

BRITT-VIGDIS EKELI

# Evidensbasert praksis

Snublestein i arbeidet for bedre  
kvalitet i helsetjenesten?



Høgskolen i Tromsø  
EUREKA FORLAG





BRITT-VIGDIS EKELI

# **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

**SNUBLESTEIN I ARBEIDET FOR BEDRE  
KVALITET I HELSETJENESTEN?**

EUREKA 2/2002

1. opplag 2002  
Utgiver: Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø  
9293 Tromsø  
Sentralbord: 77 66 03 00  
Telefaks: 77 68 99 56  
E-post:eureka@hitos.no  
<http://www.hitos.no>

Layout: Lundblad Media AS, Tromsø  
Omslagdesign: Lundblad Media AS, Tromsø  
Trykk: Lundblad Media AS, Tromsø

Eureka nr 2/2002  
ISBN 82-7389-043-0  
ISSN 1502-8933

## Forord

Denne boken setter kritisk søkelys på evidensbasert praksis (EBP), et fenomen som i løpet av de siste 10 årene har vokst til en verdensomspennende bevegelse. Det startet innen medisin, som evidensbasert medisin (EBM), men har på kort tid vunnet innpass i de fleste helsefagene. Intensjonen med EBP er at vurderinger og handlinger i praksisfeltet i større grad skal baseres på ”sikker” kunnskap. Det vil si kunnskap som er utviklet gjennom forskning, fortrinnsvis i tråd med det biomedisinske vitenskapsidealet. For at forskningen skal bli lettere tilgjengelig er den ”beste” forskningen samlet i internasjonale databaser. Det er utviklet en rekke kriterier som skal sikre at de forskningsresultatene som innlemmes i basene er mest mulig objektive. Mye av litteraturen som er utviklet i forhold til evidensbasert praksis har karakter av veiledning i hvordan man kan få fatt i og anvende kunnskap fra denne forskningen. Man kan snakke om et kunnskapssystem for evidensbasert praksis (EBP-systemet).

Mitt engasjement i forhold til dette fenomenet kan føres tilbake til tre hendelser:

Våren 2000 skyllet EBP-bølgen over det norske fysioterapimiljøet gjennom en artikkelserie i fagbladet *Fysioterapeuten*. Her ble evidensbasert praksis presentert som det middelet som skal hjelpe fysioterapeuter til ”gyldig og oppdatert” kunnskap, og derved gjøre dem til bedre praktikere. Det ble lagt vekt på at fysioterapifaget gjennom forskning basert på prinsippene fra EBP-systemet blir bedre rustet til å møte økende krav om effektivitet, dokumentasjon og kvalitetssikring. ”Evidensbasert” ble oversatt til ”kunnskapsbasert”, uten drøfting av kunnskapsbegrepet eller klargjøring av hvilken kunnskap dette systemet er bærer av. Det var i det hele tatt sparsomt med refleksjon over forholdet mellom de idealene som styrer den forskningen som utgjør EBP-systemets kunnskapsbase, og de faglige utfordringene fysioterapeuter møter i praksisfeltet.

I februar 2000 var jeg tilstede på et møte i Medisinsk etisk forum på Universitetet i Tromsø. Her trakk filosofen Åge Wifstad opp tankevekkende perspektiver på hvordan den evidensbaserte medisinen kan virke inn på legens rolle og funksjon i fremtiden. Med utgangspunkt i EBM-ideologien skisserte han sine velbegrunnede scenarier under tittelen: ”Hva trenger vi leger til?”

I kjølvannet av EBP-bølgen som nådde de fysioterapeutiske kyster, ble det virvlet opp et rykte om at alle de norske fysioterapeututdanningene, unntatt den i Tromsø, hadde latt seg rive med, og sluttet seg til EBP-tankegangen. Som leder for den utdanningen, som underforstått ikke følger med i tiden, ble det viktig for meg å søke kunnskap om EBP og den kunnskaps- og forskningstradisjonen EBP-systemet er en del av. Gjennom dette arbeidet ble min skepsis til systemet styrket. De kritiske refleksjonene som kom ut av litteraturstudiene mine ble formidlet gjennom en serie på fire artikler som ble publisert i *Fysioterapeuten* høsten 2000. Intensjonen var å skape debatt om EBP i fysioterapimiljøet.

På bakgrunn av mange positive tilbakemeldinger og henvendelser om artiklene, har jeg samlet dem i denne boken. De er noe bearbeidet og utdypet. Boken kan derfor også ses som et innlegg i debatten. Jeg har valgt å tydeliggjøre dette ved å ta inn en forkortet

utgave av det motinnlegget som kom som reaksjon på artiklene mine. Svaret jeg ga er gjengitt i sin helhet.

Målgruppen for boken er mennesker som beskjeftiger seg med helsetjeneste og helsepersonellutdanning, samt de som driver forskning på de tiltakene helsetjenesten tilbyr sine brukere. Selv om eksemplene jeg bruker hovedsakelig er hentet fra medisin, fysioterapi og psykologi, er boken egnet for studenter og yrkesutøvere i alle helseprofesjoner som er opptatt av sammenhengen mellom kunnskap og praktisk yrkesutøvelse. Jeg håper at den kan bidra til å fremme refleksjon og debatt omkring fenomenet evidensbasert praksis, til beste for helsetjenestens brukere.

Arbeidet med å analysere EBP-systemet har vært utfordrende og spennende, men også frustrerende. Mye av inspirasjonen til å gjøre denne studien har jeg hentet i det daglige arbeidet på fysioterapeututdanningen, i et lærerfellesskap preget av kreativitet, støtte og gode faglige diskusjoner. En hjertelig takk til alle kollegene mine. En takk også til studentene, som på mange måter har representert en viktig motivasjonskilde. En spesiell takk til Eline Thornquist som har bidratt med konstruktive kommentarer og oppmuntrende "tilrop" underveis.

Tromsø 20.05.02

Britt-Vigids Ekeli

## Sammendrag

I løpet av de siste 10 årene har ”evidensbasert praksis” vokst fram som et begrep innen de fleste helsefagene. Argumentet for etableringen av dette begrepet, fulgt av et omfattende evidensbasert kunnskapssystem - The Cochrane Collaboration and Library - er at medisinsk og helsefaglig praksis i størst mulig grad må bygge på ”sikker” kunnskap. Det vil si kunnskap utviklet gjennom faktaorientert forskning. Pasientene/brukerne er ofte et sentralt element i argumentasjonen. ”Sikre bevis” skal erstatte erfaring som grunnlag for pasientrettete tiltak. Intensjonen er å etablere evidensbasert praksis som et styrende prinsipp for helsefaglig praksis og forskning.

