

**Kari Martinsen**, professor ved Institutt for samfunnsmedisin, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

**Jeanne Boge**, doktorgradsstipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

# Uro kring evidens

Er det samband mellom evidens og marknadsøkonomi? Er evidenstenkinga kvinnefientleg? Dette er spørsmål som kjem opp i debatten kring evidensbasert sjukepleie.

Me vil svare på innlegget *Metodisk mangfold* i *Sykepleien* nr. 15 - 2004, skrive av Monica Wammen Nortvedt med fleire.

## Debatt eller akademisk øvelse?

Nortvedt m.fl. (1) understrekar at det er nødvendig med ein kontinuerleg debatt kring forståinga av kunnskapsbasert praksis som grunnlag for fagleg utvikling. På den bakgrunn verkar det underleg at artikkelen startar med å spørje om kritikken mot evidensbasert sjukepleie er debatt eller akademisk øving. Vårt innlegg om evidenshierarkiet i *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 13 - 2004 (2) blei skrive av di me er urolige for kunnskaps-hierarkiet i evidensbasert medisin og sjukepleie, og for den plass denne tenkinga har fått i norsk helsevesen. Dersom Nortvedt m.fl. (1) ynskjer debatt om evidensbasert sjukepleie, må det også væra rom for kritikk. Debatt er jo nettopp kjenneteikna ved at ulike synspunkt blir sett opp mot kvarandre, og så må begge partar argumentere så godt dei kan. Gode debattar kan føra til innsikt både for debattantane, og dei som fylgjer med i debattane, og gje eit mangfaldigare grunnlag for å danne egne standpunkt.

## Likestilte kunnskapsformer

Nortvedt m.fl. (1) argumenterer for at ulike problemstillingar trengjer ulike metodar. Dette er me heilt samde i (2). Det som derimot er problematisk, er hierarkiet mellom ulike kunnskapsformer. I staden for hierarki, prøvde me å argumentere for at ulike kunnskapsformer må vera likestilte.

## All kunnskap kan ikkje oppsummerast i korte samandrag

Nortvedt m. fl. (1) argumenterer for at ein i større grad bør inkludere kunnskap relatert til erfaring i databasar med systematiske oversikter, for å gjera denne tilgjengeleg for fleire. Me er også opptekne av at kunnskap må

være tilgjengeleg, men det er mange former for kunnskap som sjukepleiarar kan ha glede av i sitt virke, som ikkje kan oppsummerast i korte samandrag, og som derfor ikkje kan gjerast tilgjengeleg på samme måte som resultatata frå studiar som for eksempel måler effekt av intervensjonar. Dette har samanheng med at for å forstå resultatata i humanistiske studiar, må dei setjast i samanheng med den konkrete kvardagen som har blitt utforska og dei teoretiske perspektiv som har vore førande. Dette kan krevje meir plass enn det er rom for i databasane sine korte samandrag. Det er fare for at kvalitativ forskning blir pressa inn i et kvantitativt liknande format, dersom dei skal passa inn i aktuelle databasar. Generelt vil det væra eit problem å inkludera kreative og nyskapande forskingstilnærmingar i databasar som vurderer og presenterer forskning etter avgrensa kriterium. Det er altså fleire grunnar til at det framleis vil vera nødvendig å lese bøker og bokliknande avhandlingar, men denne måten å presentere kunnskap og forskning på, er under press. I helsefagleg forskning er det artikkelforma som helst blir premierte med forskingsmidlar. Dette har truleg samanheng med den politiske samanhengen forskinga står i. Som Nortvedt m.fl. (1) viser til, er det eit aukande politisk krav om at dei helsefaglege avgjersler skal være basert på evident kunnskap. Det er artikkelformen som lettast let seg innordne i eit system som fremjer slike politiske føringar.

## Grunnlag for fagleg utvikling

Eit av argumenta for å etablere evidensbasert praksis, er at helsepersonell ikkje gir pasientar god nok behandling, av di dei ikkje er oppdatert på den nyaste evidensbaserte forskinga. Dei som profilerer evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis, ser med andre ord ut for å tru at helsepersonell som

les mykje ny vitskap med høg evidens, kan visa til betre kvalitet i praksis enn dei som les lite. Det fins så vidt me veit ingen dokumentasjon på at det er slik (3). Derimot fins det litteratur og studiar som tyder på at dei som arbeider i fagmiljø der det vert lagt stor vekt på faktakunnskap, ikkje grunnlegg handlingane sine med evidente fakta. Det tyder på at kunnskap basert på sanseleg observasjon, merksemd og erfaring er grunnleggjande. Refleksjon etter handling er avgjerande for ny innsikt, og både handverket og skjønnet vert utvikla i konkrete og samansette situasjonar (4,5,6,7,8,9). Dette er ikkje noko argument for at forskning med høg evidens ikkje kan gje ny innsikt, men eit argument for at ein må vera forsiktig med å overvurdere verdien av å lesa korte samandrag av forskning i databasar.

