

Klinisk ekspertise og New Public Management

Det er altfor enkelt å avfeie NPM som et reduksjonistisk fag-drap. Fagmiljøene har også et ansvar for å hente klinisk ekspertise ut av den «svarte boksen» og gjøre den tilgjengelig for etterprøvnbarhet.

TEKST

Andreas Høstmælingen

PUBLISERT 5. juni 2014

ABSTRACT:

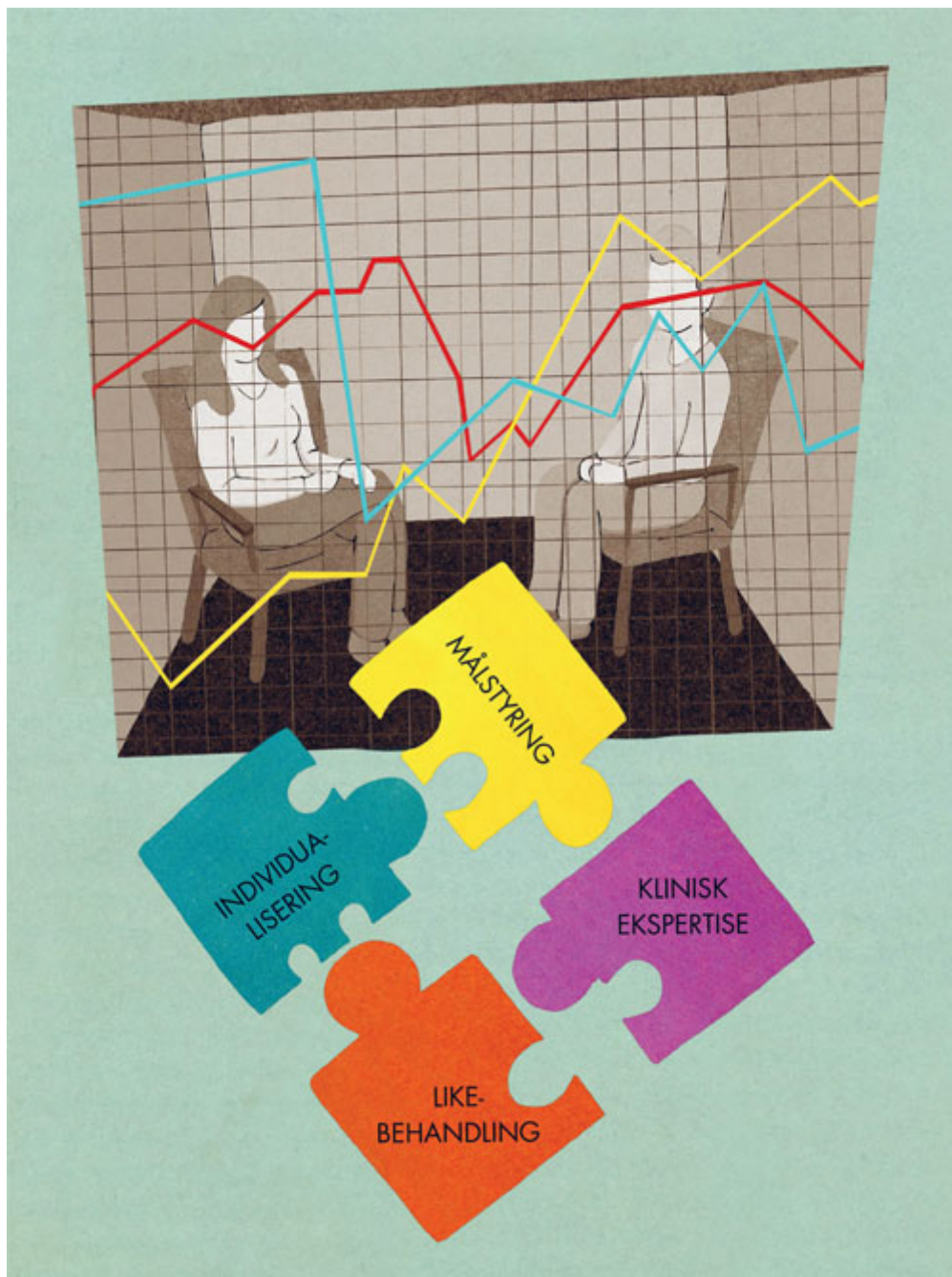
Clinical Expertise and New Public Management

With the reform in 2002 principles from New Public Management were implemented in the management of the hospitals in Norway. The need for reform was partly due to the hospitals inability to solve problems with regards to expenses, resource allocation, geographical variability in availability and quality and unresolved questions about unclear managerial responsibilities. NPM offered solutions to problems with accountability, transparency and quality control. But this also ushered in a system where the professional is expected to account for one's actions through performance measures rather than the traditional system of responsibility under the trust of authorization. This transition challenges the clinicians professional autonomy and possibility to exert clinical expertise.

Yet it remains critical for the welfare state to secure distribution of the patients' right to social security and health services as an individual right. Clinical expertise without accountability is vulnerable to unintended variation and arbitrariness in service delivery, and thus represents a judiciary and democratic problem in the core of the welfare-state.