I Norge blir evidensbasert ofte oversatt med ”kunnskapsbasert”, uten noen nærmere klargjøring av hvilken kunnskapsforståelse systemet bygger på og er bærer av. Denne boken presenterer en studie av det kunnskapsidealet som ligger til grunn for evidensbasert praksis. Med utgangspunkt i litteratur om evidensbasert medisin, som var startstedet for den evidensbaserte ”bevegelsen”, gjør jeg en kunnskapsteoretisk analyse av de premissene som systemet, mer implisitt enn eksplisitt bygger på og genererer. Funnene fra denne studien vurderes i forhold til argumentasjonen for innføringen av det evidensbaserte kunnskapssystemet i medisinsk og helsefaglig praksis.

Jeg ender opp med å sette kritisk søkelys på den kunnskapsforståelsen som det evidensbaserte systemet bygger på, og på sammenhengen mellom den kunnskapen det formidler og den innsikt og kompetanse som trengs for å løse helseproblemer som mennesker i dag sliter med. Dette eksemplifiseres med en sammenlignende analyse av et av kriteriene for den forskningen som aksepteres i Cochrane-systemet, og allmennlevers forståelse og diagnostisering av pasienter med kroniske muskelsmerter.

Den evidensbaserte litteraturen har i stor grad preg av å være veiledning i bruk av det evidensbaserte kunnskapssystemet i praksis. Det ser ut til at fagmiljøene i helsetjenesten har vært mer opptatt av å lære seg å bruke systemet enn å reflektere over hva det vil innebære å drive evidensbasert praksis etter disse retningslinjene. Kort sagt har det, så vidt jeg kjenner til, hevet seg få kritiske røster mot evidensbasert praksis her i landet. Derfor var det viktig for meg å få formidlet resultatene av studien min av det evidensbaserte systemet så raskt som mulig. Dette ble gjort i en artikkelserie i fagbladet *Fysioterapeuten* i 2000. Reaksjonene uteble ikke. Synspunktene mine ble imøtegått av representanter fra det evidensbaserte miljøet. For å understreke at intensjonene med denne boken er å stimulere til videre refleksjon og debatt om fenomenet ”evidensbasert praksis” presenterer jeg motinnlegget og mitt svar på det i slutten av boken.

# Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	5
Innhold.....	6
Innledning.....	8
Problemstillinger.....	9
<b>Kapittel 1: PÅ JAKT ETTER "EVIDENSEN"</b> .....	11
Det evidensbaserte kunnskapssystemet.....	11
Begrunnelsen for å introdusere EBP i norsk fysioterapi.....	13
Bakgrunnen for evidensbasert medisin.....	14
Medisinenes filosofiske grunnlag.....	16
Etablering av "gullstandarden".....	17
"Fakta".....	20
<b>Kapittel 2: DEN MEDISINSKE VITENSKAPENS VIRKELIGHET</b> .....	21
Virkelighetsforståelse.....	21
Mennesket i ulike virkeligheter.....	22
Etablering av den medisinske vitenskapens virkelighet.....	23
<b>Kapittel 3: PRAKSISFELTETS VIRKELIGHET</b> .....	26
Fibromyalgi prosjektet.....	26
De usynlige smertene.....	27
Dokumentasjon i praksisfeltet.....	28
Diagnosen.....	29
Problemforståelse - behandling.....	30
"Det viser seg at det fins ikke objektive kriterier i klinisk praksis".....	32
Medisin og samfunn.....	33
<b>Kapittel 4: MEDISINEN - ET FAG I STRID MED SEG SELV?</b> .....	34
Evidensbasert medisin som brobygger.....	35
Diagnostisering på EBM vis.....	37
Om praksis, EBM og brobygging.....	39



<b>Kapittel 5: VITENSKAPELIGHET – PROFESJONALITET – KLINISK SKJØNN..</b>	42
Medisinsk vitenskap i lys av Kuhns teorier .....	42
EBM som konserveringsmiddel?.....	43
Fra profesjonell utøver til teknikker?.....	45
Evidensbasert medisin versus klinisk skjønn?.....	46
Vitenskap og praksis.....	47
<b>Kapittel 6: FYSIOTERAPI – ET FAG FOR FRAMTIDEN.....</b>	50
Bakstrevensk eller framsynt?.....	52
<b>Kapittel 7: FRA DEBATTEN OM EVIDENSBASERT .....</b>	53
<b>PRAKSIS I FYSIOTERAPI.....</b>	53
”KUNNSKAPSBASERT FYSIOTERAPI TILHØRER FREMTIDEN”.....	53
”DET VOKSER IKKE PÆRER PÅ EPLETRÆR”.....	55
Innledning .....	55
Hva er evidensbasert praksis?.....	56
Kunnskap i EBP-systemet .....	57
Erfaring og forskning.....	59
EBP og klinisk skjønn.....	60
”Kjernespørsmålene” .....	60
Virkelighet og kunnskap .....	61
Menneske – fysioterapi/medisin – kunnskap.....	62
Brukeren – mennesket.....	64
Kunnskap i fysioterapi .....	65
Fysioterapi – et fag for fremtiden .....	66
Til ettertanke .....	67
<b>REFERANSER .....</b>	70

## Innledning

Den bølgen av evidensbasert praksis som skyllet over det norske fysioterapimiljøet startet i 1992 i Canada blant en gruppe leger ledet av Gordon Guyatt ved McMaster University (Sackett m.fl.2000:3). Evidensbasert medisin (EBM)<sup>1</sup> som konseptet da ble kalt, vokste fram ut fra et tredimensjonalt rasjonale: For det første: Leger i klinisk arbeid trenger valid informasjon om diagnoser, prognoser, terapi og forebygging. De tradisjonelle informasjonskildene, som bøker og eksperter, er ikke gode nok. De er ikke oppdaterte. Dessuten er bøker ineffektive fordi de er for omfattende. For det andre: De vurderinger leger gjør i praksis er hovedsakelig basert på erfaring, ikke på funn fra den nyeste medisinske forskningen. Dermed blir det en økende avstand mellom de erfaringsbaserte vurderingene som leger gjør i praksis og den kunnskapen som forskningen frembringer. For det tredje: Leger i klinisk arbeid har det travelt, med liten tid til hver pasient. De kan vanskelig sette av mer enn en halv time pr uke til faglig lesning. Derfor trenger de et tidsbesparende system for faglig "oppdatering" (ibid), "... a brief, efficient screening method that allows them to determine whether the information is valid and applicable to their practice" (Miser 1999: 41). EBM-systemet skal være skreddersydd til dette. Det tilbyr effektive strategier for kunnskapssøkning og presenterer systematiske oversiktsartikler over primærforskning innen ulike felt. For å sikre at forskningen som innlemmes i systemet er av høy vitenskapelig standard er det utviklet omfattende sett av kriterier som de enkelte forskningsrapportene og artiklene vurderes i forhold til.