## Bru mellom teori og praksis?

Ein viktig intensjon med det evidensbaserte kunnskapssystemet, er å byggja bru mellom teori og praksis. I fysioterapeut Vigdis Elkeli (3) sine intervju med allmennpraktiserande legar verkar det ikkje som om desse intensjonane vert innfridd. Hennar studie tyder på at dei allmennpraktiserande legane og dei medisinske forskarane sit på kvar si side i det medisinske landskapet. Forskinga som fins på databasane er ofte til lita hjelp når ein skal løysa problem i praksis. I praksis møter ein mangfaldige personar med samansette sjukdommar, lidingar og verdjar. Kunnskapen som er utvikla innanfor metodeprosessar som har prøvt å eliminera dette mangfaldet, er ofte lite eigna i møte med levande menneske. Skal forskinga bli til hjelp for travle praktiskarar, må ein arbeide med å utvikle - og ta i bruk forskingstilnærmingar som eignar seg betre til å setje ord på den komplekse kvardagen som dannar ramma rundt møte med lidande menneske (3,10).

Ein kan spørja om evidensforskinga er ei ny form for legeunderordning.

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

### Søkeord på nett:

Evidensbasert sykepleie  
Erfaringsbasert kunnskap

## Evidens og marknadsekonomi

I fylgje psykolog Britt Folgerø Johannessen (11) sameksisterer evidensbasert praksis godt med den bedriftsøkonomisk inspirerte tenkinga som har fått stort innpass i offentleg sektor (12,13). I denne tenkinga er det fokus på økonomisk effektivitet, marknadstenking, fristilling, auka bruk av kontraktar og auka vekt på brukaromsyn. Den nye måten å tenkje økonomi og leiing på, har ført til endra språkbruk. I dag snakkar ein om produksjon, kvalitetskontroll, kunde; eit språk ein tidlegare helst møtte i industribedrifter. Dette språket kommuniserer best med dei positivistisk empiriske vitenskapsideala som har vekt på målingar og effekt. Både økonomar, leiarar og fagfolk som snakkar dette språket kan få svar på spørsmål som: *Kva fungerer for denne lidinga? Kor mange timar går med til behandlinga? Har behandlinga virka? Korleis kan me måle det?*

Generelt kan ein seie at i denne tenkjemåten 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 skjønne (11). I denne sjukdomsforståinga er førestillingar om synlege, objektive sjukdomsteikn blitt eit allment krav for å akseptera menneske som sjuke. Dette kallar ein gjerne ei instrumentell tilnærming til sjukdom (10,14). I Tyskland er det gjort framlegg om at i framtida skal berre evidensbasert behandling refunderast av det offentlege (3,15). I det bedriftsøkonomiske, evidensbaserte, standardiserte helsevesenet ser ein på omsorg og pleie som varer som kan prisast og førehandsdefinert i instruksar og såkalla brukarkontrakter. Slik førehandsdefinering vil føra til eit dummare og kaldare samfunn i fylgje professor Rolf Rønning (16).

## Kva pasientar taper i det evidensbaserte, marknadsekonomiske helsevesenet

Evidensbaserte tilnærmingar eignar seg ikkje til å hjelpe mennes-

ke med samansette plager. Det er slike lidingar som legg beslag på store deler av norske helse- og sosialbudsjett. Skal ein koma dei i møte, kan ein ikkje redusera kropp til ein biologisk storleik, eit menneske ribba for det som gjer det til eit meiningssøkjande og reflektert menneske. I staden må ein sjå på kroppen som både biologisk, sosial og kulturell, og som ein storleik som lyt forståast i den samanhengen den enkelte lever i. Ei slik forståing av sjukdom og lidning tek blant anna omsyn til at relasjonen mellom den hjelpetrengjande og hjelparen, kan vera vel så viktig som det ein gjer reint instrumentelt (3, 15). Dersom dei evidensbaserte, standardiserte, kostnadseffektive behandlingsprogramma vert dominerande, kan ein risikere at behandlingar som ikkje kan omtalast og argumenterast for i dette språket, taper terreng. Dette kan gå ut over dei som har lidingar som det ikkje fins standardisert medisinsk behandling for, dei kronisk sjuke, dei med samansette plager og dei døydande.

## Er evidenstenkinga kvinnefiendtleg?

Ein seier gjerne at kunnskap er makt, men all kunnskap har ikkje same makt. I den bedriftsøkonomiske helsetenkinga, er det den evidente, tradisjonelle mannskunnskapen som har størst makt. Rønning (16) har sett på konkurranseutsetting av heimesjukepleie og heimeteneste, og omtaler den bedriftsøkonomiske modellen som ein del av nymaskuliniseringa. I denne modellen vert omsorg avviki. Han meiner sjukepleiarar generelt har vore altfor aksepterrande ovanfor denne modellen. 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 ved hjelp av målbare prosedyrar (indikatorar). Dette er nødvendig for å organisera ei omsorgsteneste som er fleksibel og medmenneskeleg.

