

[\[Tilbake\]](#)**bt.no**

©Bergens Tidende

Produksjon av kunnskap og helse

I helsevesenet snakkar ein stadig oftare om at praksis må vera evidensbasert, eller kunnskapsbasert som det gjerne vert kalla. Doktorgradsstipendiat Jeanne Boge og professor Kari Martinsen ved seksjon for sykepleievitenskap, UiB, set evidenstenkinga i samband med den bedriftsøkonomiske produksjonstankegangen som er på raskt inntog i universitet, høgskular og helseinstitusjonar.

Publisert: 15. des. 2004, 06:00

Oppdatert: 14. des. 2004, 21:01

Jeanne Boge

Kari Martinsen

I våre dagar organiserer og omtaler ein ofte helsevesenet som produksjonsbedrifter. Desse bedriftene vil gjerne basere avgjerslene sine på påliteleg vitskapleg kunnskap, i von om at dette skal føra til meir standardisering, betre styring og større effektivitet. I den samanheng har evidensbasert praksis kome i framgrunnen. Skal ein få til ein slik praksis, er ein avhengig av at universitet og høgskular produserer evident kunnskap.

I evidenstenkinga er det forskingsmetoden som avgjer kor sann, påliteleg og god forskinga er. Den kunnskapen som vert rekna som mest evident, er kunnskap som er blitt konstruert ved hjelp av klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analysar. I helsevesenet er ein spesielt interessert i denne type kunnskap, av di den konstruerer målbar kunnskap om effekten av ulike behandlingssopplegg. Ved å lage korte samandrag av slike målingar i internasjonale databasar, kan travle praktikarar raskt skaffa seg kunnskap om den nyaste - og det som vert framstilt som den mest effektive og brukbare behandling. I evidenstenkinga er det eit tydeleg hierarki mellom ulike metodar. Erfaringskunnskap og kvalitative studiar får bortimot null evidens i dette kunnskapshierarkiet. Slik kunnskap sorterer gjerne under humanistisk tenking. I helsevesenet kan det handle om livsfilosofiske og etiske refleksjonar knytt til det er å leva med sjukdom og liding, og korleis ein har erfart at ein best kan hjelpa i aktuelle situasjonar. Det kan og omhandle samfunnskritiske problemstillingar knytt til for eksempel makt, kjønn og rase i helsevesenet. I humanistisk forskning er det ikkje metoden som avgjer om forskinga er god eller dårleg. Det avgjerande er om argumentasjonsmåtane og refleksjonane er tankevekkjande og verkar truverdige. Slik forskning lyt gjerne forståast ut ifrå samanhengen den er konstruert i, og kan vera vanskeleg å oppsummera i korte samandrag på databasar.

Metodehierarkiet, med påfølgjande rangering av kunnskap, er det som gjer evidenstenkinga problematisk. Det vitnar om at ei kunnskapstenking vert sett høgst, uansett kva ein spør om. Sjølv om det ikkje er noko galt med denne form for kunnskap og forskning i seg sjølv, og heller ikkje bruken av slike forskingsresultat, er det viktig å vera klar over at denne tilnærminga har klare avgrensingar, slik all kunnskap har. I staden for at den eine kunnskapsforma blir underlagt den andre, slik tilfellet er i denne tenkinga, skulle ein heller akseptere at den evidensbaserte - og den livsfilosofiske og samfunnskritiske kunnskapen gir ulike tilgangar til kunnskap, at dei er likeverdige og gjensidig utfyllande ved at dei saman utdjupar feltet ein ønskjer innsikt i. Men evidenstenkinga profilerer ikkje eit likeverdig syn på ulike kunnskapsformer. Kunnskap som er konstruert ved hjelp av bestemte målbare metodar, har forrang framfor annan kunnskap.

Styresmaktene kan prioritereden evidente, målbare faktaforskinga ved hjelp av økonomiske sanksjonar. Helserelatert forskning, spesielt medisinsk forskning, er i tillegg i stor grad finansiert og styrt av farmasøytisk industri sine behov. For å få forskingsmidlar, offentlege eller private, og for å få publisert i velrenommete tidsskrift, vert forskarar styrt til å utføra bestemte former for forskning, ved hjelp av metodar som gjev høg evidensrangering. Fylgjene kan bli at store fagfelt i for eksempel sjukepleie, medisin og andre helsefag, som i liten grad eignar seg for slik utforsking, ikkje vert underlagt forskning, eller at ein utforskar dei ved hjelp av ueigna tilnærmingar.

