dette vanskeliggjør direkte sammenligning av analysefunn. Samtidig kan dette innebære at vår analyse kan produsere ny innsikt. Dette vil bli diskutert mer inngående i den følgende delen om refleksivitet. Vi håper at vår studie resonnerer hos leseren og således oppleves som overbevisende, men dette er en evaluering som er vanskelig å foreta for oss involvert i studien.

En begrensning ved vår analyse er det faktum at vi ikke har utført en diskursanalyse før. På tross av kjennskap til kritisk psykologi og diskursteori har vi aldri utført en spesifikk analyse. Dette kan utgjøre en begrensning ved at det er noe vi ikke har fått øye på eller at analysesteg har blitt feiltolket.

### **Refleksivitet**

Tidlig i hovedoppgaveprosjektet tenkte vi at vårt andre forskningsspørsmål, “Hvilke konsekvenser kan disse konstruksjonene ha for psykologer”, også skulle ta stilling til hvilke konsekvenser dette kunne ha for brukere av psykologiske tjenester. Dette ble utelatt på bakgrunn av oppgavens omfang og vårt ønske om selvrefleksjon. Vi

hadde ikke mulighet til å ivareta et så bredt spekter av innvendinger til evidensbegrepet som det et brukerperspektiv fortjener.

Hovedoppgaven er som nevnt motivert av vårt ønske om selvrefleksjon rundt den profesjonsrollen vi vil tre inn i som snart ferdig utdannede psykologer. Det ble på bakgrunn av dette nærliggende å fokusere på konsekvenser for yrkesutøverne. Vi erkjenner imidlertid at brukerperspektivet er svært viktig i forståelsen av hvilke konsekvenser evidensbasert praksis kan ha, og utelatelsen av dette perspektivet kan være en begrensning ved vår analyse. Vi vil med dette etterlyse diskursive tilnærminger til evidensbasert psykologisk praksis som fokuserer mer på brukerperspektivet.

I tråd med vår tidlige intensjon om å også innlemme et brukerperspektiv i hovedoppgaveprosjektet diskuterte vi muligheten for tilstedeværelsen av en diskurs om pasientkarakteristika eller pasientegenskaper. Dette så vi eksempelvis i sitatet “Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser.” (Linje 66 og 67, Appendiks A). På bakgrunn av våre forskningsspørsmål ble dette imidlertid vanskelig å ta videre. Samtidig anså vi det i vår lesning ikke som koherent meningssystem i prinsipperklæringen, og dette ble derfor vanskelig å kalle en diskurs.

Ved første gjennomlesning tvilte vi på prinsipperklæringens egnethet for en kritisk analyse. Dette var fordi språket i erklæringen tilsynelatende var utvetydig og teksten fremsto som lite kontroversiell og tilforlateglig. Ved en grundigere lesning og diskusjon, ble det etterhvert tydelig for oss at prinsipperklæringen ikke er et utvetydig dokument, og vi ble oppmerksomme på potensielle underliggende premisser. Prinsipperklæringen er et dokument som i stor grad bidrar til å konstruere evidensbasert praksis og påvirker derfor psykologers praksis. Konstruksjonene i prinsipperklæringen er relatert til historie, institusjoner, makt og ideologi. Eksempelvis fremheves det at

scientisme er en underliggende ideologi i prinsipklæringen. Ideologi vil ifølge Althusser (1971) manifestere seg i diskursen ved å konstruere det subjektet den taler til. I henhold til denne forståelsen av ideologi, blir vi gitt definerte måter å være på, som påvirker vår forståelse av prinsipklæringen. Det var med andre ord vanskelig å kritisere prinsipklæringen ettersom den kan tenkes å demonstrere en undertrykkelse eller marginalisering av andre former for kunnskap, og en totalitarisme som kan skjule en underliggende politisk agenda (Holmes et. al., 2006). Prinsipklæringen kan derfor ses i sammenheng med Holmes og kolleger (2006) sin påstand om hvordan den “evidensbaserte bevegelsen” ivaretar seg selv med sitt leksikon av akseptable ideer og former.