I tillegg til at mange hjelpe-

basert, marknadsekonomisk helsevesenet, kan eit slikt helsestell gjera kvardagen vanskelegare for pleiarar som arbeider på felt der det er vanskeleg å måle mengda og effekten av arbeidet, og der arbeidet er vanskelegare å avgrense, på grunn av dei etiske problemstillingane som oppstår i direkte møte med andre menneske si lidning. Det er ofte dei som står nærast pasientane som får den vanskelege oppgåva med å formidle konsekvensane av dei økonomiske og evidensbaserte avgjerslene som er tatt lenger oppe i hierarkiet (17). Kven er dette? Dette er ofte kvinner som arbeider som heimehjelper, hjelpepleiarar og sjukepleiarar. Kvinneforskar og sosiolog Kari Wærness har uttøtleg vist kva dilemma desse hjelparane står i, og den verdifulle erfaringsbaserte kunnskapen dei kan dokumentere (8,18). I evidenshierarkiet får denne kunnskapen bortimot 0 evidens. Det er ikkje slike erfaringane ein spør etter i utforminga av det evidensbaserte, marknadsekonomiske helsevesenet.

## Ei ny form for underordning?

I kvinnepolitisk samheng verkar det adekvat å spørje om evidenstenkinga er kvinnefiendtleg, av di denne tenkemåten nedvurderer mestparten av pleiekunnskapen. Mykje av denne kunnskapen lyt kommuniserast i eit sanseleg språk og i gjennomtenkte ordelag, langt borte frå statistikkar og tal (19,20). Ein kan vidare spørja om evidensforskinga er ei ny form for legeunderordning. Ein posisjon sjukepleiefaget i alle år har kjempa for å frigjera seg frå (21,22,23). Det er i alle høve slik at legeforskinga sine utprøvingar av ulike behandlingsformer ligg best til rette for å produsere resultat som gir høg evidens. Pleieforskinga er sjeldnare objektiv og kan sjeldnare generaliserast, og rangerer vanlegvis langt under den tradisjonelle legeforskinga i evidenshierarkiet.



Faksimile fra Sykepleien nr 15/04

## LITTERATUR

1. Nordvert MW, Hanssen TA, Lygren H, Wahl A. Metodisk mangfold. Tidsskr Sykepl 2004;15:62-63.
2. Martinsen K, Bøge J. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. Tidsskr sykepl 2004;13:58-61.
3. Eklund B-V. Evidensbasert praksis : snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø: Høgskolen i Tromsø: Eureka forlag, 2002.
4. Linden N, Vesterheim I. Kunnskap i handling. Spesialpedagogikk 2004;6:4-9.
5. Benner P, Rooker L, Tanner CA, Chesla CA. Expert-kunnskap i omvårdnad : omsorg, klinisk bedømming og etik. Lund: Studentlitteratur, 1999.
6. Molander B. Kunnskap i handling. Göteborg: Daidalos, 1993.
7. Olsen RH. Klok av erfaring? : om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
8. Wærness K. Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningsansvar. I: Ruyter, K.W. & Vellesen, A.J. (red.) Omsorgens tydelighet : egenart, historie og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.
9. Josefson I. Kunnskapens former: det reflekterade yrkeskunnandet. Stockholm: Carlssons, 1991.
10. Martinsen K. Sjønn - språk og distanse. Klinisk sykepleie 2004;18:2:51-57.
11. Johannessen BF. Lederskap, evidens og behandlingstenking Innen det psykiske helsevern. Working paper, Rokkan sentret 2004; Oktober.
12. Wad J. DRG-fokus styrer sykehuse: Bare kneoperasjoner i desember? Søkelys 2002;6:12-14.
13. Wad J. Tenk om noen hørte.... Søkelys 2002;6:14-15.
14. Martinsen K. Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. Tidsskr Sykepl 1991;2:2:11,29.
15. Ekeland T. Evidensbasert behandling: kvattetstikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999;36:1036-1047.
16. Hofstad E. Omsorg er blitt et aviki. Sykepleien 2004;17:34-35.
17. Vike H, Bakken R. Makt og demokrattutredningen 1998-2003. Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
18. Wærness K, Gough R, Isaksen LW. «Om industriell greilhet og omsorgsarbeidets egenart» I: Hvem er hjemme? : Essays om hverdagslivets sosiologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
19. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup : om etik og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano, 1993.
20. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
21. Nissen R. Lærebog i sykepleie for diakonisser. Kristiania: 1877.
22. Martinsen K. Frelidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905. Oslo: Aschehoug, 1984.
23. Schlotz A, Skaset M. Folkets helse - landets styre 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.