Som nevnt i forordet ble evidensbasert praksis (EBP) introdusert i det norske fysioterapimiljøet gjennom en serie artikler i tidsskriftet til Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF), *Fysioterapeuten* under navnet "kunnskapsbasert fysioterapi" (Jamtvedt og Røsberg 1999, Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000, Hilde, Jamtvedt 2000, Jamtvedt, Hilde, Nordheim 2000, Jamtvedt, Hilde 2000a, b, c, Jamtvedt, Glenton, Hilde 2000). De to mest sentrale artikkelforfatterne, Gro Jamtvedt og Gunvor Hilde, er begge er fysioterapeuter, og var ansatt ved Statens institutt for folkehelse, Seksjon for helsetjenesteforskning, da de skrev artiklene.

Utgangspunktet for artikkelserien, som også fungerer som legitimering av behovet for å innføre EBP i fysioterapi, er en undersøkelse Jamtvedt og Røsberg har gjort blant 453 tilfeldig utvalgte medlemmer av NFF. Hensikten med studien var å kartlegge fysioterapeuters "...lesevaner med hensyn til vitenskapelig litteratur og hvilke kilder som begrunner deres valg av tiltak" (Jamtvedt, Røsberg 1999: 11). Resultatet viser at flertallet av fysioterapeutene baserer seg på det de lærte i grunnutdanningen, egen erfaring, etter- og videreutdanning og råd fra kolleger. Selv om mange har tilgang til flere faglige tidsskrift, leser de få artikler.

---

<sup>1</sup> Evidensbasert praksis (EBP) og evidensbasert medisin (EBM) blir stort sett brukt som synonyme begreper i dette kompendiet. Den eneste forskjellen er at EBP er mer generelt og omfatter alle helseprofesjonene. EBM brukes hovedsakelig der det refereres direkte til det medisinske fagfeltet.

Undersøkelsen var motivert ut fra det presset forfatterne mener at fysioterapifaget står under: Den raske kunnskapsutviklingen, behovet for å holde seg faglig oppdatert til enhver tid, kravet om å dokumentere effekt av behandling, og at fysioterapeuter i økende grad får pasienter og brukere som er godt informert om sykdom og tiltak, og vil være med å bestemme egen behandling (ibid).

Allerede i artikkelens innledning skisseres bruk av ”god forskning”, slik den formidles av EBP-systemet, som et egnet middel til å møte disse utfordringene. Artikkelen avslutter med å påpeke ”Utdanningsinstitusjonenes og NFFs ansvar for å formidle teoretisk og praktisk kunnskap som så langt det er mulig er grunnet i ”evidence” (Ibid: 16).

Hovedbudskapet i artikkelserien er at fysioterapeuter i større grad bør bruke forskning som kunnskapskilde for vurderinger og handlinger i praksis, og at det evidensbaserte kunnskapssystemet er skreddersydd for å realisere denne intensjonen. De påfølgende artiklene gjengir retningslinjer som beskriver de fem stegene i EBP-systemet - de som skal lede fram mot den evidensbaserte praksisen: Riktig spørsmålstilling for å innhente relevant kunnskap, innhenting av kunnskap, kritisk vurdering av kunnskap, anvendelse av ”god kunnskap” og evaluering av praksis.

## **Problemstillinger**

Umiddelbart virker presentasjonen av EBP-systemet og begrunnelsene for å innføre det i fysioterapifaglig praksis og forskning tilforlidelige, ja nesten overbevisende. Det at ”Evidence-Based Practice” blir oversatt til ”kunnskapsbasert fysioterapi” gjør det enda vanskeligere å stille spørsmål ved det evidensbaserte kunnskapssystemet. Hvem kan tvile på behovet for å forankre fysioterapipraksis i en solid kunnskapsbasis? Løftet om at systemet også formidler kunnskap som er utviklet gjennom den ”nyeste og beste forskningen”, bør overflødiggjøre ethvert spørsmål om dets berettigelse og gyldighet. Allikevel drister jeg meg til å gjøre nettopp det.

Hvor er begrunnelsene for at det er i EBP-systemet vi finner grunnlaget for bedre dokumentasjon av fysioterapi? Er det gitt at det er EBP-kunnskapen som gir den beste basis for en mer vitenskapelig forankring av fysioterapifaget? Hvilken kunnskap er det egentlig som formidles i EBP-systemet? Hvordan kan man oversette ”evidensbasert” til ”kunnskapsbasert” uten å gjøre rede for kunnskapsbegrepet? Brukerperspektivet er sentralt i begrunnelsen for innføringen av EBP. Men, hvor er dokumentasjonen for at det er ved å benytte prinsippene fra EBP-konseptet at fysioterapeuter utvikler et best mulig tilbud til pasienter/brukere?

Hensikten med denne boken er å prøve å besvare noen av disse spørsmålene. Det vil jeg gjøre ved først å søke etter ”evidensen” for at EBP er det middelet som skal til for å kvalitetssikre praksis. Jeg starter med å vurdere det rasjonale som EBP bygger på. Deretter analyserer jeg det som oppgis å være røttene til EBP, dens filosofiske grunnlag. I andre kapittel ser jeg nærmere på den medisinsk-vitenskapelige virkeligheten og i det tredje på den virkeligheten hvor allmennpraktiserende leger møter mennesker med sammensatte helseproblemer. I det fjerde kapitlet fokuserer jeg på forholdet mellom

disse to virkelighetene, og analyserer det ”salgsargumentet” som fremføres av EBP-forkjemperne, nemlig at EBP-systemet skal fungere som en brobygger mellom medisinsk vitenskap og praksis (Sackett m.f. 1997, Jamtvedt m.fl.2000a, Berg 1998). I kapittel fem vurderer jeg medisinsk vitenskap i lys av Kuhns teorier, og trekker begrepene ”klinisk skjønn” og ”profesjonalitet” inn i analysen. Det sjette kapitlet setter fokus på forholdet mellom EBP og fysioterapi. I det siste kapitlet synliggjør jeg en del av den debatten denne boken inngår i ved å formidle to debattinnlegg. Det ene er en kortversjon av mine opponenterers kronikk (Jamtvedt og Hilde 2001) der de imøtegår mine synspunkter. Det andre er svaret mitt på denne kronikken. Sistnevnte kan også ses som en oppsummering av mine synspunkter i forhold til EBP-systemet, i en noe skjerpet form.

