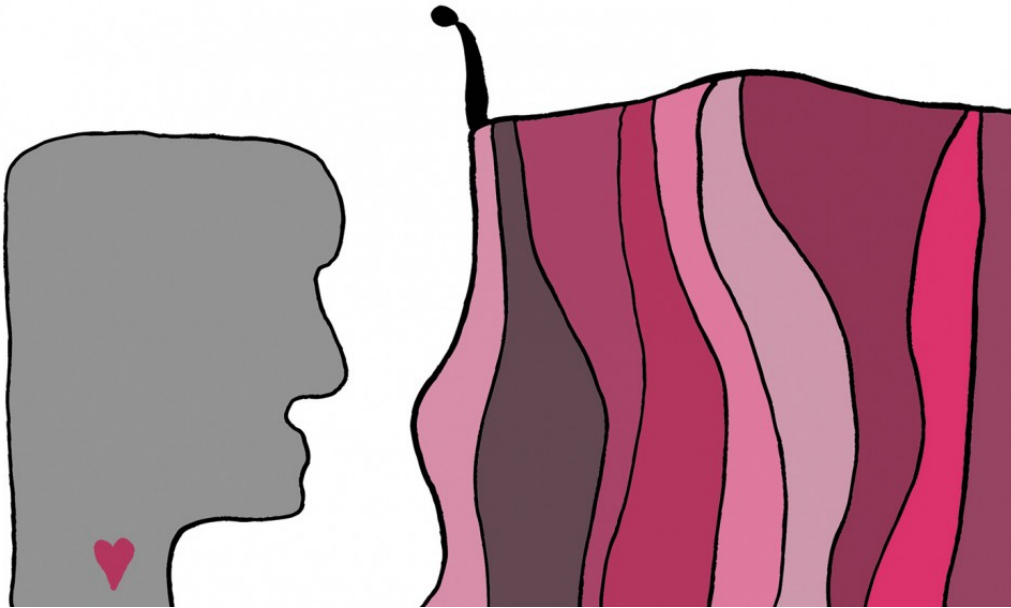


Gapet mellom forskning og praksis



Illustrasjon: Nora Skjerdingsstad

Hva legger psykologer i evidensbasert praksis? Hva har profesjonsutøverne ment om forholdet mellom forskning og praksis? Redaksjonen oppsummerer hvordan temaene har vært dekket i spaltene gjennom 50 år.

TEKST

Redaksjonen

PUBLISERT 2. oktober 2023

EMNER

Fellesfaktorer

DSM III

Dodo-bird

Generaliserbarhet

Manual

I psykologien har man alltid vært opptatt av å drive psykologisk virke på en solid kunnskapsbasis. I tidlige faser av historien var stringente laboratorieeksperiment en dominerende metode, og ambisjonen var å etablere psykologien som en akademisk vitenskapsdisiplin. Etter hvert ekspanderte fagfeltet til å omfatte psykoterapi og etableringen av psykologi som profesjon. For en profesjon er det avgjørende at praksisen har vitenskapelig legitimitet, noe som gir en historisk kontekst til det som kalles Boulder-modellen.

På Boulder-konferansen i Colorado i 1947 vedtok den amerikanske psykologforening (APA) scientist-practitioner-modellen, som fastslår at praksis skal utføres på grunnlag av vitenskap. Vi kan trekke tråder herfra og til dagens forståelse av evidensbasert

psykologisk praksis. I det norske psykologmiljøet har det vært konsensus om at praksis må være fundert på forskning. Hvilken type kunnskap som kan godtas som vitenskapelig, har imidlertid vært gjenstand for stor konflikt. Som vi skal se, var flere norske psykologforskere tidlig ute med å uttrykke bekymring for konsekvensene av en ensidig vekting av en biomedisinsk forskningsmodell, der eksperimentelle design står i en særstilling.

Publiserte tekster fra 1973–2023 viser at norske psykologer har anerkjent at samfunnet (les: de som betaler for våre tjenester) har et legitimt behov for å kunne vurdere om ressursene brukes på en god måte. Denne enigheten blant norske psykologer kan vi gjennom tiårene observere i tidsskriftets spalter på tvers av teoretiske orienteringer og skoletilhørigheter. Like stor som enigheten om at vi må dokumentere at det vi gjør er virksomt, er uenigheten om hvordan det bør gjøres. Som profesjon har norske psykologer et mandat til å løse bestemte problemer for samfunnet. Hvordan kan vi dokumentere at vi oppfyller mandatet på en god måte, til det beste for samfunnet?

Anno 2023 vil nok mange psykologer spontant svare at vi gjør dette gjennom å drive evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). Samtidig vil noen psykologforskere argumentere for å skrote EBPP-tilnærmingen helt og holdent. Forvirret? Hvis ikke, vil du være blant dem som spontant kan svare ut spørsmål som:

- Hvordan relaterer de mest utbredte psykometriske testene seg til diagnosemanualen du skal bruke i klinikk?
- Hva er forbindelsen mellom deskriptiv diagnostikk (ICD-10/ICD-11) og bruken av en bestemt behandlingsmetode og behandlingsmålene du setter opp med din pasient?
- Hva er sammenhengen mellom en metode som er blitt understøttet av randomiserte, kontrollerte studier og pasienten du har foran deg?

Gjennomgangen av artikler publisert i tidsskriftet de siste fem tiårene, avdekker at det gjenstår arbeid i brobyggingen mellom forskning og praksis på vårt fagfelt. Utvalgte tekster gir et interessant innblikk i de mange og komplekse spørsmålene som er knyttet til kvalitet i psykologisk profesjonsutøvelse. I perioder har temaet utløst heftig debatt og konflikt. Det er ikke så underlig. På mange måter handler konflikten om verdivalg, politikk og vitenskapsfilosofi – spørsmål som empirien ikke kan løse for oss.

1970-tallet: Klinikk søker forsker

Tekstene på 70-tallet vitner om at det rådet et tydelig skille mellom forskning og klinisk praksis. Forskere og «praktikere» hadde ikke større omgang med hverandre, noe som problematiseres i lederen i nummer 12 fra 1976:

«Norsk klinisk psykologi har alltid vært knyttet til forskning og universitet. Det er gjennom forskning vårt grunnlag prøves, våre metoder videreutvikles og våre resultater dokumenteres. Fortløpende forskningsvirksomhet legitimerer den kliniske psykologi som profesjon og skiller den fra kvakksalveriet. Å sørge for at klinisk psykologisk forskning pågår og holder høy vitenskapelig standard er derfor et vesentlig fagforeningsanliggende.»

Problemet var at det hadde vist seg svært vanskelig å rekruttere psykologer til forskerstillinger. I lederen slås det fast at Norsk psykologforening vil gjøre en aktiv og målrettet innsats for å rette på situasjonen, blant annet ved å gjøre forskningsaktiviteter meritterende i søknader til kliniske stillinger.

Men selv om flertallet av klinikere etter sigende ikke var så opptatte av forskning, var det flere psykologer som skrev om forholdet mellom forskning og praksis. Blant dem var Odd Runar Gulbrandsen, som i 1979 skrev artikkelen «Hvilken terapiform er den mest effektive? Om forskning på resultatene av individuell psykoterapi».

Virker psykoterapi?

Gulbrandsen innleder med å stille spørsmålet om psykoterapi overhodet virker. Han viser til en kjent artikkel fra 1952 av Hans Jürgen Eysenck, som hevdet at det ikke fantes noe godt bevis for at tradisjonell psykoterapi med nevrotikere var bedre enn ingen terapi. Gulbrandsens kritiske gjennomgang av Eysencks forskning er interessant, ikke minst når vi i dag vet at store deler av Eysencks forskning i senere tid ble trukket tilbake på grunn av forskningsjuks (se for eksempel O'Grady, 2020). Gulbrandsen var tidlig ute med å se at det var noe muffens med Eysencks måte å bruke data på, som han beskriver som grensende «til vitenskapelig fusk». Etter å slå fast at terapi er effektivt, går Gulbrandsen videre i sin søken etter den beste tilnærmingen. Han erkjenner at atferdsterapeutisk forskning kan vise til svært gode resultater, men argumenterer for at det er brukt høyst selekterte utvalg i studiene. Gjennom det videre resonnementet i artikkelen viser Gulbrandsen at kriteriespørsmålet ikke kan løsrives fra verdispørsmålet – altså hva vi anser som viktig endring i terapi.

Gjennom flere tekster i de påfølgende årene fremstår dette som et sentralt spørsmål som vi stadig kommer tilbake til, og som vårt fagfelt fortsatt har til gode å enes om.

