

## **Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis**

Karina Malm Utvåg , Susanne Steinkopf og Helge Holgersen

### Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis

Er det rom for klinisk autonomi i et psykisk helsevern med stadig økt fokus på effektivitet og pasientgjennomstrømning?

Flere helsearbeidere har uttrykt bekymring for at omorganisering, nye retningslinjer for utredning og behandling samt økte krav til dokumentasjon innenfor helsevesenet svekker fagpersoners kliniske autonomi (Dimmen & Ødegård, 2013; Johannessen, 2004; Stefansen & Haugen, 2006; Wyller et al., 2013). I flere reportasjer i Tidsskrift for Norsk psykologforening og i kvalitative studier har psykologer fortalt om en opplevelse av å ikke strekke til, verken faglig eller tidsmessig, på grunn av rammebetingelser som ikke er tilpasset de særskilte forhold i klinikken (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006; Strand, 2012). Det debatteres om de tiltak som er ment å bedre kvaliteten på behandlingen, i realiteten kan gjøre behandlingen dårligere gjennom at kvaliteter som samlet betegnes som klinisk autonomi svekkes. Til tross for at den kliniske autonomi berører sentrale deler av psykologers praksis som terapeuter, foreligger det få norske studier som undersøker dens praktiske betydning.

Klinisk autonomi er knyttet til relasjonen mellom terapeut og pasient (Ekeland, 2004), og kan defineres som handlingsrommet psykologen har i behandlingsforløpet ut fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006). Gjennom en lang vitenskapelig og klinisk utdannelse har psykologer tilegnet seg en klinisk ekspertise, og er som profesjonsutøvere tildelt en ekspertrolle. I den terapeutiske prosessen er psykologen den ansvarlige både for å skape og opprettholde en god allianse med pasienten, og denne alliansen vil blant annet avhenge av at pasienten har tillit til at behandleren i beslutningsprosessen i hovedsak setter pasientens behov og preferanser først (Stefansen & Haugen, 2006; se også pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å forvalte den kliniske ekspertisen i møte med pasienter trenger psykologen klinisk autonomi for å være i stand til å ta beslutninger til det beste for pasienten.

*Ved å styrke pasientens autonomi styrkes indirekte også psykologens kliniske autonomi*

Psykologisk praksis er regulert av lovverk for å ivareta pasientene og kvalitetssikre praksis, og profesjonen har selv utviklet etiske retningslinjer (Norsk psykologforening, 1998) og faglige standarder for hva som regnes som god praksis. Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk psykologforening, 2007) er et eksempel på det sistnevnte. I tillegg vil psykologisk praksis berøres av kvalitetssikrende tiltak som helsemyndighetene iverksetter, for eksempel

bruk av nasjonale retningslinjer og veiledere, og systematiske målinger av resultat på nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2011; 2012; 2013).

Ut fra kunnskapen vi har om psykologers ekspertisekunnskap, virksomme behandlingsfaktorer og psykologers arbeidsvilkår, ønsker vi å undersøke betydningen av og behovet for klinisk autonomi. Vi vil særskilt drøfte om psykologers kliniske autonomi ivaretas i lovverk og i faglig retningsgivende dokumenter. Spesialisthelsetjenesten er valgt som arena for drøftingen da tjenesten er utsatt for omorganisering og nye krav i offentlig sektor.

## **Betydningen av og behovet for klinisk autonomi**

### **Klinisk autonomi**

Klinisk autonomi er relatert til psykologens ekspertise som profesjonsutøver. I Norge kreves et 6-årig profesjonsstudium i psykologi for å praktisere som klinisk psykolog. Psykologutdannelsen er utviklet etter den medisinske inspirerte Boulder-modellen, hvilket innebærer at utdannelsen baseres både på vitenskapelig kunnskap og klinisk praksis (Frank, 1984). Utdannelsen skal gi kunnskap og kompetanse til å utrede og diagnostisere psykiske lidelser, og iverksette og gjennomføre psykologisk behandling basert på faglige avveininger og beslutninger.