## Kapittel 1

# PÅ JAKT ETTER "EVIDENSEN"

Evidensbasert praksis har i løpet av kort tid blitt et verdensomspennende kunnskapssystem som har vunnet gjennomslag i store deler av det medisinske miljøet. I 1992, det året begrepet ble introdusert, ble det publisert **en** artikkel om EBM, i 1998 rundt **ett tusen** (Sackett m.fl. 2000: 2). EBM blir markedsført som et system som skal sikre bedre behandlingstilbud til pasienter og brukere, samtidig som det øker kostnadseffektiviteten innen helsetjenesten (Sackett m.fl. 1997, Gray 1997, Levi 1998). Her i landet har Statens institutt for folkehelse, Folkehelsa, gjort seg til megafon for EBP-systemet (Nylund 1999: 8), og Jamtvedt og Hilde m.fl. har som nevnt, brakt budskapet til fysioterapimiljøet. Målet er at beslutningsprosesser i praksisfeltet i større grad skal baseres på "relevante og gyldige forskningsresultater". Men hvor er "evidensen" for at EBP gjør helsetilbudet bedre for pasientene/brukerne? Før jeg starter jakten vil jeg kort presentere EBP-systemet.

## Det evidensbaserte kunnskapssystemet

Bærebjelken i det evidensbaserte systemet er The Chocrane Collaboration. Dette er et internasjonalt system av grupper, hovedsakelig med medisinerne - klinikere og forskere "dedicated to preparing and maintaining systematic reviews of the effect of health care" (Fullerton-Smith 1995: 7). Gruppene er organisatorisk knyttet til Cochrane sentre som er spredt over hele verden. De går igjennom og vurderer alle nye forskningsresultater innen ulike medisinske felt, som publiseres i ca 60 nærmere angitte internasjonale medisinske tidsskrift (McKibborn m.fl. 1996).<sup>2</sup> Sammen med et anbefalingsbrev fra nærmeste senter sender gruppene "reviews" av artikler til et internasjonalt panel. Intensjonen er å sammenfatte resultater fra undersøkelser som kan betraktes som evidens.

This process promotes high scientific standards, avoid duplication, ensures the Collaborative Review groups are both multidisciplinary<sup>3</sup> and international" (Fullerton-Smith 1995: 7).

---

<sup>2</sup> Tidsskriftene er satt opp i en prioritert liste basert på i hvor stor grad de inneholder artikler som oppfyller EBM-kriteriene. Listen er delt i to kategorier "core journals" og "journals for continuing reviews". Sistnevnte er gjenstand for en fortløpende vurdering av om de "fortjener" plassen på listen "... based on the relative performance of each journal according to the ... Criteria for Review and Selection for Abstracting" (Haynes, m.fl. 1998: 162)

<sup>3</sup> Med multidisciplinary menes i denne sammenhengen mest sannsynlig leger som representerer ulike spesialiteter

... by selecting from the biomedical literature those original and review articles whose results are most likely to be both true and useful. These articles are summarised in value added abstracts and commented on by clinical experts (Haynes m.fl. 1998: 162)

Kriteriene for utvelgelse av de undersøkelsene som tas inn i systemet, er det som beskrives som "den metodiske gullstandarden" innen medisinsk forskning:

Because the randomized trial, and especially the systematic review of several randomized trials, is so much more likely to inform us and so much less likely to mislead us, it has become the "gold standard" for judging whether a treatment does more good than harm (Sackett m.fl. 1997: 5).

I følge prosedyren skal man a) ut fra gitte kriterier finne frem til de beste original- og oversiktsartiklene om årsak, forløp, diagnose, forebygging, behandling, omsorgskvalitet og økonomi knyttet til helseproblemer innen syv nærmere angitte medisinske spesialist felt. b) De utvalgte artiklene gis "declarative titles" og oppsummeres ved hjelp av "abstracts" som beskriver hensikt, metode og resultat. c) Abstractene utstyres med "...brief, highly expert commentaries to place each of these summaries in its proper clinical health care context". d) Til slutt skal artiklene spres på en hensiktsmessig måte ("timely fashion") til klinikere på alle nivå. De ni kriteriene for "...review and selection for Abstracting" gir detaljert anvisning av hva man skal legge vekt på ved vurdering av artiklene, avhengig av om det dreier seg om forebygging og behandling, diagnoser, prognose, årsak eller "quality improvement and continuing education" (Haynes m.fl.: 163). I kapittel 3 vil jeg se nærmere på et av disse kriteriene og vurdere det i forhold til praksisfeltets empiri.

Oppsummert: The Cochrane Collaboration er et verdensomspennende nettverk av sentre og forskergrupper. Den viktigste oppgaven til organisasjonen er å vurdere hvilke medisinske forskningsrapporter og artikler som presenterer de mest sannferdige og brukbare resultatene. Utvelgelsen av artikler som kan presenteres i EBM-systemets review-artikler skjer etter strenge prosedyrer og kriterier som skal "sikre" vitenskapeligheten.

Umiddelbart virker det besnærende å få tilgang til et fikt ferdig kunnskapssystem som kan bidra til å gjøre fysioterapipraksis bedre. Et system som presenterer "kvalitetssikret", "gyldig" og "anvendbar" kunnskap gjennom oversiktsartikler basert på den "nyeste og beste" forskningen. Men - hva menes med vitenskapelig kvalitet i denne sammenhengen? Er det gitt at det er samsvar mellom den kunnskapen som fyller vitenskapelige kvalitetskrav og den som er relevant, brukbar og gyldig i forhold til klinisk praksis? Vil det å sile artikler gjennom diverse filtre av ekspertgrupper innen ulike medisinske områder sikre at man står igjen med de forskningsresultatene som praksisfeltet har bruk for?

Hvor er "evidensen" for at det er denne kunnskapen som gjør oss til bedre fysioterapeuter eller leger? Det er ikke vanskelig å være enig i at forskning er viktig, men er det gitt hvilken type forskning som utvikler den mest relevante kunnskapen for praksisfeltet? Er forskningen som presenteres gjennom det evidensbaserte systemet pr definisjon gyldig?

Slik jeg ser det, er det umulig å svare på disse spørsmålene uten å vite mer om bakgrunnen for EBP-systemet, og hvilken kunnskap det representer.

## **Begrunnelsen for å introdusere EBP i norsk fysioterapi.**

Det første sporet jeg velger å følge i jakten på ”evidensen” er det som Jamtvedt og Røsberg legger ut i sin artikkel om norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjons-flommen (Jamtvedt, Røsberg 1999). Slik jeg forstår det, representerer materialet fra denne studien en viktig begrunnelse for å satse på ”kunnskapsbasert fysioterapi” som et middel for å bedre kvaliteten på fysioterapipraksis. Undersøkelsen er, som nevnt i innledningen, en kartlegging av fysioterapeuters lesevaner i forhold til faglig litteratur. Resultatet viser at de 453 som svarte på spørreskjema hadde lest gjennomsnittelig 27 faglige artikler i løpet av de siste seks månedene. De fleste av disse var publisert i *Fysioterapeuten* og tidsskriftene til NFF’s faggrupper. På spørsmål om hvilke kunnskapskilder de begrunner sine handlingsvalg i praksis ut i fra, svarte de fleste fysioterapeutene: Grunnutdanningen, dernest kom egen erfaring og etter- og videreutdanning. Råd fra forskningsartikler ble bare i liten grad rapportert som kilde, til tross for at de fleste fysioterapeutene hadde tilgang til flere fagtidsskrift. Jamtvedt og Røsberg konkluderer studien på følgende måte:

Over halvparten av fysioterapeutene rapporterte at de sjelden eller aldri hadde problemer med å få tak i informasjon i faglige spørsmål. Dette avspeiler at mange fysioterapeuter er trygge i sin fagutøvelse. ... Det at over 50 prosent av fysioterapeutene rapporterer å sjelden eller aldri ha problemer med å få tak i faglig informasjon, kan tolkes som at fagutøvelsen baseres på rutine eller at mange klinikere kun benytter erfaring og skjønn og synes fornøyde med det (ibid: 14-15).