At ingen psykoterapeutisk metode er overlegen en annen, hadde vært kjent siden 1936, da Saul Rosenzweig fant at terapeuter med ulik teoretisk tilhørighet kan være like gode til å skape bedring så lenge de adresserer noen av problemene som til sammen utgjør lidelsen. I en senere artikkel bruker Michael H. Rønnestad (2000) et sitat fra Alice i eventyrland for å beskrive fenomenet. Drontefugl-karakteren (Dodo bird) erklærer sin dom etter et kappløp: «Everybody has won and all must have prizes!» I 1979 ser Gulbrandsen på dette resultatekvivalensfenomenet og trekker frem en undersøkelse (publisert i 1975) som bekrefter posisjonen gjennom en analyse av 100 komparative studier, som ikke fant holdepunkter for at en psykologisk behandling er mer effektiv enn andre. Gulbrandsen velger derfor å presentere forskning om effektive terapiformer som bygger på undersøkelser av terapeutegenskaper, og presenterer terapeutegenskaper som har vært knyttet til «gode» og «dårlige» behandlingsutfall.

Artikkelen er et eksempel på at forskeren kan studere hvilken behandling som er effektiv, uten å basere seg på randomiserte, kontrollerte studier med ventelistekontroll. Hvilket mål som brukes i vurderinger av virksom behandling, er altså et valg.

Uansett kriterium som legges til grunn i kliniske studier av virkning, er utfordringen stadig å finne ut hvordan kunnskapen skal overføres til praksis.

Ikke alle ser forskningens nødvendighet for psykologprofesjonen. Jan Smedslund (1976) argumenterer f.eks. for at fagfeltet skal korrigere synet på forholdet mellom empiri og praksis. Han slår fast at allmenngyldige prøvbare teorier er en umulighet for klinisk psykologi. Smedslund har i etterfølgende år publisert flere artikler i tidsskriftet der han argumenter for at psykologen nedtoner oppmerksomheten på forskningsdata til fordel for et oppmerksomt og åpent fokus på den individuelle pasient.

Det er lett å være enig i at kunnskap bør bidra til å utvikle fagutførelsen, og de færreste vil være uenig med Smedslund i at pasienten må stå sentralt i psykologens arbeid. Problemet er imidlertid at psykologene fra 1973 er blitt en profesjon som har fått lisens til å løse bestemte oppgaver. Med slike rettigheter følger bestemte krav, blant annet kravet om å dokumentere at psykologisk behandling er virksom og til nytte for pasienten og samfunnet. Forskning er en nødvendig brikke her.

Klassifikasjonssystemenes begrensninger

Psykologer må kunne dokumentere virksom behandling. Følger vi tankerekken videre, kunne vi sagt at kunnskap om hvilke pasienter som ikke kan forventes å ha utbytte av psykoterapi, kanskje til og med forverres av det, også er viktig å hente inn. Vi bør i så fall vite noe om indikasjoner for terapi, om pasienten kan forventes å dra nytte av psykoterapi. Diagnosesystemene som benyttes i behandlingstjenestene i dag, er ikke designet for innsamling av slik kunnskap.

Terje Hartmann (1974) er skeptisk til «nosologiske klassifikasjonssystemer», som vi i dagens klinikk kjenner som ICD/DSM-systemene. Hartmann erfarer at diagnosesystemer skaper en uheldig avstand mellom terapeut og klient: «Vi gjør den andre til en 'fremmed' – en som er totalt ulik oss selv.» Hovedpoenget i artikkelen er imidlertid at slike systemer ikke har vist «seg fruktbare mht. å klargjøre etiologi og prognose eller indikasjonsområder for ulike typer av terapeutiske intervensjoner.»

Dette er en interessant inngang til diagnostikk av psykiske lidelser. DSM-5 (2013) har kategoriseringer av nesten 300 psykiske lidelser. Dagens rådende diagnosemanualer kan altså sies å være svært inkluderende. Kritiske røster hevder at dette har ført til en problematisk medikalisering av samfunnet, der normale reaksjoner blir sykelliggjort. Kan vi hjelpe alle med alt? Deskriptive diagnosemanualer som ICD-10 er ikke konstruert for bruk til behandlingsplanlegging, og kan av den grunn bidra til et gap mellom teori og praksis i klinikk. I dag kan man spørre seg om indikasjonskriterier kunne ha vært nyttig her? For psykoanalytisk eller psykodynamisk skolerte terapeuter virker vurdering av indikasjon som grunnleggende. Men tekstene i tidsskriftet etterlater et inntrykk av at denne delen av arbeidsmetodikken ble satt under stadig økende press. Hartmann (1974) beskriver en situasjon der en stor gruppe klienter har blitt stående utenfor et behandlingstilbud fordi de ble funnet uegnet for psykoanalytisk behandling. Atskillige forsøk på å behandle nye klientgrupper med modifiserte psykoanalytiske teknikker har ikke ført til at vesentlig flere klienter har fått behandling. Ifølge

Hartmann har dette resultert i «et omfattende utbud av mer eller mindre originale behandlingsformer som har vist seg nyttige, eller i alle fall innbringende, overfor et visst klientell i nordamerikansk kultur. Indikasjonsområdene for de fleste av disse teknikker er uklare, eller i det hele tatt ikke utarbeidet».

Hartmann poengterer at «Psykoanalytikerne er de som mest iherdig har forsøkt å innsirkle indikasjonsområdet for sin behandlingsform», men erkjenner at kriteriene som er blitt brukt, ikke har vært tilstrekkelige. I artikkelen beskriver han hvordan fagmiljøet har arbeidet for å utbedre dette. Med utgangspunkt i reviderte vurderingskriterier viser Hartmann hvordan indikasjonskriterier også kan brukes i vurderinger av andre behandlingstilnærminger enn psykodynamiske, som Albert Ellis' atferdsterapeutiske behandlingsmodell. Vi har imidlertid ikke funnet tekster som tyder på at andre terapitilnærminger plukket opp denne tråden.

1980-tallet: Nøyaktighet teller der relevans avgjør?

Iverksetting av psykologloven med rett til autorisasjon for personer med psykologisk embetseksamen, krevde spesifisering av kunnskapstilfang og nivå for undervisningen i studiene som skulle gi retten. Det ble utarbeidet en faglig standard som var påvirket av amerikansk psykologutdanning og scientist-practitioner-modellen (se «Studentene kommer»). Den nye profesjonsstatusen førte også til et uunngåelig krav om at psykologene måtte dokumentere at behandlingen de ga, var virksom og til nytte for samfunnet. Med dette bakteppet er det naturlig at psykologmiljøet begynner på en dedikert innsats for å styrke klinisk forskning og å finne felles grunn for forskere og klinikere.

Erik Larsen (1982) slår et slag for klinisk forskning, og skriver en artikkel hvor han drøfter «noen av de muligheter og begrensninger som ligger i den kliniske arbeidssituasjon når det gjelder å drive anvendt forskning». Han er opptatt av å tilrettelegge klinikerens praktiske arbeidssituasjon for forskningsarbeid, men gjør også en analyse av hvilke vitenskapelige standarder som bør legges til grunn. «I forhold til den kliniske hverdag og de arbeidsoppgaver og utfordringer den representerer, vil en være mer opptatt av nytteaspektet ved den kunnskap som vinnes enn av signifikansnivået. At et resultat er statistisk relevant betyr ikke at det er klinisk relevant.» Kortere sagt ser Larsen holdbarhet og reliabilitet som vitenskapelige idealer det er vanskelig for klinikerforskeren å leve opp til, i motsetning til klinisk relevans og nytte. Larsen diskuterer andre utfordringer for anvendt psykologisk forskning, som kravet til etterprøvbarehet. For psykologer som ser hvert møte mellom terapeut og klient som unikt og idiosynkratisk, er generaliserbarhet og etterprøvbarehet lite meningsfulle idealer i klinisk psykologisk forskning (se for eksempel Theophilakis, 1982).

Utopien enhetlig vitenskapelighet

Uenighet om relevante, vitenskapelige krav for psykologien kommer også til uttrykk i en utveksling mellom Odd Runar Gulbrandsen (1980) og Rolf Mikkelsen Blakar (1980). Gulbrandsen refererer til «et sentralt prosjekt innen klinisk psykologisk forskning» og

henviser til Blakars forskningsprosjekt «Psykopatologi og kommunikasjon». Blakars prosjekt benyttet et eksperimentelt design (Blakars standardiserte kommunikasjonskonfliktsituasjon) og gjennomførte en systematisk variasjon av eksperimentelle betingelser. Gulbrandsen anfører at «Problemet er at vi kun har fått et teoretisk rasjonale for prosjektet, men vi vet ikke noe om hvilken fenomenologisk realitet det er for forsøkspersonene.» I sitt tilsvar gir Blakar (1980) en grundig redegjørelse for arbeidet som er gjort, og gir uttrykk for at det sentrale diskusjonspunktet mellom ham selv og Gulbrandsen er «kriteriet for kva som er fruktbar kunnskap i klinisk psykologisk forskning».