Some areas of psychological practice remain outside the realm of output measures, and must remain within the clinician's autonomous discretion. There is, however, a need to identify systems of accountability outside the "hard" data of performance measures which allow clinicians to account for one's actions and thus be a source of transparency and legitimacy.

Keywords: evidence-based psychological practice, clinical expertise, New Public Management, clinical autonomy



ILLUSTRASJON: JILL MORSUND

Siden den New Public Management (NPM)-inspirerte sykehusreformen ble innført i 2002 her til lands, har den nye måten å utføre helsetjenester på vært i mer eller mindre konstant fokus. I 2004 ble det registrert 4573 medieoppslag om sykehus og helseforetak i de største dagsavisene (Stigen, 2004). En ny bølge av kritikk kom i etterkant av ti legers opprop om å «Ta faget tilbake». Forfatterne påsto at NPM skaper dårligere kliniske tjenester, økonomisk ineffektivitet, demokratisk underskudd, kompetanseflukt og moralsk forfall (Wyller et al., 2013). Kritiske røster fra klinikk og academia organiserte seg i «Helsetjenesteaksjonen». Det kan synes som et samlet felt av ulike profesjoner og fagfolk definerer New Public Management som antitesen til godt fag. Men det er altfor enkelt å avfeie NPM som et reduksjonistisk fag-drap. Norge og andre velferdsstater i Europa har hatt store vanskeligheter med å sikre seg kunnskap om hvorvidt tjenestene de yter faktisk, er nyttig for mottakerne. NPM er delvis motivert av behovet for å løse

slike problemer. Fagmiljøene har også et ansvar for å hente klinisk ekspertise ut av den «svarte boksen» og gjøre den tilgjengelig for etterprøvbarehet.

«Det kan synes som et samlet felt av ulike profesjoner og fagfolk definerer New Public Management som antitesen til godt fag»

I denne artikkelen vil jeg først presentere sykehusreformen og de sentrale elementene i den. Deretter vil jeg gjøre rede for klinisk ekspertise og profesjonsteoretiske betraktninger om klinisk ekspertise som en forutsetning for evidensbasert praksis. Deretter drøfter jeg spenningsforholdet mellom klinisk ekspertise og NPM. Jeg vil argumentere for at mål- og resultatstyring som en sentral del av NPM tjener offentlige verdier forankret i demokratisk innsyn og pasientrettigheter. NPM setter samtidig klinisk ekspertise og muligheten for individuell tilpasning til pasientens behov under press, og mål- og resultatstyring mangler viktige forutsetninger for å fange god fagutøvelse. Jeg argumenterer for at verdiene som har drevet (og for så vidt også er et resultat av) NPM, ikke kan avfeies, og at man må jobbe for å identifisere systemer som gjør det mulig å ivareta disse *samtidig* som man legger til rette for at fagfolk kan drive evidensbasert praksis.

New Public Management og den norske sykehusreformen

Siden sykehusloven i 1969 har man aldri måttet vente lenge på den neste offentlige utredningen som forsøker å belyse sykehusenes manglende evne til å redusere ventetider, sikre et geografisk jevnt fordelt tjenestetilbud og få kontroll over økte kostnader og ineffektiv ressursutnyttelse (Hippe & Trygstad, 2012; NOU 1974:59; NOU 1987: 25; NOU 1996:5; NOU 1997:2; Ot.prp.nr.66 (2000–2001); Sosialdepartementet, 1991; St. meld. nr. 24 (1996–1997)). Det er ingen tvil om at foretaksreformen som skulle løse sykehusenes utfordringer, var basert på New Public Management (Byrkjeflot & Neby, 2004; Christensen, Lie & Lægreid, 2007; Hippe & Trygstad, 2012). NPM er verken en helhetlig teori eller fragmenterte ideer, men kan snarere forstås som en argumentasjon for administrasjon basert på spesifikke doktriner og tilhørende begrunnelser (Boston, 2013; Hood, 1991). En grunnleggende forutsetning for disse begrunnelsene var nyliberalismen (Boston, 2013; Hansen, 2013; Jørgensen & Andersen, 2013). En nyliberalistisk bølge på 80- og 90-tallet bidro til et sterkt internasjonalt fokus på individuelle rettigheter, styring etter juridiske prinsipper og troen på det frie marked (Harvey, 2005). Styring basert på nyliberalisme vil på den ene siden fremelske selvstyre, frihet og valg. På den andre siden vil prestasjonsmål, kvalitetskontroll og standardisering være sentralt for å kontrollere hvordan autonome agenter løser oppgavene sine (Dean, 2010).