Jeg stusser litt over de tolkningene av funnene som presenteres her. Men jeg har enda større problemer med å skjønne at materialet i studien kan gi grunnlag for å trekke følgende konklusjon:

Brukerperspektivet står sentralt i dagens helsevesen. Det innebærer blant annet at brukerne har krav på den beste, mest effektive fysioterapibehandling. Utøvelsen av ”evidens-” eller kunnskapsbasert fysioterapipraksis forutsetter at kunnskap fra relevant forskning av god kvalitet i større grad integreres i beslutningsprosessen. Denne kunnskapen må erstatte tro, autoritet og sterke meninger. (ibid: 16)

Hvordan kan man ut fra en undersøkelse om fysioterapeuters faglige lesevaner og deres begrunnelse for egen praksis trekke en konklusjon om hva fysioterapeuter **bør** lese for å bli bedre praktikere? Slik jeg ser det, har forfatterne lagt inn en del skjulte premisser for å komme frem til en slik konklusjon. Med andre ord, de trekker slutninger som går utover det forskningsmaterialet gir grunnlag for. Det svekker studiens gyldighet. De implisitte premissene er, slik jeg ser det, for det første at fysioterapeuter som ikke holder seg oppdatert om nyere forskning gjør en tvilsom jobb i forhold til pasienter/brukere. For det andre at bruk av forskningsbasert fysioterapi vil gi mer dokumentert behandlingseffekt. For det tredje at det evidensbaserte kunnskapssystemet formidler den type kunnskap som skal til for å imøtekomme de to første premissene.

Hvordan kan man hevde at EBP viser veien til en bedre praksis uten å ha sett nærmere på fysioterapipraksis og gjort en analyse av hvor det eventuelt svikter? En studie av fagutøvelsen i alle dens varianter ville vært bedre egnet til å dokumentere hvilke kunnskaps- og kompetansebehov som må dekkes for å gi pasienter/brukere et bedre fysioterapi tilbud. Det samme ville for eksempel en sammenlignende studie av behandlingsresultat og pasienters tilfredshet hos fysioterapeuter som henholdsvis driver og ikke driver EBP. Mitt poeng er at studien til Jamtvedt og Røsberg ikke gir et troverdig grunnlag for å hevde at EBP er det som skal til for å gi brukerne den beste og mest effektive fysioterapibehandlingen.

Det er sikkert riktig, både at fysioterapipraksis kan bli bedre og at fysioterapeuter trenger å styrke den teoretiske forankringen av praksis - men hvor er dokumentasjonen for sammenhengen mellom bruk av EBP-systemet og kvaliteten på praksis? Med andre ord - jeg synes ikke at jeg gjennom denne undersøkelsen har fått god nok evidens for at EBP vil kunne bidra til kvalitetsheving av fysioterapipraksis.

I sitatet ovenfor blir det gjort et poeng av at kunnskap fra relevant forskning av god kvalitet må erstatte "... tro, autoritet og sterke meninger" i den fysioterapifaglige beslutningsprosessen. Etter min vurdering er ideen om EBP nettopp basert på dette: **Troen** på at det er i resultatene fra nyere forskning at fysioterapeuter finner det sikreste grunnlaget for god praksis. Det evidensbaserte systemet tillegges **autoritet** fordi det formidler forskningsresultater som er fremkommet ved forsøk som er gjennomført i tråd med medisinsk forsknings "gullstandard", det randomiserte kontrollerte forsøket. Derfor har man **sterke meninger** om at "kunnskapsbasert fysioterapi" er et potent middel til å løse fysioterapifagets dokumentasjonsproblem og gi pasientene et bedre tilbud.

Oppsummert: EBP blir introdusert i fysioterapifaget på grunnlag av en undersøkelse som viser at et utvalg av norske fysioterapeuter i liten grad baserer sin praksis på informasjon fra forskningsartikler, til tross for god tilgang på flere fagtidsskrift. Studien konkluderer med at fysioterapeuter synes å være fornøyde med å benytte erfaring, rutine og skjønn i fagutøvelsen. Uten å ha undersøkt hvordan denne fagutøvelsen virker i forhold til brukerne, argumenterer forskerne for at disse vil få et bedre tilbud gjennom EBP. De gir ingen nærmere dokumentasjon for EBP's kvalitetsfremmende egenskaper. Slik jeg vurderer det er ikke dette godt nok som evidens for innføring av EBP som overordnet ideal i fysioterapi. For et system hvis varemerke er å formidle evidens som kan bedre helsefaglig praksis, bør man kunne forvente at det framlegges dokumentasjon for at EBP gjør nettopp det - eller i det minste en mer troverdig argumentasjon. Søket fortsetter derfor.

## **Bakgrunnen for evidensbasert medisin**

Neste spor i jakten på "evidensen" for EBP-systemet's praksisforbedrende potensial finner jeg ved å gå til kilden, den evidensbaserte medisinen (EBM). I løpet av det siste 10-året har det som nevnt kommet en anselig mengde bøker og artikler om dette emnet, inkludert to egne tidsskrift. Det ene av disse "Evidence-Based Medicine" inngår i kildematerialet mitt. Allikevel er det boken "Evidence-based Medicine. How to Practice



& Teach EBM” (Sackett, Richardson, Rosenberg, Haynes 1997) som utgjør hovedkilden. Jeg har valgt denne boken fordi den så ofte refereres når det er snakk om EBM. Disse forfatterne er også sentrale referanser i EBP-artiklene til Jamtvedt og Hilde og deres medforfattere.

Det som særpreger EBM-litteraturen er, som nevnt, at den i stor grad har karakter av å være veiledning i hvordan man kan bruke EBM innen ulike medisinske spesialdisipliner, og helsefag som for eksempel fysioterapi og sykepleie. Det er vanskeligere å finne en eksplisitt teoriforankret eller vitenskapelig begrunnelse for hvorfor EBM har så stor relevans og gyldighet i forhold til kvaliteten på klinisk praksis. Sackett og hans medforfattere nevner to forhold som indikerer hvilket grunnlag EBM er bygget på. Det første er forfatternes egne erfaringer som leger og forskere, det andre det filosofiske grunnlaget EBM er forankret i (ibid). I dette avsnittet konsentrerer jeg meg om førstnevnte.