«Det er lite som tyder på at det noen gang kom i stand en slik type utveksling i tidsskriftets spalter»

Et spørsmål som melder seg, er om det er mulig for psykologer å enes om dette. Erik Larsen (1983) trekker historiske linjer tilbake til 1960-tallet, og mener at debatten om psykologiens vitenskapelige basis ofte blir dogmatisk. «Man har vært opptatt av å gi psykologien et enhetlig vitenskapelig grunnlag («unity of science»), eller man har vært opptatt av å fremme «det riktige» vitenskapelige syn på psykologi. Man har vært mindre opptatt av hva slags vitenskapelig tilnærming som er av betydning i forhold til hva slags fenomener man ønsker å studere.» Han problematiserer tendensen hos både positivistiske og fenomenologisk/eksistensialistisk orienterte forskere til å gi sin tradisjon erkjennelsesmessig eller moralsk forrang. Larsen oppfordrer til en fordomsfri debatt i fagmiljøet fordi det «vil kunne avklare hvor mye av forskningen som handler om erkjennelse og kunnskapssøken, og hvor mye av diskusjonen handler om makt og avmakt.» Det er lite som tyder på at det noen gang kom i stand en slik type utveksling i tidsskriftets spalter.

Larsen fokuserer altså på innsatsen for å få flere klinikere til å forske, for på den måten styrke fagets kunnskapsbasis. I sin tekst fokuserer ikke Larsen på samfunnets behov for kvalitetsmålinger, noe Jan Skjerve (1982) er inne på når han skriver at «Norsk psykologforening trenger en forskingspolitikk». Skjerve understreker at psykologenes vitenskapelige grunnutdanning og forskerkompetanse er det som klart skiller oss ut fra andre yrkesgrupper og som er viktig for legitimeringen av profesjonen. «At vi i de kommende år blir stilt overfor økende krav om å kunne dokumentere effekten av vårt arbeid og godtgjøre at vår ressursbruk er fornuftig, er det neppe noen tvil om. Kostnads- og effektivitetsanalyser kan være en farbar vei for å underbygge overfor myndighetene at det er hensiktsmessig ut fra deres perspektiv å utbygge psykologitjenester.» Hvordan dette skal gjøres, blir et diskusjonstema. Men vi legger merke til at det i tekster publisert over 50 år har rådet en enighet om at psykologene må dokumentere at psykoterapeutisk behandling er virksom og av høy kvalitet, på tvers av skoleretninger og psykologfaglige tradisjoner.

Bergens-prosjektet starter opp

Her fremstår det såkalte Bergens-prosjektet, ledet av Geir Høstmark Nielsen, som pionerarbeid. I en artikkel fra 1982 presenterer forskergruppen prosjektet, som hadde til hensikt å sammenlikne effekten av to ulike former for dynamiske korttidsterapier og en integrativ korttidsterapi. Psykologtidsskriftet publiserte en rekke artikler fra prosjektet til Nielsen og forskergruppen i Bergen på 80- og 90-tallet (Nielsen et al., 1982; Havik et al., 1982; Nielsen et al., 1987; Nielsen et al., 1988; Mølstad et al., 1989; Nielsen et al., 1989). Studien som beskrives i den første artikkelen, hadde et semikontrollert design og omfattet innsamling av testdata (Rorshach, MMPI og SCL-90). Prosjektet inkluderte også fysioterapeutisk vurdering av pasienten, på den bakgrunn at psykologiske tilstander og personlighetsmessige forhold får kroppslige uttrykk som muskulære spenningsmønstre. Forfatterne beskriver hvordan testdata på sikt muligens kan bidra til å identifisere hvilke pasienter som passer til hvilken terapiform. Med årene har det vært omdiskutert om det er mulig å finne tydelige karakteristikk ved pasienter som kan indikere hvilken terapiform som vil være best – være seg diagnoser eller andre kjennetegn (såkalt matching).

Vannskillet DMS-III

Det er ikke til å komme utenom at DSM- og ICD-systemene har solid fotfeste i klinisk forskning i dag. På 80-tallet var det ikke slik. Jan H. R. Gundersen (1987) skriver at «Mange stiller seg skeptiske til nytten av diagnoser generelt og til hensiktsmessigheten av differensialdiagnostikk spesielt, fordi konsekvensene for behandling er små.» Han mener likevel at DSM III-diagnoser kan ha stor betydning for kunnskapsutvikling og faglig kommunikasjon og presenterer endringene som er gjort i den ferske DSM III-manualen, som kom i 1980. Ekskluderingen av skillet mellom nevrososer og psykoser i denne utgaven representerer kanskje et vannskille i feltet. Nå skulle diagnosemanualen være ateoretisk, som i praksis innebar at psykodynamiske konstruksjoner ble luket ut. DSM-III var multiaksialt konstruert med Akse I til V, som indikerte

«At psykometrisk godt utviklede tester og inventorer ikke korresponderer med kriterier i diagnosemanualer, er det overraskende få andre som har problematisert i tidsskriftet»

alvorlighetsgrader, men dette er blitt tatt ut i senere revisjoner. Med den reviderte DSM III ble manualen utvidet til å omfatte personlighetsdiagnostikk. Gundersen ønsker dette velkommen, men uttrykker bekymring for at diagnosekriteriene ikke samsvarer med personlighetsdiagnosene fra MMPI. At psykometrisk godt utviklede tester og inventorer ikke korresponderer med kriterier i diagnosemanualer, er det overraskende

få andre som har problematisert i tidsskriftet. Med utrulling av ICD-11 vil den manglende korrespondansen utgjøre en utfordring ved bruk av eksisterende utredningsverktøy. Vi ser at nye diagnoser dukker opp, og at kriteriene for de ulike diagnosene flyttes på eller endres i innhold og omfang. Slik kan det oppstå et gap mellom diagnosemanual og utredningsverktøy, så vel som mellom eksisterende, tilgjengelig forskningskunnskap og praksis. Kravene til psykologkompetansen i vurderinger og tolkninger mellom symptomer og diagnoser, plager og egnet behandling og mellom forskning og praksis, ser ikke ut til å bli mindre i fremtiden.

Blant artikler som behandler disse relativt tørre, akademiske temaene, er det befriende å lese Norges første professor i psykologi, Harald Schjelderup, som oppsummerer fra sine mange år som psykoanalytiker (1984). Schjelderup var som kjent opprinnelig fysiker og tok sin doktorgrad på eksperimentell psykologi. Oppsummeringen hans bærer dog lite preg av metodisk stringens av den typen som kjennetegner eksperimentet som vitenskapelig metode. Like fullt er redegjørelsen preget av systematikk, og han deler åpent om både suksesser og nederlag.

1990-tallet: Gapet mellom kvalitetsmåling og kunnskapsutvikling

Psykologer i så vel Norge som internasjonalt opplevde utover 90-tallet et økende ytre press om å dokumentere at psykoterapi var virksomt. Atle Jordahl (1992) viser til dokumentasjonskravet om kvalitet som stilles amerikanske psykologer fra forsikringsselskapene og konkluderer at «trolig vil kravet om kvalitetssikring av helsepersonell også nå oss i Norge».

Snart var imidlertid ikke spørsmålet om kvalitetssikring avgrenset til kartlegging av helsepersonells kompetanse og kvalifikasjoner, men inkluderte dokumentasjon av behandlingseffekter. Torkil Berge (1996) rapporterer fra den amerikanske psykologforenings Divisjon 12 (Task Force, 1993). Dette var en arbeidsgruppe bestående av psykologer, representanter fra forsikringsselskap og helsemyndigheter, som fikk i oppdrag å utvikle bedre informasjon om effekten av psykologisk behandling. Arbeidsgruppen avleverer en rapport der ordet evidence utgjør det sentrale fokuspunktet, og her finner vi en redegjørelse av de vitenskapelige krav en psykoterapeutisk behandling skal oppfylle for å godkjennes som empirisk understøttet. Behandlingen måtte være standardisert gjennom bruk av terapimanual, og behandlingseffekten skulle være dokumentert og bekreftet fra minst to forskningsmiljøer. I tillegg skulle egenskaper ved klientgruppen være klart spesifisert, noe som fører til at deskriptiv diagnostikk blir vanskelig å unngå i klinisk forskning deretter. På grunnlag av de nevnte kriteriene, kom arbeidsgruppen frem til en liste med 18 empirisk validerte behandlingsmetoder (empirically validated psychotherapies), som i all hovedsak hadde til felles at de var innrettet mot relativt avgrensede problemstillinger og hvor behandlingen hadde korte tidshorisonter. Paradoksalt nok var de fleste norske psykologer psykodynamisk orienterte på denne tiden (Høstmark Nielsen, 1999), og det er verdt å merke seg at antallet behandlingstilnærminger i bruk på et tidspunkt var over 400 (Rekve, 1990). Med andre ord ble en temmelig stor gruppe

psykologer ekskludert fra det gode selskap. Arbeidsgruppens rapport utløser en opphetet debatt i de amerikanske psykologmiljøene, men APAs president fastholder at hvis ikke psykologene kan demonstrere effektiviteten av behandlingene som gis, vil andre yrkesgrupper med lavere kompetanse utgjøre hovedtilbudet for pasienter med psykiske lidelser. I USA hadde man observert at helseøkonomer betraktet psykologiske behandlinger som enten lite effektive eller mindre effektive enn farmakologisk behandling. Slike tendenser bidro til et press mot psykologene i retning av både å dokumentere behandlingenes effekter, og psykologens unike bidrag i behandlingen av psykiske lidelser.