I skandinaviske reformer av offentlig forvaltning har komponenter knyttet til *ledelsespraksis* og *brukerresponsivitet* stått sentralt (Hansen, 2013), og gitt seg utslag i styringssystemer som kombinerer sterkt fokus på ledelse, autonome foretak adskilt fra eier, og markedsløsninger og transparens (Byrkjeflot, 2013). Ved å fjerne enhver tvil om hvor ansvaret lå, skulle *enhetlig ledelse* sikre at man nådde de målene som ble satt for sykehusforetakene (Byrkjeflot & Neby, 2004; NOU 1997:2). De ble også fristilt fra eieren etter en tanke om at autonome foretak er lettere å ansvarliggjøre (Byrkjeflot & Neby, 2004). Staten skulle som eier begrense styringen til å bestille tjenester, samt regulere og opprettholde kontroll gjennom mål- og resultatstyring (Byrkjeflot, 2013; Byrkjeflot & Neby, 2004; Christensen et al., 2007; Hansen, 2013).

Et annet element i NPM-inspirerte reformer var premisset om at pasienter er rasjonelle aktører, i stand til ta beslutninger om hvilke tjenesteytere som best kan ivareta deres behov (Jørgensen & Andersen, 2013). Med fritt sykehusvalg fikk pasienter en form for kundestatus med frihet til å velge tjenesteyter (Byrkjeflot & Neby, 2004).

Ressursfordeling til sykehusene fulgte pasienten. «Frihet til å velge»-tankegangen medførte også et sterkt fokus på transparens, synliggjøring av resultater og kvantifiserbare mål på kvalitet for å sikre pasienten den informasjonen de trenger for å kunne ta informerte valg (Blomgren & Sahlin, 2007; Byrkjeflot & Neby, 2004).

NPM kombinerte brukerens rett til å velge og behovet for ledelse til et sterkt argument for mål- og resultatstyring. Ved å delegere oppgaver til ansvarlige og selvregulerende foretak tillates staten å trekke seg tilbake fra en «grumsete arena av overveldende detaljer» (Neave (1988), sitert i Power, 1997, s. 53). Forbrukeres frihet og rettigheter til å velge blir samtidig en begrunnelse for nødvendigheten av å evaluere prestasjoner. NPM-reform tvinger således fram «prestasjonsteknologier» som gjennom å måle resultater gjør det mulig å styre og kontrollere autonome foretak, samtidig som de gir forbrukerne grunnlag for å evaluere og velge (Dean, 2010).

Beslutte under betingelser av ubestemthet - den kliniske ekspertisens legitimitet

Mens NPM søker å kvalitetssikre styringen av offentlige foretak, trekkes evidensbasert praksis ofte fram som helseprofesjonenes overordnede grep for å kvalitetssikre egen fagutøvelse. Norsk Psykologforening definerer evidensbasert psykologisk praksis, som «integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). Forskning som sier noe om behandlingsmetoders effekt og nytteverdi, gir et vitenskapelig forankret utgangspunkt for praksis. Men kunnskap på gruppenivå må balanseres mot kunnskap om hver enkelt pasient som gjør det mulig å ivareta dennes unike behov og forutsetninger (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). For å drive evidensbasert praksis må derfor klinikerne forholde seg både til generell kunnskap basert på aggregerte data, og kunnskap om hver pasients behov, forutsetninger og respons på behandling. Men: «kunnskap kan ikke ta beslutninger, det må mennesker gjøre» (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002b, s. 1350), og i alle profesjoner oppstår det et spenningsfelt i forholdet mellom kunnskap og praksis.

«New Public Management kombinerer brukerens rett til å velge og behovet for ledelse til et sterkt argument for mål- og resultatstyring»

Tanken om å forankre praksis i evidens er basert på en antagelse om at teori kan *anvendes* (Grimen, 2008). I visse situasjoner foregår psykologers profesjonsutøvelse etter klare regler. Hvis vi for eksempel skal yte helsehjelp mot pasientens vilje kan dette kun skje om visse klart definerte kriterier er oppfylt (Psykisk helsevernloven, 1999, §3–3). Men som oftest kan ikke overordnet kunnskap gi presise handlingsanvisninger som leder fra beskrivelsen av pasientens problem til en konklusjon om hva som er en godt begrunnet fremgangsmåte (Grimen & Molander, 2008; Molander, 2013; Molander & Terum, 2008; Reed, Kihlstrom & Messer, 2006; Terum & Grimen, 2009). Situasjoner med svake holdepunkter gir oss informasjon om *hva* vi må forholde oss til, men uklare regler om *hvordan* vi skal forholde oss til dem (Grimen & Molander, 2008). Dette medfører en «ubestemthet» som skaper rom for fortolkning, egne beslutninger og vurderinger (Molander, 2013). Også helselovgivningen anerkjenner at det er behov for å gjøre individuelle avveininger for å komme fram til hva som er riktig å gjøre, og Høyesterett innrømmer derfor profesjonsutøverens spillerom mellom grensen for hva som er uforsvarlig og optimalt (Molven, 2012). Retningslinjer for depresjonsbehandling gir for eksempel råd om at man skal kartlegge pasientens fysiske, psykiske, sosiale og materielle behov; tidligere og nåværende somatiske og psykiske lidelser; psykiske lidelser i familien; selvmordsfare; bruk av rusmidler; barndoms- og oppvekstforhold; negative livshendelser og mellommenneskelige problemer (Helsedirektoratet, 2009). Det er nærmest umulig å definere presise regler for hvordan man skal gå fram for å gjøre dette. To terapeuter kan i en slik utredning prioritere og vektlegge informasjon på ulik måte, og forfølge ulike fremgangsmåter avhengig av hva som trer frem som sentrale temaer, uten at dette nødvendigvis betyr at en av dem må ha begått en feil.