Foucaults (1973) hevder “that which is not on the scale of the gaze falls outside the domain of possible knowledge” (s. 166). Dette kan vi forstå som at regjerende kunnskapsforståelser definerer og begrenser hva man kan innvende. Et eksempel på dette er hvordan prinsipklæringen ikke går i dialog med seg selv. Påstander som eksempelvis “beste tilgjengelige forskning” benevnes med en slik selvfølgelighet at man potensielt kan bli blind for muligheten til å se problematiske aspekter ved dette, særlig ved en første lesning. I vår opplevelse blir man ikke gitt andre muligheter til å forstå prinsipklæringen og den fremstår tilsynelatende uproblematisk. Som massene, i George Orwells roman *1984*, undertrykkes ved å ikke ha ord for sammenligning, blir man på samme måte ikke gitt språklige muligheter for kritikk av det “evidensbaserte” og dermed undertrykt gjennom språklig marginalisering (Holmes et al. 2006). Dette kan også sies om det regjerende forskningsparadigmet i psykologien, hvor noen forståelsesrammer blir marginalisert. Slik kan man si at prinsipklæringen utviser det Holmes og kolleger (2006) kaller mikrofascisme. Dette fordi den organiserer former for

kunnskap og utøver en ideologisk forsterkning av det dominerende vitenskapelige paradigmet.

Vår hovedoppgave muliggjør en forståelse av prinsipperklæringen ut over dens tilsynelatende utvetydighet og gode intensjoner. Vår hovedoppgave kan dermed ses som en stemme i den flerstemmigheten som Holmes og kolleger (2006) etterspurte.

### **Konklusjon**

I vår diskursanalyse av evidensbasert praksis fant vi to konstruksjoner av evidens: 1. resultater fra klinisk relevant forskning med visse kvaliteter og 2. som førende for psykologisk praksis. Vi fant også fem konstruksjoner av praksis: 1. Utvikling og bruk av ekspertise, 2. hensiktsmessig og virksom, 3. psykologens tilpasning til pasient, 4. integrering, og 5. som inndelt i spesifikke kliniske og forskningsmessige ledd. Vi lokaliserte disse objektkonstruksjonene innenfor fire diskurser: 1. Diskurs om klinisk autonomi, 2. psy-kompleks diskurs, 3. positivistisk diskurs og 4. nyliberalistisk diskurs. Evidensbasert praksis konstrueres med andre ord i vår lesning som førende for psykologers praksis, med utgangspunkt i en begrenset bredde av kunnskapskilder. Dette har konsekvenser for psykologers praksis.

Vi har argumentert for at konstruksjonene av evidensbasert praksis i prinsipperklæringen kan virke begrensende og styrende ovenfor kliniske psykologer, og således svekke deres kliniske autonomi. Vi har også argumentert for at en den konstruksjon av evidens som preger prinsipperklæringen, er en forutsetning for de pakkeforløppene som nå foreslås innført i norsk helsevesen. Evidensbasert praksis forstås også som et forsøk på å legitimere psykologers praksis.

Vi vil gjerne etterspørre at videre forskning på evidensbasert psykologisk praksis utforsker de mikrodynamiske maktrelasjonene i språket, hvilket vi si så vidt berørte avslutningvis i oppgavens refleksive del. Vi etterlyser et økt fokus på



dominerende vitenskapsparadigmers marginalisering av alternative tilnærminger til evidensbasert praksis og ønsker et utvidet kunnskapsgrunnlag som et ledd i økt forståelse og sosial rettferdighet.

### Referanser

Aftenposten (2015, 11. august). Pakkeforløp for psykisk helse er verdt å prøve.

*Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/leder/Pakkeforlop-for-psykisk-helse-er-verdt-a-prove-8121407.html>

Albee, G. (2000). The Boulder Model's fatal flaw. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Althusser, L. (1971). Ideology and ideological state apparatuses (B. Brewster, Trans.).

In L. Althusser (Ed.), *Lenin and Philosophy and other Essays* (pp. 85-126). New York, NY: Monthly Review Press.

American Psychological Association (2005). *Policy statement on evidence-based*

*practice in psychology*. Hentet fra

<http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based

Practice, American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-283.

American Psychological Association, Task Force on Promotion and Dissemination of

Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Benton, T. (2004). Critical realism. In M. S. Lewis-Beck, A. Bryman & T. F. Liao

(Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods* (pp. 222-224). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

doi:10.4135/9781412950589.n197

Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk: Den norske helse- politikks utvikling det*

*siste sekel*. Oslo, Norge: Den Norske Lægeforening.

Bertrand Media & Mediaoperatørene. (Produksjonsselskap). (2015) *Bertrands metode*.

Hentet fra TV3 [www.tv3.no/bertrands-metode](http://www.tv3.no/bertrands-metode)

Bhaskar, R. (1975). *A realist theory of science*. Leeds, England: Leeds Books.

Burman, E. and Maclure, M. (2011). Deconstruction as a method of research. In B.

Somekh and C. Lewin (Eds.), *Theory and Methods in the Social Sciences* (2nd ed., pp. 286-294). London, England: Sage.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18. doi:10.1037/0022-006x.66.1.7

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild,

J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-78. doi:10.1037/0022-006x.74.3.568

Derrida, J. (2002). *Lovens makt* (B. C. Ekeland, Trans.). Oslo, Norge: Spartacus Forlag.

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and

methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–83. doi:10.1093/clipsy.bpi022

Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Senter for profesjonsstudier

– arbeidsnotat nr. 6/ 2004. Oslo, Norge: Høgskolen i Oslo.

Ekeland, T.-J. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*,

45(4), 406-407.

Ekeland, T.-J., Stefansen, J. & Steinstrøm, N. O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens

tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2-14.

Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge*. London, England: Tavistock.

- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*.  
New York, NY: Random House.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge*. Brighton, England: Harvester Press.
- Gill, R. (2008). Culture and subjectivity in neoliberal and postfeminist times.  
*Subjectivity*, 25(1), 432-445. doi:10.1057/sub.2008.28
- Gundersen, T. (2015, 18. august). Forutsetninger og fallgruver. *Dagsavisen*. Hentet fra  
[http://nyemeninger.no/alle\\_meninger/cat1003/subcat1015/thread313127/#post\\_313127](http://nyemeninger.no/alle_meninger/cat1003/subcat1015/thread313127/#post_313127)
- Hansen, T. (2014, 20. oktober). New Public Management. *Store norske leksikon*. Hentet  
23. november 2015 fra [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management).
- Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Oxford, Enland: Oxford University  
Press.
- Heinskou, T., Alberdi, F. & Jordet, H. (2015, 21. september). Psykiatriske  
behandlingspakker: Erfaringer fra Danmark. *Morgenbladet*. Hentet fra  
<http://morgenbladet.no/ideer/2015/09/psykiatriske-behandlingspakker-erfaringer-fra-den-danske-kliniske-dagligdag>
- Hofgaard, T. L. (2015, 14. august). Debatt om psykisk helse: Én pakke for alle?  
*Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Debatt-om-psykisk-helse-n-pakke-for-alle-825295.html>
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(10),  
938-938.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-  
based discourse in health sciences: Truth, power and fascism. *International  
Journal of Evidence Based Healthcare*, 4, 180-186.

- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10), 930-936.
- Høyre (2015). *Vil behandle psykisk syke bedre og raskere*. Hentet fra <http://www.hoyre.no/Aktuelt/Nyheter/Vil-behandle-psykisk-syke-bedre-og-raskere>
- Kenway, J. , Willis, S., Blackmore, J. and Rennie, L. (1998). *Answering back: Girls, boys and feminism in schools*. New York, NY: Routledge.
- Lian, O.S. (2003). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand, Norge: Høyskoleforlaget.
- Lunt, I. (1998). Psychology in Europe: Developments, challenges, and opportunities. *European Psychologist*, 3(2), 93-101.
- Hughes, P. (2001) Paradigms, methods and knowledge. In G. Mac Naughton, S. A. Rolfe & I. Siraj-Blatchford (Eds.), *Doing Early Childhood Research: International Perspectives on Theory and Practice* (2nd ed., pp. 35-61). New York, NY: Open University Press.
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1-20. doi:10.1348/000712600161646
- Norsk Helseinformatikk (2013). Sosial angst. Hentet fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/sosial-angst-19842.html>
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.

Norsk Psykologforening (2015). *Hva gjør en psykolog?* Hentet fra

<http://www.psykologforeningen.no/publikum/psykologi-og-psykologhjelp/hva-gjoer-en-psykolog>

Odland, T. (2013). *Historisk gjennomgang av prinsipperklæringen om evidensbasert behandling*. Hentet fra

<http://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/historisk-gjennomgang-av-prinsipperklaering-om-evidensbasert-praksis>

Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual Psychology*. London, England: Routledge.

Parker, I. (1997). *Psychoanalytic culture: Psychoanalytic discourse in Western society*. London, England: Sage.

Porter, S. & O'Halloran, P. (2009). The postmodernist war on evidence-based practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 740-748.

doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.11.002

Reicher, S. (2000). Against methodolatry: Some comments on Elliott, Fischer, and Rennie. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 (1), 1-6.

doi:10.1348/014466500163031

Richardson, F., Rogers, A., & McCarroll, J. (1998). Toward a dialogical self. *The American Behavioral Scientist*, 41, 496-515.

Rychlak, J. F. & Struckman, A. (2000). Psychology: Post-world war II. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (pp. 410-416). Washington, DC: American Psychological Association.

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.

Sackett, D. L. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York, NY: Churchill Livingstone.

Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75, 513–22. doi:10.1037/0022-006x.75.4.513

Siev, J. & Chambless, D. L. (2009). The dodo bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *The Behavior Therapist*, 32, 69-75.

Siev, J. Huppert, J. & Chambless, D. (2010). Treatment specificity for panic disorder: A reply to Wampold, Imel, and Miller (2009). *The Behavior Therapist* 33(1), 12-14.

Sims-Schouten, W., Riley, S. C. E. & Willig, C. (2007). Critical realism in discourse analysis: A presentation of a systematic method of analysis using women's talk of motherhood, childcare and female employment as an example. *Theory & Psychology*, 17, 101-124. Doi: 10.1177/0959354307073153

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

Sorell, T. (1994). Scientism and 'scientific empiricism'. In T. Sorell (Ed.), *Scientism: Philosophy and the Infatuation with Science* (pp. 1-23). London, England: Routledge.

Stänicke, E., Oddlie, H. W., Halvorsen, M. S. & Benum, K. (2015, 2. oktober). Psykoterapiforskning støtter ikke pakkeforløp. *Morgenbladet*. Hentet fra <http://morgenbladet.no/2015/09/psykoterapiforskingen-stotter-ikke-pakkeforlop>

Teien, A. G. (2015, 20. august). Vedr. pakkeforløp. Svar til rådet for psykisk helse.

*Dagsavisen*. Hentet fra

[http://nyemeninger.no/alle\\_meninger/cat1003/subcat1015/thread313165/#post\\_313165](http://nyemeninger.no/alle_meninger/cat1003/subcat1015/thread313165/#post_313165)

Thorsen, D. E. (2014, 20. oktober). *Nyliberalisme*. I Store norske leksikon. Hentet fra

<https://snl.no/nyliberalisme>.

Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge* (2nd ed.). London, England: Sage.

Vogt, H. & Pahle, A. S. (2015, 11. september). Likeverd på samleband. *Morgenbladet*.

Hentet fra <http://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-samleband>

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Tierny, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression.

*Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-n.

(1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide

psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.

Watson, D., O'Hara, M. W. & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional

disorders. *Anxiety and Depression*, 25, 282-88. doi:10.1002/da.20496

Willig, Carla (2008). *Introducing qualitative research in psychology* (2nd ed.).

Maidenhead, England: Open University Press.

Willig, Carla (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3rd ed.).

Maidenhead, England: Open University Press.



## 1           **Appendiks A: Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis**

2   Norsk Psykologforening

3           This material originally appeared in English as «Policy Statement on Evidence  
4   Based Practice in Psychology». Copyright 2005 by the American Psychological  
5   Association. Translated and reprinted with permission of the publisher. The American  
6   Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation

7           Følgende prinsipperklæring ble godkjent for American Psychological Association  
8   (APA) av APA Council of Representatives på rådets møte i august 2005. Den ble vedtatt  
9   av Sentralstyret i Norsk Psykologforening januar 2007. En gjennomgang av emnene som  
10   berøres i prinsipperklæringen, med begrunnelser og referanser som underbygger den,  
11   finnes i Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (se dette  
12   nummeret av Tidsskriftet, side 1097).

13           Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige  
14   forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper,  
15   kulturelle bakgrunn og ønskemål.<sup>1</sup> Denne definisjonen av EBPP ligger tett opptil  
16   definisjonen av evidensbasert praksis som Institute of Medicine har vedtatt (2001, s. 147),  
17   bygget på formuleringen i Sackett og kolleger (2000): «Evidensbasert praksis er  
18   integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientens verdier.»  
19   Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre  
20   folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning,  
21   kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon.

### 22   **Beste forskningsevidens**

23           Beste forskningsevidens refererer til vitenskapelige resultater vedrørende  
24   intervensjonsstrategier, utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fremkommet  
25   så vel i laboratoriestudier som gjennom forskning i ordinær tjenesteyting, og dessuten

26 klinisk relevante resultater fra grunnforskning innen psykologi og beslektede fagfelt. En  
27 betydelig mengde evidens basert på en rekke ulike typer forskningsdesign og  
28 metodologier underbygger at psykologisk praksis er virksom. Generelt sett skal evidens  
29 som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på  
30 systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans,  
31 og en omfattende underbyggende evidens. Gyldigheten av konklusjoner fra  
32 intervensjonsforskning er basert på en generell progresjon fra klinisk observasjon til  
33 systematisk oppsummering av randomiserte kliniske forsøk, samtidig som man erkjenner  
34 mangler og begrensninger i eksisterende litteratur og dens anvendelighet for det aktuelle  
35 tilfellet (APA, 2002). Helsepolitikk og praksis preges også av forskning på områder som  
36 folkehelse, epidemiologi, menneskers utvikling, sosiale relasjoner og nevrovitenskap.

37       Forskere og praktikere må samarbeide for å sikre at tilgjengelig forskning på  
38 psykologisk praksis er både klinisk relevant og har indre validitet. Det er viktig at  
39 intervensjoner som ennå ikke er undersøkt gjennom kontrollerte studier, ikke anses som  
40 uten virkning. Imidlertid må både psykologisk praksis som er mye brukt, og arbeidsmåter  
41 som er nyutviklet i praksisfeltet eller i laboratoriet, evalueres grundig, og hindringer for  
42 gjennomføring av slik forskning må identifiseres og bearbeides.