I forordet til ”Evidence-based Medicine. How to Practice & Teach EBM” presenterer alle forfatterne sine begrunnelser for å være med å utvikle og skrive om EBM: Allerede på 1960-tallet oppdaget Sackett at epidemiologi og biostatistikk kunne gjøres relevant for klinisk praksis. Cirka tjue år senere ble han bevisst på hvordan basale elementer fra disse fagområdene kan styrke den kritiske vurderingsevnen hans og omsettes i kliniske handlinger. Richardson ble under sin praksis i studietiden oppfordret av en lærer til å lese en artikkel for å finne ut hva han skulle gjøre med en pasient. Rosenberg forteller at han hadde vansker med å bestemme hva som var de mest sentrale spørsmålene i kompliserte kliniske problemstillinger. Det var heller ikke så lett å omsette forskningsresultater han leste om, til individuell pasientbehandling. I EBM fant han det rammerverket han trengte for å kunne bruke forskningsresultater i klinisk praksis. Haynes ble opptatt av forholdet mellom evidens og praksis i andre året på legestudiet etter å ha hørt en forelesning om Freuds teorier. Foreleseren kunne ikke legge fram bevis for at disse teoriene var korrekte. Denne opplevelsen førte til at Haynes valgte en karriere hvor han kombinerer praksis og forskning i klinisk epidemiologi for selv å finne evidens - bare for å oppdage at evidensen ikke kom til nytte i praksisfeltet slik den burde (ibid: vi-ix).

Når jeg velger å bruke så pass mye plass på å videreformidle erfaringene til disse forfatterne, er det fordi at jeg oppfatter dem som sentrale i utviklingen av EBM. De representerer derfor et viktig spor i søket etter ”evidensen”. I et slikt perspektiv er det interessant å registrere hvor stor vekt de legger på å fortelle sine personlige historier, og at det er i sine egne erfaringer de forankrer overbevisningen om at EBM kan bidra til bedre klinisk praksis. Slik historiene blir fortalt, og det at de fungerer som begrunnelse for EBM, gjør at de får karakter av vitnesbyrd. I Bokmålsordboken (Landro, Wangenstein (red.) 1988: 680) blir begrepet ”vitnesbyrd” beskrevet som ”bekjennelse fra troende”. Dette stemmer dårlig overens med ideen om sikrest mulig evidens. Men heller ikke Sackett, Richardson, Rosenberg og Haynes dokumenterer sammenhengen mellom EBM og bedre klinisk praksis på en mer vitenskapelig måte, slik jeg ser det. I et intervju som Nylund hadde med Jamtvedt og Røsberg (Nylund 1999) gjør de et poeng av at EBP må erstatte tro og erfaring. Så langt virker det tvert i mot som om tro og erfaring utgjør en viktig del av fundamentet for EMB.

Vi står dermed overfor det paradokset at et system som har som mål å formidle det ypperste av medisinsk forskning, gjennomført etter de strengeste metodiske kriterier, selv er etablert på et grunnlag av tro og erfaring. Hvis EBM er ment å fungere som et metasystem for klinisk praksis, er det underlig at man ikke legger de samme strenge dokumentasjonskravene til grunn for det. Slik jeg ser det, innfører man altså et verdensomspennende kunnskaps- og kunnskapsformidlingsystem som vil kunne få en enorm betydning for mange pasienter - uten å undersøke hvilken effekt det vil ha. Det virker for utrolig - for selvmotsigende. Til tross for det, synes EMB ikke bare å få innpass, men å bli mottatt som det middelet som endelig skal sikre at klinisk praksis i størst mulig grad blir basert på "sikker kunnskap".

Hvis det altså ikke anses som nødvendig å dokumentere EMB's kvalitetsforbedrende virkninger, kan det bety at man tillegger den kunnskapen som formidles gjennom systemet en apriorisk status? Det vil si at man på rent fornuftmessig grunnlag kan slutte at denne kunnskapen er gyldig, uten å behøve å dokumentere den gjennom empiri eller forskning. Da har vi i tilfelle å gjøre med en type kunnskap som pr definisjon, i kraft av sin karakter eller måten den er utviklet på, vurderes som gyldig. Ved nærmere ettertanke er vel dette allerede bekreftet gjennom den stadige henvisningen til "gullstandarden" i EBM-litteraturen. Jeg vil derfor se nærmere på grunnlaget for utviklingen av denne standarden.

## **Medisinenes filosofiske grunnlag**

I den første setningen av introduksjonskapitlet til "Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM" finner jeg neste spor i jakten på "evidensen":

Evidence-based medicine, whose philosophical origins extend back to mid-19th century Paris and earlier, is the conscientious explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individual patients (Sackett m.fl.1997: 2).

I en bisetning blir vi henvist til å finne EBM's filosofiske røtter i det som hendte i Paris i første halvdel av 1800-tallet. Seks sider senere får vi vite at det er arbeidene til Louis, Bichat og Magendie forfatterne her sikter til. Dette er tre leger som på hver sin måte var med å forandre medisinen. Bichat (1771-1802) er kjent for sitt arbeid med patologisk anatomi og sin vevslære. Magendie (1783-1855) var opptatt av eksperimentell fysiologi, og Louis (1787-1872) begynte å bruke kontrollgrupper og statistisk metode innen legevitenskapen (Gotfredsen 1973, Margotta 1996, Nilsson, Peterson 1998).

Når Sackett og hans medforfattere kaller disse legenes arbeid for EBM's "philosophical origin" viser det to ting. For det første at de etablerte den omtalte gullstandarden som har blitt et mønster for all senere kunnskapsutvikling innen medisin. For det andre indikerer det en, i dobbelt forstand, snever forståelse av filosofibegepet. Med det mener jeg at "filosofi" her bare henviser til idegrunnlaget for medisinen selv. I moderne tid er filosofi vanligvis forstått som en metavitenskap. Det vil si at den filosofiske teorien klarlegger og drøfter grunnprinsipper som er felles for alle vitenskaper. Fra et overordnet perspektiv setter filosofien, i sistnevnte betydning, søkelys på de enkelte fagvitenskapene. Filosofisk teori gjør det dermed mulig å vurdere sammenhengen

mellom den delen av virkeligheten som hver enkelt vitenskap beskjeftiger seg med, og den metodikk som benyttes for å utvikle mest mulig gyldig kunnskap om denne delen av virkeligheten.