Klinisk ekspertise kan i denne sammenhengen forstås som en form for *resonnering* under betingelser av ubestemthet (Grimen & Molander, 2008; Rønnestad, 2009). Basert på svake holdepunkter må man forholde seg til samtidige og ulike informasjonskilder, vurdere kvalitet og relevans av disse og integrere dem på en slik måte det munnner ut i veloverveide handlinger eller beslutninger (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002a; Norman & Nielsen, 2009; Norsk Psykologforening, 2012). Den kliniske ekspertisen danner således grunnlaget for profesjonens krav om å forvalte spesielle arbeidsoppgaver: Hvis det ikke hadde vært behov for en kompetanse til å forvalte situasjoner som krever fortolkning av uklare regler, ville oppgavene kunne utføres nærmest mekanisk, og det ville i bunn og grunn vært det samme hvem som utførte dem (Grimen & Molander, 2008). Mål- og resultatstyring tilbyr standardiserte regler for hvordan man skal manøvrere i rommet mellom premiss og konklusjon. Klinisk

ekspertise legitimeres av situasjoner hvor slik standardisering ikke er mulig. Målstyring og klinisk ekspertise er således uforenelige størrelser.

Hvis skjønnnet skal fremstå som noe annet enn bare én persons innfall, må det imidlertid kunne vises til visse holdepunkter for hvorfor man velger å gjøre noe framfor noe annet. Hvis man ser bort fra at betingelsene det resonneres under gir svake holdepunkter, er ikke selve resonneringsprosessen ulik andre typer resonnering (Grimen & Molander, 2008). Det må være mulig å gjøre rede for hva man har forholdt seg til, begrunne dette og således også stå ansvarlig for de vurderingene og valgene man har tatt. I situasjoner hvor skjønn er nødvendig, må det være kvaliteten på resonnementet og ikke kvantifiserbare utfallsindikatorer som gir et korrekt bilde av om det er utført godt fag eller ikke.

Hvordan påvirker NPM fagutøvelse?

Hoffmann (2002) peker på at 30 år med sykehusreformer aldri grep inn i det grunnleggende styringsproblemet som oppstår i spenningsfeltet mellom den økonomisk/ administrative og helsefaglige rasjonalitet, og deres motstridende legitimitetsgrunnlag. Mens byråkratiet henter legitimitet gjennom upartisk anvendelse av presise lover og regler, baserer profesjonene sin legitimitet på kollegialt forvaltet vitenskapelig kunnskap og utprøvd praksis (Svensson & Karlsson, 2008). Både nasjonalt og internasjonalt var velferdsstater preget av at profesjonsutøvere hadde stor makt til å styre ressursbruk ut fra skjønnsmessige behovsvurderinger (Hoffmann, 2002; Kjekshus, 2003; NOU 1987: 25; Painter, 2013). I tillegg hadde man store problemer med å skaffe til veie styringsdata som kunne gi tilbakemelding om kvaliteten, omfanget og kostnadene på sykehustjenestene (NOU 1996:5; Sosialdepartementet, 1991; St. meld. nr. 24 (1996–1997)). Byråkratiet hadde med andre ord problemer med å ivareta sitt formelle styringsansvar, blant annet fordi linjen som går fra lovgiver og ned til utøvelsen av oppgaven, blir brutt av «lommer av selvregulerende ekspertise» (Power, 1997, s. 45, min oversettelse). I lys av dette er kanskje ikke problemet så mye *at* profesjonsutøvere tar avgjørelser, men heller at redegjørelsene og begrunnelsene for disse ikke er tilgjengelige for etterprøving av et byråkrati som har ansvar for å implementere politiske beslutninger. De potensielt negative sidene ved å overlate styring til helsepersonells skjønnsmessige vurderinger ble påpekt allerede i 1946 av en ekspedisjonssjef i Justisdepartementet:

En lege vil først og fremst ha den sykes tarv for øyet, mens en juridisk og administrativt utdannet bedre kan vurdere helsesaken i forhold til andre statsformål og hensynet til statsbudsjettet (Thorsen, 1946, 12. desember).

Denne bekymringen ser vi igjen i videre utredninger av problemer i sykehusstyringen: «ledelsen har det formelle ansvaret for sykehusene, mens (over)legene ofte har den reelle styringen ved å bestemme aktivitetsnivå og ressursbruk uten å ha styringsansvar. Formell ledelse oppfattes å ha liten legitimitet og utfører oppgaver som er resultat av legenes beslutninger» (NOU 1987: 25, s. 28). Med NPM fortrenses profesjonell autonomi

til fordel for byråkratisk regelstyring, og målsettinger og resultatkrav plasseres utenfor profesjonenes kontroll (Svensson & Karlsson, 2008). På den ene siden medfører dette større mulighet for transparens og etterprøvbarehet. På den andre siden skapes hule mål som ikke fanger kvaliteten på tjenestene.