### 43 **Klinisk ekspertise**

44       Psykologenes kliniske ekspertise innbefatter omfattende kunnskap og ferdigheter  
45 som fremmer positive terapeutiske resultater. Denne kompetansen inkluderer: a)  
46 gjennomføring av utredninger og utarbeiding av diagnostiske vurderinger, systematiske  
47 kasus formuleringer og behandlingsplaner, b) klinisk beslutningstaking, gjennomføring av  
48 behandling og å følge med på pasientens utvikling, c) inneha og bruke interpersonlig  
49 ekspertise, inkludert utvikling av terapeutiske allianser, d) kontinuerlig selvrefleksjon og  
50 utvikling av profesjonelle ferdigheter, e) vurdering og bruk av forskningsbasert evidens

51 fra både grunnforskning og anvendt psykologisk vitenskap, f) forståelse av individuelle,  
52 kulturelle og kontekstuelle forskjellers betydning for behandlingen, g) anvendelse av  
53 tilgjengelige ressurser (f.eks. konsultasjon, støttende eller alternative tjenester) etter  
54 behov, og h) ha en solid begrunnelse for de kliniske tilnærmingene. Ekspertise utvikles fra  
55 klinisk og vitenskapelig opplæring, teoretisk forståelse, erfaring, egenrefleksjon, kunnskap  
56 om ny forskning, og kontinuerlig videreutdanning og opplæring.

57       Klinisk ekspertise brukes til å integrere den beste forskningsbaserte kunnskapen  
58 med kliniske data (f.eks. pasientopplysninger som blir innhentet i løpet av behandlingen) i  
59 sammenheng med pasientens egenskaper og ønskemål, for å kunne yte tjenester som med  
60 stor sannsynlighet vil kunne nå målene med behandlingen. Helt sentralt for klinisk  
61 ekspertise er en bevissthet om egne begrensninger i kunnskaper og ferdigheter og om egne  
62 mestringsmønstre og egen forutinntatthet – både kognitive og emosjonelle – som kan  
63 påvirke den kliniske vurderingen. Psykologer forstår dessuten hvordan deres personlige  
64 egenskaper, verdier og kontekst er i samspill med tilsvarende egenskaper hos pasienten.

#### 65 **Pasientens egenskaper, verdier og kontekst**

66       Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete  
67 problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser. Det er kjent  
68 at en rekke pasientegenskaper, f.eks. funksjonsnivå, endringsvillighet og grad av sosial  
69 støtte, har innvirkning på resultatene av behandlingen. Andre viktige pasientkarakteristika  
70 som må tas hensyn til under etablering og ivaretagelse av en behandlingsrelasjon og  
71 gjennomføring av spesifikke intervensjoner inkluderer: a) ulikheter i de henviste  
72 problemer eller lidelser, etiologi, parallelle symptomer eller syndromer og atferd, b)  
73 kronologisk alder, utviklingsnivå, utviklingshistorie og livsfase, c) sosiokulturelle faktorer  
74 og familie-faktorer (f.eks. kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, rase, sosial klasse, religion,  
75 funksjonsstatus, familiestruktur og seksuell orientering), d) sosiale rammebetingelser

76 (f.eks. institusjonell rasisme, ulikheter i helsevesenet) og stressfaktorer (f.eks.  
77 arbeidsledighet, store livsbegivenheter), og e) personlige preferanser, verdier og ønskemål  
78 knyttet til behandling (f.eks. målvalg, tro, verdenssyn og forventninger til behandlingen).  
79 Enkelte effektive behandlingsformer innebærer intervensjoner rettet mot andre personer i  
80 pasientens miljø, f.eks. foreldre, lærere og omsorgspersoner. Et sentralt mål ved EBPP er å  
81 maksimere pasientens muligheter til å velge blant effektive, alternative intervensjoner.