Begrepet autonomi betyr selvstyre eller selvbestemmelse. I en klinisk kontekst refererer begrepet klinisk autonomi til psykologens mulighet til selvstendig å kunne velge utredningsmetodikk og behandlingsform og å fastlegge tidsrammer for behandlingen basert på pasientens tilstand og eventuelle bedring. Den kliniske autonomi berører andre sentrale deler av psykologers praksis, blant annet psykologens mulighet til å skape og legge forhold til rette for en god terapeutisk allianse.

Den terapeutiske allianse kan sies å være sentral i alt terapeutisk arbeid, da den har blitt vurdert som den sterkeste prosessprediktor for utfallet av terapien (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Terapeutegenskaper som er assosiert med høyere allianse rapportert fra pasienten og bedre behandlingsutfall, er åpenhet, varme, usikkerhet på egne evner («professional self-doubt»), fleksibilitet og respekt i møte med pasienten (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). Terapeuter som oppfattes som distanserte, kritiske, rigide, uoppmerksomme og har en tendens til å over- eller understrukturere terapitimen, påvirker både allianse og behandlingsutfall negativt (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Et tilstrekkelig handlingsrom i klinisk praksis kan legge til rette for at sensitivitet, fleksibilitet og nysgjerrighet kommer til uttrykk i møte med pasienter.

Situasjoner med mangel på klinisk autonomi har blitt knyttet til begrepet «stressfull involvement» (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Begrepet refererer til vansker i pasientarbeidet, en opplevelse av angst og kjedsomhet i møte med pasienter og en mestringsstrategi som preges av å unngå å involvere seg med pasienter på en terapeutisk måte. Stressfull involvement omfatter flere komponenter enn psykologens opplevelse av autonomi i sin praksis, blant annet opplevd støtte og tilfredshet på arbeidsplassen. Likevel er det mer sannsynlig at psykologer som opplever liten grad av autonomi, vil oppleve terapeutisk arbeid som belastende og være preget av engstelse og kjedsomhet i pasientarbeidet. Dermed kan en indirekte følge av mangel på autonomi være at psykologen gir dårligere psykologisk behandling.

### **Opplevd innskrenkning av klinisk autonomi**

Kun to norske studier har undersøkt hvorvidt kliniske psykologer opplever at deres kliniske autonomi påvirkes av ytre forhold. Stefansen og Haugen (2006) gjorde kvalitative intervjuer for å utforske den kliniske autonomiens vilkår i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). De fant at flere psykologer i BUP opplevde endringer som svekket deres kliniske autonomi. Endringene som ble lagt mest vekt på av informantene, var en mer markedsliberal tenkning i offentlig forvaltning og et økt press på standardisert metodikk for utredning og behandling. Stefansen og Haugen (2006) diskuterer funnene som to tendenser i klinikken; «en objektiverende tilnærming til pasientene og et økt fokus på effektivitet og produksjon» (s. ii).

Dimmen og Ødegård (2013) utførte en lignende kvalitativ studie om endringer i poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. De undersøkte hvorvidt psykologer selv kan sies å bestemme over den terapeutiske prosessen, eller om psykologer i større grad blir styrt av ytre forhold, eksempelvis produksjonskrav og sentrale styringsmekanismer. De fant at informantene opplever «at deres kliniske autonomi påvirkes av økt overordnet styring, økt krav om dokumentasjon, økt krav til standardisering og økt henvisningsmengde.» (s. 1065).

## **På hvilke måter er psykologisk praksis regulert i dag?**

### **Lovverk**

I helsepersonelloven (1999) § 4, 1. ledd, står det: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» Loven sier at

helsepersonell skal kjenne sine faglige begrensninger og innrette sin praksis etter dette, eller søke ny kunnskap eller opplæring når dette er nødvendig. Kravet om faglig forsvarlighet forvaltes både på individnivå (helsepersonelloven, 1999 § 4) og systemnivå (helsepersonelloven, 1999 § 16; spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2–2), og flere faktorer på individ- og organisasjonsnivå kan påvirke forsvarligheten. Organisasjonen plikter å planlegge, organisere og tilrettelegge slik at helsepersonell kan utføre sin praksis på en forsvarlig måte.