NPM skaper transparens og accountability.

Power (1997) forklarer framveksten av NPM blant annet som resultatet av en vellykket politisk diskurs som har krevet «accountability»^[1] i offentlige tjenester. NPM påstår å snakke på vegne av skattebetalere og forbrukere og mot profesjonenes kultur av selvregulering (Power, 1997). *Likebehandlingsprinsippet* stiller krav om formell rettferdighet mellom individer (Grimen & Molander, 2008), og er en grunnleggende forutsetning i helsevesenet: «Sykehusvesenets målsetning forutsettes satt ut i livet ut fra et likhetsprinsipp, dvs. at alle landets innbyggere får mest mulig likeverdige muligheter for helseservice» (NOU 1974:59, s. 17). Rettighetsfesting blir i økende grad brukt som et verktøy for å styre ressursbruk, og de fleste dokumenter om nasjonal helsepolitikk går i retning av et hovedmål som kan oppsummeres som «pasienten først» (Molven, 2012). «Dette innebærer også at man må ha systemer som ivaretar disse rettighetene og som sørger for at noen kan holdes ansvarlig når noe går galt» (Jonas Gahr Støre sitert av Time, 2012, 26. oktober).

Likebehandlingsprinsippet forutsetter at like tilfeller behandles likt. Da må det også finnes kriterer å vurdere etter slik at man kan sikre konsistens. For eksempel skal strenge kriterier sørge for likhet ved beslutninger om tvangsbehandling. Hovedkriteriet for tvungen behandling i psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse» (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3, første ledd, nr. 3), men hva dette konkret innebærer, har vært gjenstand for mye debatt (NOU 2011:9). Når to profesjonsutøvere skal vurdere et gitt tilfelle basert på skjønn, kan de bedømme overraskende likt, mens det i andre tilfeller oppstår store og uforklarlige sprik i bedømmelsene (Grimen & Molander, 2008). Om man lar det være opp til helsepersonells kliniske skjønn å definere når en pasient har «alvorlig sinnslidelse», kan det bli vilkårlig hvem som blir fratatt retten til å bestemme over sitt eget liv. Behovet for å ivareta likebehandlingsprinsippet tilsier da at man må redusere rommet for skjønn gjennom klare kriterier og regelstyring.

I lys av dette utsettes borgere for en paradoksal risiko ved å motta hjelp fra helsevesenet. På den ene siden garanteres de rettigheter til «like» tjenester. På den andre siden vil disse tjenestene ofte utøves under betingelser hvor likebehandling verken er ønskelig eller mulig, og hvor man på godt og vondt er overlatt til den profesjonelles resonnering. Jo flere individuelle rettigheter man garanterer borgerne gjennom lov og forskrift, desto større risiko utgjør skjønnets iboende variasjon og vilkårlighet for at de ikke ivaretas. Skjønnet utgjør et «normativt problem i velferdsstatens kjerne» (Molander, 2013, s. 45).

Mitchell Dean (2010) omtaler staterens tendens til å ville håndtere den risikoen den utsetter skattebetalerne for, som *refleksiv styring*. Statlig styring effektiviseres,

ansvarliggjøres, synliggjøres og demokratiseres gjennom bruk av prestasjonsteknologier (Dean, 2010). Peters (2013) argumenterer for at sviktende valgdeltagelse og redusert tillit til politiske partier har ført til behov for andre metoder for å sikre befolkningen kontroll over offentlig politikk. NPM med fokus på mål- og resultatstyring fører til at befolkningen i større grad kan stille politikerne til ansvar for resultatene de produserer, framfor å være avhengig av å gi regjeringer et vidt mandat til å styre på vegne av dem gjennom valgdeltagelse (Peters, 2013). Peters omtaler dette som en overgang fra «inputdemokrati» til «outputdemokrati». Accountability og transparens blir her fundamentale verdier for å sikre individuelle rettigheter og demokratisk innsyn (Blomgren & Sahlin, 2007; Jørgensen & Andersen, 2013).

Behovet for ansvarliggjøring blir særlig viktig når medlemmer av ulike profesjoner opptrer som «portvoktere» i velferdsstaten (Molander, 2013). Helseprofesjoners vurderinger er grunnlag for å innrømme pasienter rettigheter. Når disse vurderingene er avhengige av et skjønn som i sitt vesen innebærer risiko for vilkårlighet og variasjon, øker behovet for å ansvarliggjøre dem. Et eksempel på dette finner vi i stortingsmeldingen som ledet opp til opptrappingsplanen for psykisk helse:

I psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder – uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasientene. [?]Når prosessen foregår i «det lukkede rom» rundt pasient og behandler, kan også muligheten for åpenhet, sammenligning og etterprøving avskjæres» (St. meld. nr. 25 (1996–1997), pkt. 1.3.1.).