Dermed er jeg ved den andre sneverheten, det at man, når man snakker om "the philosophical origin", bare fokuserer på **metoden** for den medisinske kunnskapsutviklingen, uten å filosofere over de fenomener eller det feltet metoden skal utvikle kunnskap om. Sackett & co bruker altså ikke filosofibegrepet for å si noe om medisinsens virkelighetsforståelse eller drøfte dens metodikk i en vitenskapsteoretisk sammenheng. For dem er det nok å vise til at Bichat, Magendie og Louis gjennom sine arbeider satte standard for all senere medisinsk forskning, uten å vurdere hvilken del av virkeligheten som utforskes ved hjelp av denne gullstandarden, og hvor gyldig det som måles ved hjelp av standarden er for denne virkeligheten.

Til tross for disse innvendingene mot den måten Sackett m.fl. bruker filosofibegrepet på, blir det på et annet plan svært meningsfullt **at** de bruker det. Slik jeg ser det, skapte de tre legene ikke bare en metodisk standard for den medisinske forskningen vi kjenner i dag, de la også grunnlaget for fagets identitet og selvforståelse. Gjennom sin måte å arbeide på skapte de normen for vitenskapelighet innen den medisinske kulturen. Eller kanskje riktigere - de var med å skape denne kulturen. Normen er eksplisitt og implisitt overført fra generasjon til generasjon av leger og forskere som en "naturlig" måte å tenke og handle på. Derfor vil jeg i det følgende presentere noen sentrale trekk ved Bichat, Magendie og Louis' arbeid.

## **Etablering av "gullstandarden"**

Døden, blikket og stedet, - dette er min kortversjon av Bichats metodiske tilnærming. Målet for arbeidet hans var å få mest mulig sikker kunnskap om sykdom og sykdomsprosesser. Foucault, som i "The Birth of the Clinic" (Foucault [1973] 1993) har skrevet om hvordan den moderne medisinen oppsto, legger vekt på at legevitenskapen skiftet retning med Bichat. Tidligere var legens vurdering av pasientens sykdom og prognose basert på kunnskap innsamlet ved sykesengen.<sup>4</sup> De observerte den syke og sammenlignet det de så med liknende tilfeller de hadde sett tidligere, eller hørt om fra kolleger. Ved å se etter samsvar og mønstre i symptombildene kunne de gjøre vurderinger om sykdomsutvikling og behov for behandling.

For Bichat var ikke dette godt nok. Han var ute etter mer sikker kunnskap om sykdom. I begynnelsen av 1800-tallet ble det lettet på de religiøse restriksjonene med hensyn til obduksjon av døde mennesker. Det ble Bichats mulighet. Han utførte mer enn 600 obduksjoner, og kunne ved selvsyn konstatere synlige sykdomsforandringer i organer og vev - det endelige "beviset" på tilstedeværelse av sykdom.

This structure, in which space, language, and death are articulated – what is known, in fact, as the anatomico-clinical method – constitutes the historical condition of a medi-

---

<sup>4</sup> Herav begrepet klinikk, - fra det greske ordet «kline» som betyr seng.

cine that is given and accepted as positive. Positive here should be taken in the strong sense. Disease breaks away from the metaphysic of evil, and it finds in the visibility of death the full form in which its content appears in positive terms. .... It is when death became the concrete a priori of medical experience that death could detach itself from counter-nature and become embodied in the living bodies of individuals (Foucault [1973] 1993: 196).

Bichat nøyde seg ikke med å se på organer. Han identifiserte 21 ulike typer vev, og kunne vise hvordan sykdom forandret samme type vev, selv om det var lokalisert i ulike organer. Fra nå av ble derfor vevet regnet som den grunnleggende anatomiske enheten. (ibid: 131-146, Encyclopedia Americana 1965). Senere har denne prosessen fortsatt nedover og innover til celler, celleorganer osv.

Fakta og bevis kan stå som kjennemerke på Magendie's bidrag. Han regnes som pioner innen eksperimentell fysiologi. Ved å isolere og kontrollere livsprosessene gjennom å skape standardbetingelser i laboratoriet, gjorde han viktige oppdagelser, bl.a. om nervesystemets baner. Han opponerte mot vitalismen, en retning innen medisinen som gikk ut i fra at det fantes en egen livskraft i levende organismer, som ikke var tilstede i ikke-organisk natur (Holmestrand m.fl. 1974). Magendie mente at begrepet "livskraft" var et ord som måtte forklares, og at ingenting kunne forklares uten eksperimenter på levende dyr. Det alene hadde beviskraft. (Gotfredsen 1973). Gjennom kontrollerte eksperimenter fant han også frem til den lokale virkningen av ulike medikamenter. "Vitenskapens mål", sa han "er å erstatte fenomener med fakta og inntrykk med bevis" (Margotta 1996: 140).

Louis's bidrag til utviklingen av gullstandarden kan samles i begrepene "kontrollgrupper og statistikk". Han var på jakt etter mer sikkerhet i behandlingen av pasienter. Gjennom sitt arbeid på et sykehus for lungesyke søkte han å skaffe bevis for den effekten årelating hadde på ulike lungelidelser, ved å ha en kontrollgruppe som ikke fikk årelating. Det var imidlertid problematisk, fordi ingen på den tiden turte å la være å årelate lungepasienter. Derfor undersøkte han i stedet to grupper pasienter som ble årelatt på ulike tidspunkt etter sykdomsdebuten. Han kvantifiserte funnene, og får æren for å innføre statistisk metode i medisinen. Louis mente at teorier og resonnementer bare kunne bevises gjennom grundig statistisk analyse av medisinske bevis, og at statistikk kunne brukes til å gi overbevisende resultater der man ikke kunne utføre eksperimenter (Gotfredsen 1973, Margotta 1996, Nilsson, Peterson 1998).

Det er altså framveksten av den patologiske anatomien, den eksperimentelle fysiologien, det kontrollerte forsøket og de statistiske beregningene som danner grunnlaget for den moderne medisinen. Det er de synlige sykdomsforandringene som fra nå av gjelder som bevis på sykelige tilstander. Med andre ord, det er ved å studere de merkene sykdommen har satt på kroppens organer og vev at legene får vite sannheten om sykdommen. Det er legens observasjon av den døde pasientens organer og vev som gir sikker og objektiv kunnskap. Gjennom dette blir lokalisasjonen av de sykelige forandringene et sentralt anliggende i den diagnostiske prosessen. Samtidig skyves pasientens subjektive symptomer i bakgrunnen. For å dokumentere effekt av behandling er det ikke lenger nok å spørre pasienten om hvordan han har det. Fra nå av flyttes fokus

til sammenligning med kontrollgrupper og kvantifisering av forskjeller mellom målbare variabler ved hjelp av statistisk analyse. Det er altså ved å gjenskape og kontrollere livsprosessene i laboratoriet, og bruke kontrollgrupper at man mener å få sikker kunnskap om hvordan kroppen fungerer og medikamenter virker. Sykdom betraktes med andre ord som biologisk fenomen, og fremstår som naturgitt kategori ut ifra hvordan den manifesterer seg i vev og organer. Det idealet som Bichat, Magendie og Louis etablerer, og som har vært en målestokk for all medisinsk forskning i mer enn 150 år, kan etter min mening samles i to ord: objektivitet og kontroll.