Vi ser klare paralleller i utviklingen i Norge i utgavene på 90-tallet. APA har gjort evidence til et slagord, men mange bekymrer seg for at ordets slagkraft kan fordekke det faktum at vitenskap ikke kan fungere i et vakuum eller løsrevet fra sin kontekst. Flere psykologer skriver om nettopp disse utfordringene (se for eksempel Høstmark Nielsen, 1997; Skjerve & Reichelt, 1998; Hansen, 1998; Smedslund, 1998; Ekeland, 1999).

Geir Høstmark Nielsen (1997) argumenterer for at kunnskapsbasert praksis ikke bare handler om helseøkonomi, men at det like mye er et spørsmål om etikk. Han minner om at klinisk psykologi plasserer seg vitenskapelig i en flora av perspektiver og akademiske disipliner: «Hvis man ikke tar denne kjensgjerning med i betraktning, kan 'kunnskapsbasert praksis' lett bli brukt som begrunnelse for et snevert kunnskapssyn og en skummel metodeimperialisme.» Høstmark Nielsen mener at problemet ikke løses uten en åpen og gjensidig støttende og aksepterende debatt i fagmiljøene.

En «god strid»

Året etter utgis et eget temanummer om kunnskapsbasert praksis (1998). På lederplass beskriver Torkil Berge striden om kunnskapsbasert praksis som en «god strid», fordi den handler om hva psykologer mener med kvalitet, og om hvordan kvalitet skal dokumenteres. Temanummerets tekster gir leseren et levende inntrykk av motsetningene og diskusjonene som pågikk. En serie artikler og debattinnlegg omhandlet det såkalte kvalitetssikringsprosjektet i Tromsø og implementering av standardiserte utredningsverktøy. Prosjektet møtte motstand, og hovedtrekkene fra debatten om prosjektet kan studeres i artikler i temanummeret (se for eksempel Sørgaard, 1998; Rønning et al., 1998; Skjerve & Reichelt, 1998).

Debatten handler om flere relaterte problemområder. For det første blir det diskutert hvorvidt forskning som har som formål å svare ut behovet for administrativ kvalitetskontroll, kan være nyttig for klinisk praksis. For det andre ser vi at de ulike aktørene inntar ulike vitenskapsfilosofiske posisjoner, forenklet beskrevet som positivisme versus fenomenologi. Til slutt handler diskusjonen om etikk, med psykologenes ansvarlighet overfor samfunnet de ønsker å betjene på den ene siden og psykologenes ansvar for å beskytte klientene på den andre. Carl Erik Grenness (1998) maner til ansvarstaking i sin oppsummering og analyse av debatten i «Vitenskapelig ansvarlighet. Kvalitetssikring, vitenskapelighet og etikk». Tor-Johan Ekeland vinner minneprisen i 1999 for sin artikkel «Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller

instrumentalistisk mistak». Grenness og Ekelands artikler er anbefalt lesning for lesere som ønsker å gjøre seg kjent med bakgrunnshistorien for det vi i dag omtaler som evidensbasert praksis.

Debatten var opphetet. Flere tiår senere blir man slått av temperaturen i diskusjonene på 90-tallet, samtidig er det tydelig at mange er opptatt av å finne måter å møte hverandre på. Generaliserbarhet er et vitenskapelig ideal som flere på den fenomenologisk/eksistensialistiske fløyen stiller seg kritisk til. Idealet er blitt forskning som gjøres på store grupper av deltagere, som skal ha til felles at de oppfyller visse (diagnose-)kriterier. Skjerve og Reichelt (1998) argumenterer for at det ikke er mulig å generalisere fra gruppestudier til enkeltindivider. Samtidig fastholder de at psykologisk praksis bør være forskningsbasert, og at kunnskap fra gruppestudier kan brukes til å danne seg hypoteser om klienter som likner dem som inngår i studiet.

Den nye metaanalysen

Mads Rekve (1990) har observert at et av de store problemene i psykoterapiforskning knytter seg til valg av kriterier og måleinstrumenter. «En 10-punkts bedring på en depresjonsskåre for en pasient kan bety stor bedring mens for en annen bare tilsi forverret realitetstesting og derved forverring.» Fagmiljøet har ikke funnet en allment akseptert måte for måling av klinisk relevans, men Rekve foreslår en tilnærming der endring måles fra flere utgangspunkt og inneholder flere datakilder. I denne sammenhengen presenterer han en ny, kvantitativ forskningstilnærming han har forhåpninger til – «metaanalyse». «Denne metodologi går kort ut på å oppnå kvantitativ informasjon fra en samling primærstudier. Dette gjøres ved å transformere resultater fra primærstudier til en felles metrikk, effektstørrelsesindeks (ES), som uttrykkes gjennom forskjellen mellom behandlet og kontrollgruppegjennomsnitt, dividert på kontrollgruppens standardavvik. Tidligere baserte man seg på opptelling av statistisk signifikant, mens metaanalyser reflekterer størrelsen på den aktuelle endring.»

Høstmark Nielsen (1999) mener også at metaanalyser åpner muligheten for mer holdbare konklusjoner enn hva som er mulig fra enkeltstudier. Han viser til diskusjonen som kom i kjølvannet av Task Force-rapporten, som blant annet la strenge vitenskapelige kriterier til grunn for godkjente behandlinger. Metaanalyser har imidlertid kunnet gi god dokumentasjon for en bredde av ulike tilnærminger, og kan svare ut mange av de behovene som fagmiljøet og helseøkonomene har. Høstmark Nielsen er bekymret for at dersom en bestemt terapiform ikke kommer på «godkjentlisten», blir det oppfattet som at den ikke er virksom. Strengt manualiserte behandlingsformer er godt egnet til å svare ut forskningskriteriene som ble satt opp i Task Force-rapporten, mens psykodynamiske behandlingstilnærminger – som ikke kan svare ut de stringent oppsatte kriteriene – blir skjøvet til siden. Høstmark Nielsen mener at systematisert erfaringskunnskap, forutsatt at grunnlaget kunnskapen bygger på er gjort eksplisitt, også må inkluderes på «godkjentlisten».

2000-tallet: Prinsipperklæringen kommer

At Tor-Johan Ekeland vant minneprisen for en artikkel som kan leses som et angrep på Task Force-rapporten, falt ikke i god jord hos alle. Knut W. Sørgaard (2000) slår fast at med dette har «den norske motstanden mot evidensbasert behandling konsolidert sin kanon.»

Psykologtidsskriftet hadde tildelt en æresbevisning til en forfatter som i den prisvinnende artikkelen hadde uttrykt et ståsted som mange tydeligvis var sterkt uenig i. Redaksjonen ville åpenbart ikke ekskludere artikler fra prisen på et slikt grunnlag, det ville være å legge svært problematiske begrensninger på den akademiske ytringsfriheten. Når Sørgaard problematiserer at sentrale begreper ikke er blitt definert, spør vi oss om tidsskriftet kan ha forsømt seg på et annet punkt. Begrepsfloraen i debatten har vært temmelig rikholdig, mens det er langt mellom klare og konsise begrepsavklaringer. Kan tidsskriftet ha undervurdert sitt ansvar når det gjelder oppfølgingen av presis, psykologfaglig språkbruk? Kan dette ha medført uklarheter og unødvendige misforståelser?

Vi skal komme nærmere tilbake til problemet med begrepsflora og uklar språkbruk. Ved inngangen av det nye årtusenet er det i hvert fall klart at «evidensstriden» på ingen måte har stilnet. Sørgaard argumenterer for at hensikten med forskningsmessig evaluering til syvende og sist må være «å redusere innslaget av behandlingstilnærminger og programmer for terapeututdannelse som viser seg å være lite effektive og udokumenterte. Da kan en konsentrere kreftene om videreutvikling og en kan implementere mer lovende tilnærminger.»