Streben etter transparens og accountability dreier seg altså ikke bare om behovet for å gjøre pasientkunder i stand til å velge tjenesteytere basert på oppnåelse av resultater, men drives av ideer om pasientrettigheter og demokratisk innsyn (Blomgren & Sahlin, 2007). Disse verdiene setter skjønnet under press fordi det i utgangspunktet er vanskelig å etterprøve. Løsningen NPM tilbyr for å imøtekomme kravet om accountability, er prestasjonsteknologier og målstyring, men slike styringsverktøy tar ikke høyde for de situasjonene som på grunn av ubestemthet ikke lar seg standardisere, og hvor skjønnsutøvelse er nødvendig.

NPM skaper hule kvalitetsmål.

Helseprofesjonene viser til behovet for fleksibel tilpasning til pasienters behov når de argumenterer for autonom skjønnsutøvelse (Greenhalgh, 2002; Haynes et al., 2002a; Hoffmann, 2002; Johannesen, 2004; Molander, 2013). Faglige retningslinjer kan heve kvalitet ved å anbefale forskningsbaserte prosedyrer, men innebærer også en fare for rigide systemer som hindrer muligheten til å tilpasse seg pasienters individuelle behov (American Psychological Association, 2002). Wyller med flere (2013) oppfordrer helsearbeidere til å «ta faget tilbake» ved å ta «utgangspunkt i det unike møtet mellom hjelper og hjelpetrequende. [?] Helsearbeiderens oppgave er verken å tjene samfunnet eller egne interesser, men de lidende enkeltmennesker som kommer i vår vei» (Wyller

et al., 2013, s. 656). *Individualiseringsprinsippet* er sammen med likebehandlingsprinsippet en sentral del av *skjønnets normative kontekst*, men disse står også i et motsetningforhold til hverandre (Grimen & Molander, 2008). Byråkratiet fokuserer på regelstyring for å sikre rettferdig fordeling av goder og tjenester (Kjekshus, 2003; Svensson & Karlsson, 2008). I denne sammenhengen blir behovet for å ivareta likebehandlingsprinsippet ofte oversatt til eksplisitte mål om å «reduere variasjon» (Se f. eks. Helsedirektoratet, 2008, 2011, 2012, 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2005), og man tar i bruk verktøy som gjør sykehusenes budsjetter avhengige av standardiserte forhold mellom diagnose, behandling og kostnad (Helsedirektoratet, 2013; Lægreid & Neby, 2012). Premisset for finansiering blir at diagnosen gir en indikasjon på hvilket behandlingsbehov pasienten har, som igjen betyr at man kan knytte kostnader direkte til diagnosen. Om to pasienter med den samme diagnosen har forskjellig behov, har man likevel de samme ressursene til rådighet. Dette er spesielt problematisk i psykisk helse, hvor diagnosene alene er dårlig skikket til å gi et godt bilde av pasientenes behov (Bentall, 2004; Bretteville-Jensen & Kaarbøe, 2004; Hagen, Urnes Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Shirk & Russel, 1996; Aarre, 2010). Variasjoner i praksis kan altså være tegn på at «en gjør nødvendige eller hensiktsmessige lokale eller individuelle tilpasninger» (Helsedirektoratet, 2011, s. 9), men muligheten til å følge individualiseringsprinsippet begrenses av et finansieringssystem som låser ressursfordeling til standardiserte mål.

En rekke «kodingsskandaler» i norske sykehus vitner om at bruk av belønningssystemer basert på standardiserte mål fører til en risiko for målforskyvning (Lægreid & Neby, 2012). Kvalitetskontroll blir mulig, ikke fordi man har funnet de målene som reflekterer kvalitet, men snarere fordi man *konstruerer* et kvalitetsbegrep etter indikatorer som lar seg måle (Power, 1997). Når man så knytter insentiver til disse, ledes oppmerksomhet bort fra andre typer aktivitet som også kan være nødvendige og effektive (Doran et al., 2011). I tillegg blir kvaliteten på tjenester som ikke blir målt og knyttet til insentiver, dårligere (Campell, Reeves, Kontopantelis, Sibbald & Roland, 2009). Et eksempel kan være kravet Helse- og omsorgsdepartementet stiller til de regionale helseforetakene om at det ikke skal forekomme fristbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kravet henger sammen med sterke politiske føringer for likeverdige og rettferdig fordelte tjenester (Ringard, Mørland & Larsen, 2012). Tjenestesteder som bryter frister, blir i denne sammenhengen et tegn på uønsket variasjon, et brudd på likebehandlingsprinsippet og pasienters rett til lik tilgang på tjenester. Men i lys av individualiseringsprinsippet kan man tenke seg at en nødvendig og fleksibel tilpasning til pasienter med store hjelpebehov er nødvendig. Ved å bruke mer ressurser på disse pasientene kan man for eksempel forebygge senere re-innleggelser som følger av at man prematurt avbryter behandling for å hindre fristbrudd. I et system hvor resultatmålet er det eneste anerkjente uttrykk for kvalitet, blir slike avveininger vanskelige å ta. Her drives aktiviteten mot oppnåelsen av de byråkratisk fastsatte mål, og fortrenger profesjonsutøverens mulighet til å foreta individuelle tilpasninger. I denne sammenhengen tjener mål- og resultatstyring likebehandlingsprinsippet, mens

individualiseringsprinsippet gjennom helseprofesjonenes mulighet til behovsvurdering får mindre rom.