Det er verdt å merke seg at det ikke er det «perfekte» som ligger til grunn for forsvarlighetskravet. Statens helsetilsyn utfører tilsyn med helsetjenesten, og innenfor det helsetilsynet definerer som faglig forsvarlig er det en viss spennvidde, det vil si at det er et kontinuum fra «perfekt» eller «ideell» praksis til grensen til det faglig uforsvarlige. Det helsepersonell bør strekke seg etter, kaller helsetilsynet «god praksis». Helsetilsynet tar utgangspunkt i hva faget definerer som god praksis når de vurderer forsvarlighetsspørsmål (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). På denne måten er det i stor grad profesjonen selv som avgjør hva som regnes som faglig forsvarlig, og profesjonens normer for god praksis understøttes derfor av loven (Myklebust & Zimmermann, 2008). Profesjonens normer endrer seg over tid, og det betyr at praksis som understøttes av lovverket, også endrer seg.

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det lovfestet at helsepersonell skal sette pasientens medbestemmelse og autonomi høyt i behandlingen. Loven skal bidra til å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten samt ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven gir pasienter rett til medvirkning og informasjon, og rett til at behandlingen så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten.

### **Kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten**

Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2005) at tjenestene «er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er lett tilgjengelig og rettferdig fordelt» (s. 19). Som den nasjonale fagmyndighet for kvalitet og pasientsikkerhet har Helsedirektoratet et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere samt de nasjonale kvalitetsindikatorerne for kvalitetsmåling (spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 7–3).

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger. Retningslinjene bidrar til å sette en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper (Helsedirektoratet, 2013). Anbefalinger gitt av nasjonale eller kunnskapsbaserte faglige retningslinjer har til hensikt å hjelpe helsepersonell og pasient med å ta gode beslutninger, eksempelvis ved valg av behandlingsform eller ved problemstillinger knyttet til behandlings- prosessen. De skal i tillegg bidra til å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer samt hindre uønsket variasjon i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012; 2013).

Faglige retningslinjer har ikke rettslig status og må sees på som råd og anbefalinger. Indirekte kan disse likevel få en rettslig betydning i den forstand at de skal gjenspeile allment aksepterte faglige normer (jf. forsvarlighetskravet). Det påpekes at faglig skjønn og individuelle vurderinger er av betydning for hensiktsmessig bruk av faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Dersom gitte anbefalinger ikke følges og psykologen mener det er faglige grunner for et slikt valg, skal dette begrunnes særskilt med de overveielser som ligger til grunn for valget (Forskrift om pasientjournal § 8-h, 2000).

*Det kan oppstå et spenningsforhold mellom å ivareta den enkelte pasientens interesser og organisasjonens rutiner*

Kvalitetsmål eller -indikatorer som eksempelvis «epikrisetid» og «oppdaterte ventetider» skal gi et innblikk i kvaliteten på psykiske helsetjenester. Innen psykisk helsevern er «registrering av hoveddiagnose», «registrering av lovgrunnlag ved innleggelse» og «andel tvangsinnleggelse» blant de nasjonale kvalitetsindikatorerne (Helsedirektoratet, 2011). Bruk av kvalitetsindikatorer har blitt kritisert, blant annet for å være et uttrykk for produktivitet heller enn å si noe om kvalitet på behandlingen eller pasientens bedring (Farshbaf, 2012; Strand, 2012). Det er også blitt advart om at bruk av kvalitetsindikatorer til å rangere, belønne og straffe helseforetak kan gi seg utslag i uheldige «spilleffekter», der praksisen tilpasser seg hva som måles og premieres (Schem, 2005).