Manual versus fellefaktorer

Her ser vi at Sørgaard, i likhet med APA, retter søkelyset på behandlingsmetoder. Evidens, slik det ble behandlet av APAs Task force, var også spesifikt knyttet til målinger av behandlingsmetodenes effekt (efficacy). Siden vi fortsatt ikke har evidens for at en bestemt metode er bedre enn noen annen når det gjelder behandling av psykiske lidelser, er dette verdt å stoppe litt opp ved. Michael H. Rønnestad (2000) viser blant annet til en omfattende og etter hvert godt kjent metaanalyse av Wampold et al. (1997) som ikke fant vesentlige forskjeller i behandlingseffekt for ulike terapitilnærminger. Her må det understrekes at tolkningen av slik forskning i stor grad avhenger av hvilket vitenskapsteoretiske ståsted man velger. I forløpet til APAs arbeidsgruppe hadde forskning innen effektforskningstradisjonen vist at enkelte behandlingsformer kan være spesielt virksomme i behandlingen av spesifikke klientgrupper. I tillegg var funnene blitt bekreftet gjennom replikasjonsstudier. Til tross for at de utgjorde en liten gruppe av eksisterende behandlingstilnærminger, ble disse behandlingsformene altså tungt vektlagt av APAs arbeidsgruppe.

APA tok med dette et valg om hvordan kvalitetsundersøkelser skal foretas, og det er viktig å huske at valget ikke var selvsagt gitt. I artikkelen om «the Dodo bird verdict» minner Michael R. Rønnestad (2000) om at effektivitetsstudier (effectiveness) også har lange tradisjoner innen psykoterapiforskningen. Her peker Rønnestad på en akkumulert forskning som viser at ulike terapeuter oppnår ulike resultater. Han hevder

at vi har mindre behov for å forske på metoder og et større behov for å se på terapeutens bidrag.

Siri Gullestad (2001) adresserer denne tematikken når hun problematiserer tendensen til å vektlegge bedring målt ved deskriptive diagnosekriterier. Diagnostisk klassifisering gjøres på grunnlag av symptomer pasienten presenterer, som i praksis innebærer et fokus på de kjennetegn pasienten har til felles med en gruppe, for eksempel gruppen pasienter som oppfyller kriteriene for en panikkelidelse. Høstmark Nielsen har også stilt spørsmålsteget ved hvorvidt psykiatrisk diagnose nødvendigvis er et fruktbart grunnlag for å avgjøre hvilken terapiform den individuelle klient vil ha nytte av. Han tar utgangspunkt i diagnosekriteriene for ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor det er listet ni spesifiserte kjennetegn, hvorav kun fem må være til stede for å bekrefte tilstanden. Dette gir til sammen 126 mulige kombinasjonsmuligheter som fanges opp av en og samme diagnose. Det følger logisk at personer som oppfyller kriteriene for diagnosen vil ha svært ulike behandlingsbehov (Nielsen, 1999). Gullestad poengterer at «Diagnostisk kategorisering er helt utilstrekkelig når det gjelder valg av terapeutisk fremgangsmåte.» At klinisk erfaring har vist at komorbiditet mer er en regel enn unntak ved bruk av de etablerte diagnosesystemer (for eksempel ICD-10), betrakter Gullestad som «uttrykk for gruppetenkningens fallitt». Hun slår fast at det ikke er noe galt med evidensstanken. «Det gale er at evidens er blitt knyttet til et bestemt metodeparadigme» (Gullestad, 2001).

Etter år med opprivende diskusjoner, erstatter til slutt APA i 2005 den kontroversielle Task force-rapporten fra 1995 med «Policy Statement on Evidence Based Practice in Psychology». Her fantes det ikke lenger noen liste over «godkjente» («empirically validated psychotherapies») behandlinger, og spesifikke evidenskrav er blitt erstattet med formuleringen «A sizeable body of evidence drawn from a variety of research designs and methodologies attests to the effectiveness of psychological practices.» Kvantitative forskningsdesign må likevel sies å ha fått en opphøyet plass, selv om det i forarbeidene til policyen (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, publisert i 2006) anerkjennes en bredde av ulike forskningsmetoder.

Evidensbasert praksis på norsk

Psykologforeningen er ganske raskt ute med å følge opp APA og vedtar «Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis» i januar 2007, som er en oversettelse av den amerikanske policyen:

«Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål».

Vi ser at pasientens behov og verdier nå har fått en plass i kabalen. Spesifikke metodekrav er blitt erstattet med formuleringen «beste tilgjengelige forskning», som etterlater seg et visst tolkningsrom. Daværende president i Psykologforeningen understreker at «evidens må være knyttet til forskning både på metode og relasjon, og

rettet både mot forhold ved terapeuten, pasienten og de kulturelle sammenhenger pasienten og dennes pårørende befinner seg i» ([Aanonsen, 2007](#)).

Like fullt heter det i den norske erklæringen at «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.» Det er ikke lett å få øye på hvor kvalitativ forskning skal få innpass her, men det kan blant annet løses ved integreringen av «beste tilgjengelige» og «klinisk ekspertise».

«Klinisk ekspertise» kan ved første øyekast virke lite konkret, men prinsipperklæringen inneholder en nærmere redegjørelse (se for eksempel [Rønnestad, 2008](#)). Det er ikke alle punktene som listes opp som lar seg dokumentere like enkelt, mens andre er bedre egnet som utgangspunkt for objektiv kvalitetsevaluering. Her finner vi en mulig ulikhet mellom den norske oversettelsen og den engelskspråklige originalen, nærmere bestemt i punkt b) hvor det heter «klinisk beslutningstaking, gjennomføring av behandling og å følge med på pasientens utvikling». I den amerikanske originalen finner vi formuleringen «b) Making clinical decisions, implementing treatments, and monitoring patient progress». Å følge med på pasientens utvikling – og å monitorere prosess, er ikke uten videre overlappende. Det foreligger nærmere anvisninger av hvordan monitoreringen skal gjennomføres i grunnlagsdokumentene. «Monitoring of patient progress» handler her ikke minst om å tilpasse pågående, løpende behandling, som omfatter mer enn å følge med på pasientens utvikling. Kvalitetssikring ved prosessmonitorering blir behandlet i flere artikler i årene etter at prinsipperklæringen publiseres.

Det er liten tvil om at APAs nye policy, som er blitt adoptert av Norsk psykologforening, er langt mer integrerende enn hva tilfellet var for Task Force-rapporten anno 1995. [Torkil Berge \(2007\)](#) beskriver rapporten som «trolig et av de viktigste dokumenter som er utarbeidet for vårt fagfelt.»

Nå skulle bordet være dekket for konstruktive samtaler om kvalitetssikring av psykologfaglig arbeid.

2010-tallet: Den vanskelige integreringen

Ved å være mer metodeinkluderende i sin fortolkning av evidens enn sin amerikanske forgjenger, burde prinsipperklæringen for EBPP danne grunnlaget for en bred tilnærming til kvalitetsevaluerende behandlingsforskning. Med stikkord «integrering», «beste tilgjengelige forskning» og «klinisk ekspertise», åpnes det en mulighet for ulike tilnærminger å finne felles grunn. Derfor hadde det vært naturlig å forvente at det ville bli publisert artikler som omhandlet klinisk ekspertise med en større vektlegging av pasientens medvirkning i behandling i årene som fulgte. Like fullt vektlegger prinsipperklæringen en positivistisk orientert vitenskapsfilosofi. Utfordringen for fagmiljøet blir å finne ut hvordan de tre stolpene (forskning, klinisk ekspertise og pasienten) skal svares ut. I årene etter at erklæringen ble vedtatt, ser vi flere tekster hvor forfatterne deler erfaringer med forsøk på en slik integrering.

Et eksempel er Andreas Høstmælingen (2010), som bruker seg selv som kasus. Han skriver om hvordan han, som psykolog i BUP, går frem for å sikre at han jobber evidensbasert. Han starter arbeidet med å gjøre et litteratursøk basert på pasienten han skal forberede behandling for. Litteratursøket gir ham en oversikt over flere manualiserte metoder for behandling av barn. Her støter han imidlertid på et problem. Disse godt dokumenterte behandlingene er nemlig heftet med lisenser og krav om tilleggstudning. Høstmælingen skriver at «Prinsipperklæringen vil ikke være fullt ut nyttig for klinikere så lenge det ikke er lett tilgjengelig forskning basert på hele spekteret av designer prinsipperklæringen anerkjenner som gyldig kunnskapsgrunnlag for praksis.»