Klinisk ekspertise må være synlig og etterprøvbart

En hovedutfordring i psykisk helsevern er å forstå når variasjon er uønsket og når den er nødvendig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ledere trenger støtte og styringsinformasjon som gjør det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012). Lærende organisasjoner trenger å systematisk overvåke og følge med på prosesser og ta i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av deres egen virksomhet (Helsetilsynet, 2004). En rekke helsetilsyn peker imidlertid på at pasientjournaler mangler informasjon om vurderinger av utredning, behandling, og progresjon ved naturlige stoppunkter (Helsetilsynet, 2002, 2006, 2010a, 2010b; Riksrevisjonen, 2007). Fra disse tilsynene kan man slutte at det er betydelig potensial for kvalitetssikring ved å fokusere på å synliggjøre vurderinger i kritiske faser i utrednings- og behandlingsarbeidet (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Gjennom standardisering og målstyring ofrer man kompleksitet til fordel for et delt språk som gjør det mulig å etterprøve og ansvarliggjøre praksis (Power, 2004). Men om resultatmåling blir det eneste uttrykket for kvalitet blir likebehandlingsprinsippet enerådende og driver viktig aktivitet vekk fra det som ikke lar seg måle. Hvis «harde» mål- og resultatstyringssystemer skal være klinisk relevant må man også kunne åpne for avvik. Samtidig må man kunne forvente at det er mulig å gjøre rede for resonnementene som ligger til grunn for denne typen skjønnsutøvelse. Accountability som et felles verdigrunnlag for byråkrati og helsepersonell kan være et utgangspunkt for å utvikle systemer som i større grad gjør det mulig å integrere likebehandlings- og individualiseringsprinsippet.

Avslutning

Resultatmåling er på samme tid demokratisk og tyrannisk i sitt forsøk på å gjøre det usynlige synlig (Power, 2004). Gjennom standardisering og måling av resultater skaper man grunnlag for å ivareta pasientrettigheter og demokratisk innsyn i velferdsstatens aktiviteter. Samtidig reduserer man rommet for klinisk ekspertise og individuell tilpasning til den enkeltes behov.

Svake holdepunkter for vurderinger (Grimen & Molander, 2008), den praktiske kunnskapens taushet (Grimen, 2008) og problemer med å utvikle godt skjønn i «uvennlige» fagområder (Kahneman, 2011; Kirkebøen, 2013) gjør det ekstra vanskelig å etterprøve profesjonsutøvelsen og skaper et normativt, rettslig og demokratisk problem (Molander, 2013; Svensson & Karlsson, 2008). Hvis man skal forsvare skjønnsvurderinger som en del av evidensbasert praksis må man også ta det kliniske resonnement ut av den «svarte boksen» (Greenhalgh, 2002).

«Resultatmåling er på samme tid demokratisk og tyrannisk i

sitt forsøk på å gjøre det usynlige synlig»

Retningslinjer som beskriver hvordan behandlere skal gjøre rede for og begrunne sine vurderinger kan være et bidrag til å rettferdiggjøre klinisk ekspertise. Slike systemer vil kunne gjøre det mulig å etterprøve og ansvarliggjøre helseprofesjonene. Samtidig vil et system som gjør det mulig å legitimere avvik fra resultatmål også kunne bidra til å gi mål- og resultatstyring større legitimitet blant fagfolk og forebygge at disse brukes feil.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 6, 2014, side 453-460

TEKST

Andreas Høstmælingen, fagsjef i Norsk psykologforening

+ Vis referanser

Referanser

American Psychological Association. (2002). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. (12), 1052-1059.

Bentall, R. P. (2004). . London: Penguin Books.

Blomgren, M. & Sahlin, K. (2007). Quests for Transparency: Signs of a New Institutional Era in the Health Care Field. I T. Christensen & P. Lægreid (red.), (s. 155-178). Surrey: Ashgate.

Boston, J. (2013). Basic NPM Ideas and their Development. I T. Christensen & P. Lægreid (red.), (s. 17-32). Surrey: Ashgate.

Bretteville-Jensen, A. L. & Kaarbøe, O. (2004). Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? , 2379-2381.

Byrkjeflot, H. (2013). Healthcare States and Medical Professions: The Challenges from NPM. I T. Christensen & P. Lægreid (red.), (s. 147-160). Surrey: Ashgate.

Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2004). Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren. I S. Opedal & I. M. Stigen (red.), (s. 47-63). Oslo: Fagbokforlaget.

Campell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B. & Roland, M. (2009). Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. (4), 368-378.

Christensen, T., Lie, A. & Lægreid, P. (2007). Still Fragmented Government or Reassertion of the Centre? I T. Christensen & P. Lægreid (red.), (s. 17-42). Surrey: Ashgate.