Den bedriftsøkonomiske tenkinga som stadig får større innpass i offentlege institusjonar, ser ut for å kommunisere godt med evidenstenkinga. I denne tenkinga er det fokus på økonomisk effektivitet,

marknadstenking, fristilling og auka bruk av kontraktar. Universitet og høgskular fungerer i stadig større grad ut ifrå bedriftsøkonomiske prinsipp, og det føreligg forslag om at denne tendensen skal intensiverast (jf. Lærum og Kuhnle i Bergens Tidende, 12.10.04). Slike bedrifter får inntekter gjennom produksjon av studiepoeng og vitenskaplege artiklar.

Også helsevesenet vert i stadig større grad organisert etter modell av industribedrifter. Den nye måten å tenkje på har ført til at språkbruken har endra seg. I dag vert sjuke og pleietrengande gjerne omtalt som kundar. Generelt kan ein sei at i denne tenkemåten prøver ein å standardisere behandlinga mest mogeleg, slik at helsevesenet lettare let seg styra av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og skjønn. I denne sjukdomsforståinga er førestellingar om synlege, objektive sjukdomsteikn blitt eit allment krav for å akseptera menneske som sjuke. I Tyskland er det gjort framlegg om at i framtida skal berre evidensbasert behandling refunderast av det offentlege. I det bedriftsøkonomiske, evidensbaserte, standardiserte helsevesenet ser ein på omsorg og pleie som varer som kan prisast og førehandsdefinert i instruksar og såkalla brukarkontraktar. Slik førehandsdefinering vil føra til eit dummare og kaldare samfunn i fylgje professor Rolf Rønning ved høgskulen i Lillehammer.

Nymaskulinisering kallar Rønning den bedriftsøkonomiske modellen som stadig får større innpass på mange felt i samfunnet. Denne tenkemåten gir den tradisjonelle mannskunnskapen størst makt, medan omsorg vert avvik. Rønning har sett på konkurranseutsetjing av heimesjukepleie og heimetenester. Han som tidlegare har vore skeptisk til å gje profesjonar som sjukepleiarar for stor makt, understrekar no at ein må ha tillit til profesjonane, så me ikkje vert detaljstyrt med målbare prosedyrar. Dette er nødvendig for å organisera ei omsorgsteneste som er fleksibel og medmenneskeleg. I pleie og omsorgstenestene kan det vera vanskeleg å måla mengda og effekten av arbeidet som vert utført, og det kan vera vanskeleg å standardisere arbeidet, på grunn av dei etiske problemstillingane som oppstår i direkte møte med andre menneske si lidning. Dilemmaet hjelpearane står i, og den verdifulle erfaringsbaserte kunnskapen dei kan dokumentere, har kvinneforskar og sosiolog Kari Wærness utrøtteleg vist, men det er ikkje den kvinnebaserte pleiekunnskapen det bedriftsøkonomiske evidensbaserte helsevesenet spør etter.

Taparar i dette helsevesenet er menneske med sjukdommar og lidingar som ikkje kan forklarast ut ifrå naturvitenskaplege, fysiske sjukdomsteikn, og lidingar som det ikkje finst standardisert, medisinsk behandling for. I denne gruppa er det mange med kroniske sjukdommar, langvarige pleiebehov og døyande. Det er slike hjelpetrengande som legg beslag på store delar av norske helse- og sosialbudsjett. Problemstillingane desse personane har med seg inn i helsevesenet, krev ei heilt anna tilnærming, både forskingsmessig og praktisk, enn det som er tilfelle for dei som kjem til helsevesenet med plager som heilt eller delvis kan reparerast.

Dersom me ønskjer at helsevesenet skal hjelpa dei som har sjukdommar som ikkje kan reparerast like godt som dei som kan reparerast, utgjer evidensbasert forskning berre ein liten del av det kunnskapstilfanget som trengst. I dag vert denne form for kunnskap premiært framfor andre kunnskapsformer. Dette styrer fokus og samfunnsressursar i bestemte retningar. Kanskje det var betre med større balanse mellom ulike tenkemåtar og tilnærmingar?

Er det sikkert storsamfunn og enkeltindivid er tente med at universitet, høgskular og helseinstitusjonar endrar seg til evidensbaserte produksjonsbedrifter? Kven vinn og kven taper på ei slik utvikling?

[\[Tilbake\]](#)