Bjørk og Neumer (2010) har støtt på et liknende problem og registrerer at overvekten av tilgjengelig litteratur stammer fra efficacyforskning (i.e. RCT-studier av manualiserte behandlingsmetoder på selektive pasientpopulasjoner). I sitt innspill til gjennomføring av evidensbasert praksis fremhever de at litteratursøk på best dokumenterte behandling ikke er tilstrekkelig. De erfarer at litteratursøk «vil typisk generere atskillige treff på engelskspråklige behandlingsmanualer». Forfatterne skriver at de har arbeidet med å oversette en slik manual til sitt bruk, men tror det er nødvendig med praktisk opplæring i nye metoder. «Man blir ikke høyt trent i en metode av å lese om den.» I tillegg vil ikke en enkeltstående metode eller manual dekke all den heterogeniteten i problemene pasienter på en klinikk vil komme med, og forfatterne anser at det er begrenset hvor mange nye metoder den enkelte psykolog kan kurses i. I likhet med Høstmælingen fremhever Bjørk og Neumer kontinuerlig monitorering og evaluering som et viktig aspekt ved evidensbasert praksis, et poeng som utgjør kjernemomentet i deres artikkel.

Prosessevaluering blir altså trukket frem som en måte å utvikle klinisk ekspertise på. Asle Hoffart (2015) presenterer en litt annen innfallsvinkel i «Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utviklingen av klinisk ekspertise». Analysen er sammensatt og ikke mulig å beskrive med få ord. Han poengterer at bruk av forklaringsmodeller i samarbeid med pasienten, gir rom for å både bekrefte eller forkaste hypoteser. Slik kan terapeuten akkumulere erfaringer med at det finnes flere forklaringer på manifestasjonen av eksempelvis sosial angstlidelse.

Klinisk ekspertise er ellers den delen av prinsipperklæringen, nest etter pasientens kulturelle bakgrunn og ønskemål, som vies minst oppmerksomhet i fagartiklene som er publisert på 2010-tallet.

Idealet møter realitetene

Mangel på bredde i den tilgjengelige forskningen ser altså ut til å være blant utfordringene som psykologene støter på i forbindelse med å følge opp prinsipperklæringen. Kontrollerte studier av manualiserte behandlinger utgjør mye av litteraturen. I 2018 uttrykker Henrik Berg en bekymring for at prinsipperklæringen kan ha etiske følger som ikke er åpenbare ved første øyekast. Positivistisk orientert forskning har fått rangen, noe som baserer seg på ønsket om å tilby virksomme og

kostnadseffektive behandlingsformer. Forskning innen den fenomenologiske tradisjonen er blitt skjøvet til side og med det har den direkte erfaringen av den andres lidelse blitt marginalisert, fremholder han.

«Med den kompleksiteten klinisk psykologi rommer, behøves et vell av ulike intellektuelle ressurser for å evaluere den. EBPP reduserer imidlertid de tilgjengelige intellektuelle ressurser selv om det ikke fremgår klart at det egentlig noensinne var siktemålet. Det bør være praksisens egenart som avgjør hvordan praksisen reguleres, og ikke en prinsipperklæring som er utformet som et politisk styringsverktøy» (Berg, 2018).

Når APAs uttalte mål med sin policy var å sikre psykologenes plass i behandlingstjenestene, ser vi et eksempel på hvordan politiske interesser påvirker fagligheten. Berg er ikke den første som setter faglige retningslinjer i sammenheng med politikk. I 2014 skriver Per Are Løkke fagessayet «Når depresjon blir et nasjonalt problem» hvor han kritiserer det han kaller «retningslinjeideologien». Helsedirektoratet kom i 2009 med «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten». Løkke reagerer på at ingen representanter fra det psykodynamiske fagmiljøet hadde fått delta i forarbeidene og ble da ikke gitt mulighet å fremlegge dokumentasjon for sin behandlingstilnærming. Hvis vi tar en liten kikk i forløperen til Helsedirektoratets retningslinjer, er det ikke så underlig at slik representasjon kan ha kommet til å bli betraktet som overflødig. I Statens helsetilsyns retningslinjer for behandling av stemningslidelser fra 2000, heter det nemlig at «Det finnes ikke vitenskapelig dokumentasjon for effekten av langtids dynamisk psykoterapi ved depresjon. Dynamisk langtidsterapi kan derfor ikke anbefales gitt alene som førstehånds behandling ved depresjon» (2000, side 24). Statens helsetilsyn gikk også langt i å skyve psykodynamisk behandling ut på sidelinjen når det i retningslinjene for angstlidelser heter at det ikke finnes «tilstrekkelig grunnlag til å anbefale psykodynamisk terapi som eneste behandling ved panikklidelser» (1999, s. 14).

Helsedirektoratets retningslinjer fra 2009 er åpnere, men gjennomgående anbefales «strukturert psykologisk behandling», som Løkke leser som en ekskludering av terapier som på grunn av sin egenart ikke lar seg forske på i samsvar med etablert «gullstandard».

Løkke mener å se «en helsebyråkratisk og faglig dreining der randomiserte og kontrollerte studier har fått definisjonsmakten over hva som regnes som evidensbasert kunnskap». Ifølge forfatteren har dette flere uheldige virkninger, blant annet en økt medikalisering og sykeliggjøring. Depresjon har gått fra å være noe som ble inkludert i beskrivelser av kliniske tilstander, til å bli en egen diagnose med symptomkriterier som en svært stor del av befolkningen oppfyller. Løkke mener å se en tendens til at «evidensbasert kunnskap og retningslinjeideologien samlet sett fører psykologien nærmere den biomedisinske sykdomsforståelsen som legger vekt på å korrigere og fjerne symptomer.» Et spørsmål som oppstår er hvorvidt behandlingstilbudet til den store gruppen med lettere depressive lidelser har kommet på bekostning av kunnskaps- og behandlingsutvikling for pasienter med alvorlig depressiv lidelse. Løkke peker på

det han mener er et hull i tilgjengelig forskning, spesifikt pasientgruppen med alvorlig eller kronisk depresjon. Løkkes fagessay utløser en heftig debatt som i hovedtrekk går langs de samme linjer som har pågått i diskusjonene på fagfeltet siden 70-tallet (se for eksempel [Kleve, 2014](#); [Torsteinsson, 2014](#); [Standal, 2014](#)).

Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon ble avpublisert av Helsedirektoratet april 2023, som følge av at «den er utdatert».

2020-tallet: Tilbakemeldingssystemer og prinsipperklæringen

På 2020-tallet har klinikerer et arsenal av muligheter for å monitorere pasientenes utvikling i et terapiforløp. Tilbakemeldingsverktøy og rutinemessig utfallsmåling er anbefalt av Helsedirektoratets pakkeforløp for psykisk helse og rus, og er i ustrakt bruk i flere systemer. Men bruken av verktøyene aktualiserer et klart skisma mellom psykologi som fag og profesjon, nærmere bestemt mellom akademisk kunnskap om kausalitet og klinikerens måling av behandlingsrespons i praksis.

I fagessayet «[Virker det nå?](#)» (2020a) drøfter Tomas Formo Langkaas svakhetene ved tilbakemeldingsverktøy som brukes i klinisk praksis. Han mener at de eksisterende verktøyene egentlig har svak klinisk nytteverdi og bør forbedres. I verste fall kan bruken av verktøyene føre terapeuten og terapien helt galt av sted og gi opphav til feilvurderinger av behandlingsrespons. Utgangspunktet for Langkaas er at endring i terapi ikke er det samme som virkning av terapi. At det skjer endringer hos en person i løpet av en gitt behandlingsperiode, kan være forårsaket av svært mange faktorer. Den eneste måten å vite sikkert om endringen er et resultat av terapien, er å sammenligne med resultatet uten terapi, altså en kontrollbetingelse. Naturlig nok er dette en umulighet i klinisk praksis, men Langkaas mener at klinikerer bør ha tilgang på et kunnskapsbasert sammenligningsgrunnlag om tilstandens forventede forløp uten behandling over en gitt tidsperiode.

Langkaas skisserer opp ulike scenarier av feilvurderinger som kan oppstå når man ikke tar hensyn til forventet forløp uten behandling for en spesifikk tilstand, f.eks. at klinikerer tolker mangel på endring som negativ virkning mens det man egentlig ser er forhindret forverring. Et annet problem med ren observasjon av endring er at vi kan komme til å feilvurdere psykologens ekspertise. Langkaas skriver: «Om vi tenker oss en svært kompetent behandler som i hovedsak arbeider med vanskelige tilstander, der effektiv behandling handler om å hindre forverring, vil denne behandleren feilaktig bli vurdert som en av de med dårligst ekspertise dersom vi kun ser på oppnådd endring. Som kontrast kan vi tenke oss en inkompetent behandler som i hovedsak arbeider med enkle tilstander som ofte bedres av seg selv. Denne behandleren kan gjennomføre både uvirksom og skadelig behandling uten at noen fanger det opp, fordi ved å følge pasientene over lang nok tid bedres tilstandene uansett.» Langkaas slår et slag for at man i klinisk praksis vurderer det som kalles påvirket forskjell – pasientens endring med behandling sammenlignet med forventet forløp uten behandling i en gitt tidsperiode – som tross begrensninger er det eneste målet som kan nærme seg å si noe om virkning av terapien.