### **Evidensbasert psykologisk praksis**

Den amerikanske psykologforeningen (APA) kom i 2006 med prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, en erklæring som Norsk psykologforening sluttet seg til i 2007. Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) defineres av Norsk psykologforening (2007) som «integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (s. 1127). Med beste tilgjengelige forskning menes vitenskapelige resultater fra randomiserte kontrollerte studier, så vel som naturalistiske studier og kvalitative

forskningsdesign (Rønnestad, 2008). Med klinisk ekspertise menes kunnskap og ferdigheter psykologen har som fremmer terapeutisk bedring hos pasienten. Det tredje elementet omfatter all kunnskap om pasienten som kan ha relevans i den terapeutiske konteksten. Prinsippklæringen fremhever at psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset den enkelte pasient, og at kunnskap om pasientens spesifikke problemer, egenskaper, ressurser, sosiokulturelle kontekst med mer skal tas i betraktning ved terapeutiske intervensjoner og beslutninger. I tillegg bør pasientens verdier, ønsker og personlige preferanser knyttet til behandling veie tungt i det terapeutiske arbeidet (Norsk psykologforening, 2007).

Prinsippklæringen stadfester at de tre fundamentene i EBPP er like viktige for å utøve faget godt og forsvarlig, og at psykologen i sitt virke skal avveie og integrere disse perspektivene (Holmén, 2009). Det presiseres at den endelige vurderingen av intervensjon eller behandlingsplan skal tas av psykologen, og i tillegg at behandlingsavgjørelser aldri skal tas av personer uten opplæring eller inngående kjennskap til den aktuelle saken. Erklæringen sier også at behandlende psykolog må vurdere gyldigheten av forskningsevidens for en bestemt pasient, og at dette i hvert enkelt tilfelle vil innebære en vurdering av sannsynlighet.

Prinsippklæringen om EBPP førte til en «evidensdebatt», både internasjonalt og blant norske psykologer. Flere har tatt til orde for at EBPP ofte forveksles med evidensbaserte metoder, og at dette er å misforstå den gjeldende definisjonen av EBPP (Bjørk & Neumer, 2010; Høstmælingen, 2010; Rønnestad, 2008). Rønnestad (2008) viser til at prinsippklæringen fremhever betydningen av et bredt kunnskapsgrunnlag og viktigheten av å kjenne til begrensninger og styrker ved de ulike typene undersøkelser. Holmén (2009) klargjør på vegne av Norsk psykologforening at evidensbegrepet må forstås som noe langt bredere enn det forskningsbaserte effektbegrepet.

### **Diskusjon: rom for klinisk autonomi?**

Lovverk som regulerer psykologisk praksis, tar sikte på å kvalitetssikre tjenester og ivareta pasientens rettigheter, preferanser og medbestemmelse i helsetjenesten. Lovverket støtter opp under psykologens kliniske autonomi særlig ved at det vektlegger pasientens autonomi. Ved å styrke pasientens autonomi styrkes indirekte også psykologens kliniske autonomi i den forstand at psykologen, i tilfeller hvor interesser ikke lar seg forene, bør ta utgangspunkt i pasienten fremfor eksempelvis ytre krav om «produksjon» når beslutninger tas. Den kliniske autonomi kan også sies å komme til uttrykk i

lovverket gjennom den nye helsepersonelloven, blant annet da loven innebærer en styrking av den enkelte behandler direkte ansvar overfor pasienten (Johannessen, 2004). Samtidig kan det stilles spørsmål om det å bli pålagt ansvar parallelt med en redusert mulighet til å påvirke rammene, eksempelvis gjennom lokalt utarbeidede rutiner for pasientgjennomstrømning, kan kalles klinisk autonomi. Det kan altså oppstå et spenningsforhold mellom å ivareta den enkelte pasientens interesser og organisasjonens rutiner.