## 82 **Kliniske implikasjoner**

83       Kliniske beslutninger skal tas i samarbeid med pasienten basert på den beste  
84 klinisk relevante evidens og med hensyn til sannsynlige kostnader, fordeler og  
85 tilgjengelige ressurser og alternativer.<sup>2</sup> Det er behandlende psykolog som før den endelige  
86 vurderingen av en bestemt intervensjon eller behandlingsplan. Deltakelse fra en aktiv,  
87 velinformert pasient er vanligvis avgjørende for hvor vellykket den psykologiske tjenesten  
88 er. Behandlingsavgjørelser skal aldri tas av en person uten opplæring og som ikke kjenner  
89 detaljene i saken.

90       Behandlende psykolog vurderer gyldigheten av forskningskonklusjoner for en  
91 bestemt pasient. Enkelpasienters vansker kan nødvendiggjøre avgjørelser og  
92 intervensjoner som ikke er direkte behandlet i tilgjengelig forskning. Bruk av  
93 forskningsevidens i arbeidet med en bestemt pasient innebærer alltid vurdering av  
94 sannsynlighet. Fortløpende observasjon av pasientens utvikling og nødvendig justering av  
95 behandlingen er derfor av fundamental betydning for EBPP.

96 Norsk Psykologforening støtter opp om utviklingen av prinsipper i helsevesenet som  
97 samsvarer med dette synet på evidensbasert psykologisk praksis.

Tabell 1

Parkers (1992) kriterier og analysesteg for å gjennomføre en diskursanalyse

Kriterier	Steg
"Diskurser realiseres i tekst"	1 Behandle objektet en er interessert i som tekst som en kan behandle som ord 2 Utforske tekstens konnotasjoner gjennom en form for fri assosiasjon som best lar seg gjennomføre sammen med andre
"Diskurser omhandler objekter"	3 Spørre hvilke objekter det refereres til, og beskrive dem 4 Snakke om den foregående "samtalet" som om det i seg selv var et objekt, altså en diskurs
"Diskurser inneholder subjekter"	5 Spesifisere hvilke type personer som det prates om innenfor en diskurs 6 Spekulere om hva en kan si hvis en er posisjonert innenfor en bestemt diskurs (hvilke rettigheter en har til å prate innenfor den form for prat)
"Diskurser er koherente meningssystemer"	7 Lage et bilde av den verden diskursen representerer. 8 Forstå hvordan en tekst som benytter seg av denne diskursen, ville håndtert innvendinger til terminologien
"Diskurser refererer til andre diskurser"	9 Lage kontrasterende måter å prate om diskurser på, sett disse opp mot hverandre, og se på de ulike objektene som de konstituerer 10 Identifisere steder hvor diskurser overlapper og hvor de konstituerer noe som ser ut som det "samme" objektet på ulike måter
"Diskurser reflekterer over ens egen måte å prate på"	11 Referere til andre tekster for å utdype diskursen, gjerne dens implisitte innhold, og adressere forskjellige mottakere 12 Reflektere over begrep som blir benyttet for å beskrive diskursen, hvilket inneholder moralske og politiske valg som den som analyserer må ta
"Diskurser er historisk forankret"	13 Se etter hvordan og hvor en diskurs oppstod 14 Beskrive hvordan diskursen har forandret seg, og hvordan de har fortalt en historie om noe som alltid var der, klart til å bli oppdaget
"Diskurser støtter institusjoner"	15 Identifisere institusjoner som forsterkes ved bruk av en diskurs 16 Identifisere institusjoner som blir marginalisert eller undergravd ved bruk av en diskurs
"Diskurser reproducerer maktrelasjoner"	17 Se på hvilke kategorier av personer som vinner og taper når en benytter seg av diskursen 18 Se på hvem som vil promotere og hvem som vil oppløse diskursen
"Diskurser har ideologiske effekter"	19 Vise hvordan en diskurs forbindes med andre diskurser som sanksjonerer undertrykking 20 Vise hvordan diskurser tillater dominante grupper å forteller deres narrativ om fortiden for å rettferdiggjøre nåtiden, og forhindre de som er posisjonert innenfor undertrykkende diskurser fra å forme vår historie