Langkaas blir imøtegått av Kristian Rognstad et al. (2020), som mener Langkaas har misforstått siden ingen har ønsket at tilbakemeldingsystemer (TMS) skal si noe om kausalitet i utgangspunktet. Langkaas (2020b) svarer at problemet er at TMS-litteraturen ser på endring for å kunne justere behandling, uten at den samtidig anerkjenner den sviktende antagelsen om virkning som ligger bak. Slik vi forstår Langkaas mener han det er urimelig å vurdere endring og justering av behandling uten å anta noe om virkning på samme tid, og det er et poeng få snakker høyt om.

Har etikk blitt glemt?

Som vi har sett, har ikke Prinsipperklæringen blitt like godt mottatt av alle. På 2000-tallet sto diskusjonen om prinsipperklæringen først og fremst om problemet med den positivistiske vitenskapelige vektleggingen. Med idealet om å avdekke kausalitet gjennom forskning på strengt selekterte populasjoner, blir klinikerens overlatt til selv å finne ut av generaliserbarheten fra forskningen til behandlingen av sin individuelle pasient. I 2021 reiser Henrik Berg et nytt sentralt spørsmål knyttet til erklæringen – hvorfor i all verden har den ikke fått en revisjon? Han ber om at det nedsettes en komite som kan lage en ny og sterkere erklæring. Berg påpeker at tilsvarende erklæringer i medisinen er revidert en rekke ganger, men ikke vår. Han peker på at erklæringen i realiteten ikke er tredelt (forskning/ekspertise/pasienten) fordi klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk er definert som vitenskapelige underkategorier. Det betyr at klinikerens ikke gis myndighet til å omforme vitenskapelig kunnskap til klinisk handling og at pasientens preferanser ikke er en del av modellen for beste praksis. Et relatert problem her er at intervensjoner i psykoterapi kun skal vurderes basert på effekt og ikke ut ifra som skal være målene for terapien og hva som er godt eller riktig. Med andre ord handler dette ikke så rent lite om etikk. Berg understreker at psykoterapi er en virksomhet som har en sterk etisk dimensjon, som overhodet ikke er tatt høyde for i erklæringen. Et annet problem er at erklæringen ikke nevner hva integrasjonen mellom de tre delene skal bestå i, hvem som skal foreta integrasjonen og hva denne hvem skal ha av kompetanse for å gjøre det.

Berg peker på det problematiske i å ha et evidenshierarki når den forskningen som er mest sikker om kausalitet, er den som er minst overførbar til klinisk praksis. Berg argumenterer for å forkaste evidenshierarkiet og erstatte det med grundige diskusjoner om styrker og svakheter ved ulike design for klinisk praksis. Han mener erklæringen rett og slett «svekker orienteringsevnen i den praktiske bruken av psykologisk kunnskap» og også de faglige diskusjonene som følger av den.

Oppmerksomheten på det etiske i praksis og fag opprettholdes utover 2020-tallet. I «Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag» berører Ole Magnus Vik problemstillingen som Berg fremhever i 2021. Vik taler implisitt for en revisjon av erklæringen når han skriver at vi må utvide evidensbegrepet i EBPP-erklæringen med de nye teoretiske grunnpilarene etikk, epistemologi og fenomenologi. Disse skal ikke erstatte, men supplere det vitenskapelige og den systematiserte klinisk erfaringskompetansen. Vik er opptatt av at psykoterapi er en praksis «som er betinget av en form for moralsk

kunnskap om det gode liv». Han mener at psykoterapifaget nærmest er i en erkjennelsesteoretisk krise. De vitenskapelige funnenes manglende generaliserbarhet til unike individer i terapi er ikke det eneste som fører til problemer, når man funderer psykoterapi på vitenskap. Det gjør også den etiske dimensjonen. Vitenskap kan ikke besvare de etiske problemstillingene som terapeuten møter i klinisk praksis, eller hjelpe klienten med å skape mening. Det kan heller ikke terapitekniske ferdigheter. For å beholde sin akademiske status må psykologfaget og klinikerer styrke sin førvitenskapelige kompetanse og innlemme et kunnskapsgrunnlag som inkluderer etikk.

Destinasjon uten veikart

Nok en tekst på 2020-tallet drøfter problematiske aspekter ved prinsipperklæringen. I «Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis» trekker Andreas Høstmælingen frem en sentral svakhet ved erklæringen; den gir klinikerer svært lite retning i valg av behandlingsmetode for et gitt problem, og sier generelt lite om hvilken betydning og rolle behandlingsmetodene skal få i konkret klinisk praksis.

Høstmælingen skisserer historikken og bakgrunnen for erklæringen, som delvis ble utviklet i respons mot tenkningen om at man kan matche diagnose med en spesifikk metode. Evidensbasert psykologisk praksis gir et bredere grunnlag for god praksis, men spørsmålet om metodenes betydning er fortsatt debattert og svaret har implikasjoner for innretningen av tjenestene. Han utforsker spørsmålet om hvordan klinikerer kan forholde seg til valg av behandlingsmetode innenfor EBPP. Han kommer til at til tross for at ulike behandlingsmetoder viser seg å fungere like godt, bør effektforskning om metodens virkning ligge til grunn før man gjør den til en del av et tjenestetilbud. Han vektlegger på samme tid at usikkerhet om virksomme elementer i psykoterapi og utfordringer tilknyttet klassifikasjon av lidelsene, fordrer at individuell tilpasning står helt sentralt i EBPP. «EBPP bør forstås som hypotesebasert utprøving av metoder sammen med pasienten», ifølge Høstmælingen.

Veien fremover

Når vi går gjennom tekster som omhandler forholdet mellom forskning og praksis gjennom de siste 50 år, får vi et klart inntrykk av at det er gap der som ikke lar seg lukke, og som psykologer må forholde seg til kontinuerlig. Man kan også bli slått av variasjonen og bredden i bruk av begreper som brukes om evidensbasert praksis.

Blant begrepene som brukes overlappende eller synonymt, er evidensbasert kunnskap, evidensbasert metode, anvendt forskning, evalueringsforskning, effektforskning, kvalitetssikring, empirisk validerte metoder, empirisk understøttede metoder, erfaringsbasert kunnskap, evidensbasert klinisk psykologi, kvalitetssikring, manualisering, vitenskapelig ansvarlighet og evidensbasert psykoterapi. Noen helgarderer med kunnskapsbasert evidensbasert klinisk praksis. Harald Schjelderup brukte begrepet psykoterapeutiske virkninger.

Vi har sett at enkelte skiller mellom evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis, uten at denne presumptive ulikheten defineres eksplisitt. Geir Høstmark Nielsen (1999) bruker betegnelsen kunnskapsbasert praksis og inkluderer «all systematisert erfaringskunnskap, forutsatt at grunnlaget kunnskapen bygger på er gjort eksplisitt». Han legger en bredere og mer inkluderende definisjon til grunn. Vi ser likevel at de ulike begrepene brukes om en annen og at både kunnskapsbasert – og evidensbasert psykologisk praksis – er blitt synonymt med bruken av empirisk understøttede metoder, med henvisning til RCT-forskning. Paradoksalt nok var en slik snever forståelse nettopp det man ønsket å unngå i prinsipperklæringen.

Prinsipperklæringen bruker betegnelsen «evidensbasert psykologisk praksis» og representerer dermed den eneste vedtatte definisjonen vi har.

Uken før denne utgaven ble sendt til trykk, kom «Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern», utformet av et ekspertutvalg nedsatt av helseminister Ingvild Kjerkol. Bakgrunnen for dette var ikke minst Riksrevisjonens funn om ulik bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder i tjenestene. Utover en henvisning til Riksrevisjonens undersøkelse, opptrer ordet «evidensbaserte behandlingsmetoder» null ganger i ekspertutvalgets rapport. Ordet «evidensbasert» opptrer seks ganger, men er ikke knyttet til «behandlingsmetoder». Ordet «kunnskapsbasert» opptrer 77 ganger, i hovedsak knyttet til «behandling». Kort sagt kan vi se at «evidens» er erstattet med «kunnskap» og «metoder» med «behandling». Utvalget presenterer følgende definisjon: «Kunnskapsbasert behandling innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.»