EBPP forutsetter at psykologen integrerer tilgjengelig kunnskap om forskningsevidens, klinisk ekspertise og den enkelte pasient. En slik integrering baserer seg på vurderinger og beslutninger som vil være unike i hvert tilfelle, da ingen pasienter er like, verken i sin symptomutforming eller som personer som har og lever med symptomene sine. At en behandlingsmetode har forskningsevidens, er i seg selv ikke tilstrekkelig for utøvelse av metoden, da det forutsettes en tilpasning til det særegne ved den enkelte pasient og også en bevissthet på egne egenskaper som terapeut. Dersom forskningsresultat kunne overføres direkte til klinikken, hadde det heller ikke vært nødvendig å utdanne psykologer innenfor de rammer som eksisterer i dag. Kompetansen som psykologer besitter, er antatt å bidra til en bedre implementering av forskningsresultat til klinikken gjennom at disse tilpasses til den aktuelle pasient. Med utgangspunkt i en slik forståelse må klinisk autonomi sees på som en forutsetning for å drive EBPP.

Nasjonale faglige retningslinjer er ikke absolutte, og det tydeliggjøres at klinisk skjønn er nødvendig for å vurdere relevansen av råd og anbefalinger som er gitt i de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012). En slik bruk av retningslinjer vil være i tråd med EBPP, der det presiseres at beslutninger ikke skal tas av andre uten kjennskap til den enkelte saken. Det kan dermed argumenteres for at verken retningslinjer eller anbefalinger om en type praksis på den enkelte arbeidsplass skal overstyre psykologens faglige beslutninger.

Flere psykologer som jobber i spesialisthelsetjenesten, opplever at deres kliniske autonomi er svekket. Imidlertid er ikke en reduksjon av psykologers klinisk autonomi nedfelt i offentlige dokumenter. Med andre ord må opplevelsen av svekket autonomi knyttes til andre forhold enn det en rimelig tolkning av hva lovverk og faglig retningsgivende dokumenter, gir av handlingsrom.

### **Hva skyldes opplevelsen av innskrenket klinisk autonomi?**

I studier og reportasjer har det kommet fram at opplevelsen av redusert klinisk autonomi tillegges faktorer som økt institusjonell overordnet styring, økte krav til standardisering, økt krav om



dokumentasjon og produksjonspress (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006; Strand, 2012).

Økt overordnet styring kan innebære økte krav til effektivisering, og at ledelsen i spesialisthelsetjenesten, som en del av et helseforetak, blir presset til å tenke kostnadseffektivitet og gjennomstrømning fremfor faglig kvalitet. Det kan virke som ansvaret for faglig kvalitet skyves nedover i systemet, og at det blir opp til den samvittighetsfulle psykologen å kombinere økt gjennomstrømning samtidig som det utøves høy faglig kvalitet (Sackett et al., 1996). Dersom ledelsen har et fokus på gjennomstrømning og produktivitet, kan det tenkes at det er dette som «belønnes» på arbeidsplassen og over tid gir seg utslag som et element som ufundert blir brukt som tegn på faglig kvalitet i arbeidet. Den enkelte psykolog vil i en slik situasjon ha en større barriere for å bryte med normen og å «forsinke» systemet han eller hun arbeider innenfor, og dette kan resultere i en opplevelse av redusert kontroll over rammene, mindre trivsel og innskrenket klinisk autonomi.

*At en behandlingsmetode har forskningsevidens, er i seg selv ikke tilstrekkelig for utøvelse av metoden*

Til tross for at en reduksjon av den kliniske autonomi ikke er nedfelt i prinsipperklæringen om EBPP, nasjonale retningslinjer og behandlingsveiledere, kan disse likevel oppleves som en inngripen i psykologens kliniske autonomi. Beslutningen om det vil være riktig å følge eller ikke følge nasjonale faglige retningslinjer, er en vurdering den enkelte psykolog gjør basert på pasientens tilstand, og helsemyndighetene synes med dette å vise tillit til psykologers kliniske ekspertise. Samtidig kreves en særskilt begrunnelse i tilfeller der psykologen avviker fra retningslinjene (Forskrift om pasientjournal § 8-h, 2000), og en like utførlig begrunnelse kreves ikke når retningslinjene følges. I praksis kan altså en særskilt begrunnelse virke disiplinerende ved at det blir vanskeligere å gjøre faglige beslutninger som ikke er i tråd med retningslinjene. Slik kan praksisen legge føringer for anvendelsen av klinisk skjønn og føre til en opplevd reduksjon av den kliniske autonomi.