Dean, M. (2010). . London: Sage Publications Ltd.

Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campell, S., Roland, M., Salisbury, C. & Reeves, D. (2011). Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. . doi:10.1136/ bmj.d3590

- Greenhalgh, T. (2002). Intuition and evidence - uneasy bedfellows? , 395-400.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (red.), (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (red.), (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, R., Urnes Johnson, S., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. (3), 247-252.
- Hansen, H. F. (2013). NPM in Scandinavia. I T. Christensen & P. Lægred (red.), (s. 113-130). Surrey: Ashgate. Harvey, D. (2005). . Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. (6), 1152-1168.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002a). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. , 36-38.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002b). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. , 1350.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). . (IS-1570).
Helsedirektoratet. (2008). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). (IS-1561). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). (IS-1914). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). (IS-1870).
Oslo: Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. (2013). (IS-1940). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (2002). (4/2003). Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2004). (4/2004). Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2006). : Helsetilsynet. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/More-Romsdal/2006/Samlerapport-Barn-unge-psykiskeproblemer-2006/>
- Helsetilsynet. (2010a). . (3/2010). Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2010b). : Helsetilsynet. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sor-Trondelag/2010/Samlerapport-barn-ogunge-psykiske-problem-Midt-Norge-i-2010/Hippe>, J. M. & Trygstad, S. C. (2012). (2012:57). Oslo: Fafo.
- Hoffmann, F. (2002). 30 års sykehusreformer - mer helse og bedre styring? (1), 42-48.

- Hood, C. (1991). A Public Management For All Seasons? , 3-19. Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. (10), 1059-1064.
- Johannesen, B. F. (2004). (Notat 22 - 2004). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. (7), 714-718.
- Jørgensen, T. B. & Andersen, L. B. (2013). An Aftermath of NPM: Regained Relevance of Public Values and Public Service Motivation. I T. Christensen & P. Lægheid (red.), (s. 335-348). Surrey: Ashgate.
- Kahneman, D. (2011). . London: Allen Lane.
- Kirkebøen, G. (2013). Kan vi stole på fagfolks skjønn? I A. Molander & J.-C. Smeby (red.), (s. 27-43). Oslo: Universitetsforlaget. Kjekshus, L. E. (2003). Når sykehus blir butikk - effekter på styring, profesjoner og brukere. (4), 444-459.
- Lægheid, P. & Neby, S. (2012). . Paper presentert på: IPMN conference on Innovations in Public Management for Combating Corruption. Honolulu, Hawaii
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. I A. Molander & J.-C. Smeby (red.), (s. 44-54). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (red.), (s. 13-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2012). (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Nasjonal ledelsesutvikling. (2012). . Oslo: Nasjonal ledelsesutvikling.
- Norman, E. & Nielsen, G. H. (2009). Klinisk intuisjon: Forenelig med evidensbasert praksis? (10), 940-947.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. (9), 1127-1128.
- Norsk Psykologforening. (2012). . Referat. NOU 1974:59. . Sosialdepartementet.
- NOU 1987: 25. . . Sosialdepartementet.
- NOU 1996:5. ? Sosialog helsedepartementet.
- NOU 1997:2. . Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2011:9. . Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot.prp.nr.66 (2000-2001).
- Painter, M. (2013). Managerialism and Models of Management. I T. Christensen & P. Lægheid (red.), (s. 237-250). Surrey: Ashgate.
- Peters, B. G. (2013). Responses til NPM: From Input Democracy to Output Democracy. I T. Christensen & P. Lægheid (red.), (s. 361-374). Surrey: Ashgate.
- Power, M. (1997). . Oxford: Oxford University Press.
- Power, M. (2004). Counting, control and calculation: Reflections on measuring and management. (6), 765-783. doi:10.1177/0018726704044955
- Psykisk helsevernloven. (1999).

- Reed, G. M., Kihlstrom, J. F. & Messer, S. B. (2006). What qualifies as evidence of effective practice? I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (red.), (s. 13-55).
Washington, DC: American Psychological Association.
- Riksrevisjonen. (2007). Oslo: Akademika. Ringard, Å., Mørland, B. & Larsen, B.-I. (2012). Kvalitet og prioritering i helsetjenesten. (3), 312-314.
- Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen & L. I. Terum (red.), (s. 39-61). Oslo: Abstrakt forlag AS. Shirk, S. R. & Russel, R. L. (1996). New York: The Guilford Press.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). (IS-1162). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). (IS-1502). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet. (1991). Oslo: Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 24 (1996-1997). Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 25 (1996-1997). Sosialog helsedepartementet.
- Stigen, I. M. (2004). Innledning. I S. Opedal & I. M. Stigen (red.), (s. 15-26). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (red.), (s. 261-278). Oslo: Universitetsforlaget.
- Terum, L. I. & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I H. Grimen & L. I. Terum (red.), (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Thorsen, T. (1946, 12. desember). Medisinalvesenets administrasjon II. Time, J. K. (2012, 26. oktober). Ikke snakk om New Public Management. Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., . . . Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! (6), 655-659. Aarre, T. F. (2010). Oslo: Universitetsforlaget.