Definisjonen fremstår ved første øyekast i samsvar med den opprinnelige tankegangen som lå bak prinsipperklæringen. Når utvalget i neste setning (pkt 2.4, s. 14) redegjør for hvordan de definerer «tematisk organisering», kjenner vi oss likevel dratt tilbake i retning av en empirisk avgrensning:

«Tematisk organisering av psykisk helsevern innebærer at helsetilbudet organiseres slik at tjenestene rettes mot en pasientgruppe som er definert ut fra alder, tilstand, behandlingsmetode eller ramme for behandling.»

Fremover vil redaksjonen følge dette temaet videre, noe vi håper mange psykologer også vil gjøre. Vår bekymring er at uklar og mangfoldig begrepsbruk kan ha medført en uheldig terskel for å delta i debatten, fordi det blir uklart hva aktørene sier når. Denne problemstillingen fremstår som særlig gjeldende i tekstene som er blitt publisert de siste 50 år om hva som er viktig og god forskning for psykologfagets utvikling videre. Tekstene forteller oss at gapet mellom forskning og praksis fortsatt gjør seg gjeldende.

Det er et bærende prinsipp i vitenskapen at den skal være falsifiserbar. Hvis vi i forskningen opererer med en apriori definisjon av hva som er et problem og hvordan problemet skal løses, vil det lukke rommet for vitenskapelig utforskning.

Videre lesning

Du finner utvalgte tekster fra perioden 1973–2023 om temaet «Gapet mellom forskning og praksis» [her](#)

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 10, 2023, side 544-563

TEKST

Redaksjonen

+ Vis referanser

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Berg, H. (2018). Ikke tenk, vær nyttig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 1132-1135. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2018/11/ikke-tenk-vaer-nyttig>
- Berg, H. (2021). Psykologene trenger en ny prinsipperklæring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(2), 132-133. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/02/psykologene-trenger-en-ny-prinsipperklaering>
- Berge, T. (1996). Hvilke terapier er effektive for hvilke psykiske lidelser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(4), 339-342.
- Berge, T. (1998). Motsetningenes harmoni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(11), 1053. <https://www.nb.no/items/c6e4e03af6f732bf8859c4d7203f6a46?page=3&searchText=motsetningenes>
- Berge, T. (2007). Viktig dokument om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), side? <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2007/09/viktig-dokument-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Bjørk, R. F. & Neumer, S-P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(10), 937-941. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2010/10/evidensbasert-psykologisk-praksis-i-praksis>
- Blakar, R.M. (1980). Situasjonen som variabel og kriteriet for kunnskap i klinisk psykologisk forskning: Ein kommentar til Gulbrandsen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(6), 297-301.
- Ekeland, T.J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11), 1036-1047.
- Grenness, C. E. (1998). Vitenskapelig ansvarlighet. Kvalitetssikring, vitenskapelighet og etikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(11), 1082-1089.
- Gulbrandsen, O.R. (1979). Hvilken terapiform er den mest effektive? Om forskning på resultatene av individuell psykoterapi, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(3), 76-87.
- Gulbrandsen, O.R. (1980). En vurdering av Blakars forskningsprosjekt: Psykopatologi og kommunikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(1), 292-296.
- Gullestad, S. E. (2001). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(10), 942-951.

- Gundersen, J.H.R. (1987). DSM II - En modell for fremtidens diagnostiske praksis? , (5), 300-309.
- Hansen, B. R. (1998). Child psychotherapy research beyond effect studies. , (11), 1075-1081.
- Hartmann, T. (1974). Diagnostikk og valg av behandlingsmetode. , (9), 7-16.
- Havik, O., Barth, K., Haver, B., Mølstad, E., Nielsen, G., Rogge, H. & Skåtun, M. (1982). Psykologiske testkarakteristika hos tre kategorier korttidspasienter , (11), 535-541.
- Hoffart, A. (2015). Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikning av klinisk ekspertise. Tidsskrift , (12), 1056-1065.
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? , (10), 930-936.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/10/hvordan-kan-prinsipperklaeringen-bidra-til-kvalitetssikre-psykologisk-praksis>
- Høstmælingen, A. (2022). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. , (3), 142-150. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-teoretisk-artikkel/2023/03/behandlingsmetoders-rolle-i-evidensbasert>
- Jordahl, A. (1992). Kan psykologer kvalitetssikres? , (12), 1162.
- Kleve, L. (2014). Intellektuell akrobatikk om retningslinjer. , (4). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2014/04/intellektuell-akrobatikk-om-retningslinjer>
- Langkaas, T.F. (2020b). Endring er feil fokus for tilbakemelding. (11), 844-845. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/11/endring-er-feil-fokus-tilbakemelding>
- Langkaas, T.F. (2020a). Virker det nå? , (9), 666-672.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2020/09/virker-det-na>
- Larsen, E. (1982). Synspunkter på anvendt klinisk psykologisk forskning. , (10), 473-483.
- Larsen, E. (1983). Anvendt klinisk psykologisk forskning: Problemer og muligheter. , (6), 324-330.
- Løkke, P.A. (2014). Når depresjon blir et nasjonalt problem. , (2), 122-131. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2014/02/nar-depresjon-bli-et-nasjonalt-problem>
- Mølstad, E., Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1989). Kroppsforhold hos pasienter i psykoterapi. Fysioterapeutens bidrag til Bergen-prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi , (2), 73-79.
- Nielsen, G. (1997). Kunnskapsbasert praksis. , (10), 857-858.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølstad, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1987). Forandringer etter korttids dynamisk psykoterapi: Resultater fra Bergens-prosjektet. , (11), 683-697.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølstad, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1988). Oppfølgingsstudier av psykoterapipasienter. Metodologiske betraktninger og noen erfaringer fra Bergen-prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi , (2), 75-84.

- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M-. (1988). Forløpet etter korttids dynamisk psykoterapi: Er bedring varig? En oppfølging av pasienter i Bergen-prosjektet , (3), 147-154.
- Nielsen, G., Barth, K., Havik, O., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1982). Endringer hos pasienter i korttids terapi: En prosjektpresentasjon. , (7), 359-364.
- Nielsen, G.H. (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. , (5), 436-446.
- O`Grady, C. (2020, 15. juli). . Hentet 18. september 2023, fra <https://www.science.org/content/article/misconduct-allegations-push-psychology-hero-his-pedestal>
- Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. (2007). , (9), 1127-1128. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2007/09/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Rekve, M. (1990). Et blikk på problemer knyttet til måling innen evalueringsforskning. , (10), 729-736.
- Rognstad, K., Rolfsjord, C.S., Meltzer, A., Neumer, S. & Kjøbli, J. (2020). Psykologen trenger hjelp. (10), 776-777. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/10/psykologen-trenger-hjelp>
- Rønnestad, M.H. (2000). , (11), 1003-1016.
- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. , (4), 444-454. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi>
- Rønning, J.A., Mørch, W-T. & Ulvund, S.E. (1998). Utfordringer i utvikling av kunnskapsbasert evidensbasert klinisk praksis. , (11), 1068-1074.
- Schjelderup, H. (1984). Terapeutiske virkninger av psykoanalytisk behandling. Noen erfaringer fra 40 års virke som psykoanalytiker. , (11), 557-662.
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (1998). Kvalitetssikring, regelstyring og profesjonalitet. , (11), 1059-1067.
- Skjerve, J. (1982). Norsk psykologforening trenger en forskningspolitikk. , (10), 484-487.
- Smedslund, J. (1976). Forholdet mellom teori og empiri i psykologien. , (7), 2-10.
- Smedslund, J. (1998). Hvorfor klinisk forskning og praksis ikke går hånd i hånd. , (11), 1090-1095.
- Standal, K. (2014). Hvor ligger hunden begravet? , (7). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2014/07/hvor-ligger-hunden-begravet>
- Statens helsetilsyn. (1999). Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserie 4-99. Helsetilsynet.no. Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling (helsetilsynet.no)
- Statens helsetilsyn. (2000). Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserie 3-2000. Helsetilsynet.no. Stemningslidelser IS-2695.pdf (ntnu.no)
- Sørgaard, K.W. (2000). Evidensbasert kunnskap og konsekvenser for klinisk praksis. , (10), 932-936.
- Task Force On Promotion And Dissemination Of Psychological Procedures (1995). Training In And Dissemination Of Empirically-Validated Psychological Procedures: Report And Recommendations.

, 3-23.

Theophilakis, M. (1982). Klinikerens forskning: Et valg mellom innsamling av framtid eller vurdering av fortid? , (8), 394-399.

Torsteinsson, V. W. (2014). Polarisert debatt om retningslinjer. , (6). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2014/06/polarisert-debatt-om-retningslinjer>

Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. , (8), 734-739. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/08/psykoterapiens-kunnskapsgrunnlag>

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes.» , (3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

Aanonsen, A-M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. , (6), 802. <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2007/06/evidensbasert-psykologisk-praksis>