Økte krav om dokumentasjon kan bidra til å sikre god og forsvarlig praksis, men kravene kan være mer omfattende enn det lovverk, prinsipperklæringen og retningslinjer krever. Eksempelvis kan dokumentasjon dreie seg om å registrere måltall knyttet til produksjon: tidsbruk per pasient, ventelistens lengde, tidsbruk før epikrise sendes, og lignende. Ettersom helseforetak er under et stadig press om å levere «gode måltall», vil presset videreføres nedover i systemet, til de som har ansvar for inntaksrutiner og delegering av saker, og til sist til de som samhandler direkte med pasientene.

Kvalitetssikrende rutiner kan ha utilsiktede konsekvenser, eksempelvis ved at arbeidet tar tid fra direkte terapeutisk samhandling med pasientene. Klinikere kan da komme i konflikt mellom å tilpasse seg ytre krav og å gi god behandling til pasientene sine.

### Konklusjon

Vilkår for den kliniske autonomi har endret seg betraktelig som følge av reformer, lovendringer og nye kontrollrutiner de siste årene, og flere psykologer opplever at deres kliniske autonomi er svekket. En reduksjon av psykologers kliniske autonomi er derimot ikke nedfelt i lovverk og i faglig retningsgivende dokumenter, men påvirkes av forhold som psykologen må hanske med i sin praksis. Det kan tenkes at vektleggingen av ytre forhold som kvalitetsindikatorer og pasientgjennomstrømning, over tid kan føre til at dette ufundert betraktes som de beste indikasjonene på kvalitet på psykologisk behandling. For å yte helsetjenester av god kvalitet argumenterer vi for at betydningen av den kliniske autonomi bør tas i betraktning, og da spesifikt med tanke på å gi den enkelte pasient best mulig hjelp.

### Referanser

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185. doi:10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. doi:10.1037/003-066X.61.4.271
- Bjørk, R. F. & Neumer, S. P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 937–941.
- Dimmen, Ø. & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kasseapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1061–1066.

- Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. Hentet fra [http://www.hioa.no/Om-HiOA/node\\_7939/filer-sps/arbeidsnotater/6-2004-Eke...](http://www.hioa.no/Om-HiOA/node_7939/filer-sps/arbeidsnotater/6-2004-Eke...) Farshbaf, M. (2012). Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(4), 401–402.
- Forskrift om pasientjournal (2000). Forskrift om pasientjournal. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Frank, G. (1984). The Boulder Model: History, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(3), 417–435. doi: 10.1037/0735-7028.15.3.417
- Helsedirektoratet. (2011). Kvalitetsindikatorer for psykisk helse. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/ps...>
- Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet: Oslo
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinje...>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(10), 938–939.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients* (s. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 930–936.
- Johannessen, B. F. (2004). Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet: Konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Bergen: Rokkansenteret.
- Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(7), 714–718.
- Myklebust, I. & Zimmermann, C. (2008). Faglig forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1543–1546. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=214893&a=5](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=214893&a=5)

- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627–646.  
doi:10.1080/1050 3307.2010.497633
- Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Eti...>
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1129–1142.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). Dimensions of work involvement. I D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (red.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (s. 61–80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Sackett, D.I., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schem, B. C. (2005). Indikatorer – nyttige, men problematiske. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 125(9), 1151.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005) ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stefansen, J. & Haugen, N.-O, S... (2006). *Den kliniske autonomiens vilkår* (Hovedoppgave). Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen.
- Strand, Nina (2012). Byråkratisering i helsevesenet: Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), s. 269–274.
- Wyller, V. B. et al. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 6, 655–659.  
doi:10.4045/tidsskr.13.0238