At denne måten å tenke på implisitt er tilstede innen dagens medisin får vi bekreftelse på i følgende sitat av de danske legene Wulff og Gøtzsche. Sistnevnet er leder av Det Nordiske Cochrane Center:

Vi er nu så indlevet i det tankesæt, der rodfestedes i begyndelsen af 1800-tallet, at det er svært at fatte, i hvor høj grad der var tale om revolusjonær nytæning. Tidligere var sygdommen blevet identificeret med patientens sygdomsbillede, inklusive de subjektive symptomer, men nu blev den i stedet anskuet som noget, der var lokaliseret et sted inne i kroppen i form av en patoanatomisk læsion. Man interesserede sig naturligvis fortsatt for patienternes subjektive symptomer, men fra nu af så lægen det som sin opgave at forklare symptomerne ved påvisning af abnorme objektive fund. Objektivitet blev et tegn på videnskabelighed (Wulff, Gøtzsche 1997: 63)

Et annet sted i boken heter det:

Tidligere var seksjons [obduksjons] hyppigheten på danske hospitaler meget høj, hvilket bevirkede en løbende kvalitetssikring av klinikernes virke (ibid: 107).

Oppsummert: For å finne opphavet til EBM henvises vi til den medisinske vitenskapens vugge i Paris tidlig på 1800-tallet. Gjennom den patologiske anatomien, den eksperimentelle fysiologien, det kontrollerte forsøket og statistikken etableres malen for hvordan man kan frembringe "sikker" og "objektiv" kunnskap om sykdom og behandling. Selv om medisinen i dag ser helt annerledes ut, er den tro mot vitenskapsidealet fra den gang. Det er objektiv kunnskap basert på "sikre", hovedsakelig visuelle data som gjelder. Konkrete, påvisbare sykdomstegn har forrang framfor pasientens subjektive symptomer. Det festes mer lit til sykdomstegn som produseres i laboratoriet enn til det som oppleves ved sykesengen. De tallene som statistikken kan frembringe har større beviskraft enn pasientens utsagn. Det er når det levende, uberegnelige livet kontrolleres, i laboratoriene eller ved hjelp av døden, at man har muligheten til å få fram den "sikreste" kunnskapen om kropp og sykdom.

Ut fra dette kunnskapsidealet har det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket, i alle dets varianter vokst fram. Blikket som observerer sykdomsforandringer i organer og vev er ved teknologiens hjelp blitt enda skarpere, raskere og sikrere gjennom røntgenstyr, computertomografer, scop tilpasset ulike organer, og ultralydapparat. Ved hjelp av stadig mer "følsomt" laborieutstyr og bedre og mer nøyaktige statistiske systemer oversettes og abstraheres sykdomsforandringer i vev og kroppsvæsker til vitenskapens språk, og framtrer enda mer konkret og overbevisende - som "fakta".

## **”Fakta”**

Dette sporet i jakten på ”evidensen” synes altså å ende opp i jakten på ”fakta”. Umiddelbart virker det som vi her har funnet et både sannsynlig og veldokumentert grunnlag for å si at vi virkelig er på sporet av ”evidensen” i EBP-systemet. Hvis det er slik at evidensen for EBP ligger i søken etter ”fakta”, blir det viktig å finne ut mer om hva ”fakta” er. Det er i seg selv ikke en god nok begrunnelse for et ”oppdaterende” kunnskapssystem anno 2002 at det har lange ”faktaorienterte” forskningstradisjoner - at ”fakta” har vært mål for den medisinske vitenskapen kunnskapssøkning i mer enn 150 år.

”Faktum” er et begrep vi har hentet fra latin og som viser til en kjensgjerning som bygger på håndgripelig bevis. Den medisinske vitenskapen leter etter ”bevis” for sykdomsprosesser og behandlingseffekter. Ved å følge de strenge metodiske kriteriene som ligger i forlengelsen av Bichat, Magendies og Louis arbeid, mener man å sikre at forskningsresultater framtrer mest mulig upåvirket av tilfeldigheter og forskerens subjektivitet. Ved å skape standardbetingelser i laboratoriene og korrekt sammensetning av test- og kontrollgrupper, får man den mest ”pålitelige” kunnskapen. Målet synes altså hele tiden å være å avdekke ”fakta” - fravriste naturen objektivt påviselige og reproduserbare ”fakta”. Men er det det man gjør? Avdekker den medisinske vitenskapen ”fakta”, - eller skaper den dem?

Hensikten med å stille disse spørsmålene er ikke å mistenkeliggjøre intensjonene med den medisinske forskningen. Jeg har ingen grunn til å tvile på dens mål om å søke etter et stadig bedre grunnlag for å forstå, kurere og forebygge sykdom. Og - på mange områder har man oppnådd stor suksess med denne metoden. Samtidig mener jeg at det er behov for å se nærmere på grunnlaget for denne forskningen. For å gjøre det nytter det ikke å gå dypere inn i det Sackett kaller det filosofiske grunnlaget for EBM. Vi må heller prøve å se det fra et metaperspektiv. I neste kapittel prøver jeg å gjøre det ved å trekke inn tanker om vitenskapelig virkelighet og sosialantropologiske studier av slik virkelighet.

## Kapittel 2

# DEN MEDISINSKE VITENSKAPENS VIRKELIGHET

Jeg har valgt å fokusere på ”fakta” og ”objektivitet” som utgangspunkt for en nærmere undersøkelse av denne virkeligheten. Dette er sentrale begreper, både som premisser og mål for medisinsk vitenskap og forskning. For å få et innblikk i hvordan disse begrepene forstås og virker må jeg imidlertid søke en posisjon som gjør det mulig å se feltet fra andre teoretiske perspektiv enn det medisinen selv tilbyr. Jeg finner den ved hjelp av filosofisk og antropologisk teori og forskning.

### Virkelighetsforståelse

Som nevnt i forrige kapittel, er filosofiens viktigste oppgave å studere tilværelsen eller virkeligheten fra et mer overordnet perspektiv enn det enkeltvitenskapene gjør. Filosofen Alfred Schutz har skrevet om ”the multiple realities” vi mennesker forholder oss til og er en del av: Dagliglivets-, kunstens-, religionens-, mytens- og vitenskapens virkelighet er noen av disse (Schutz 1971: 207-259). Hver virkelighet har sin egen rasjonalitet - sitt eget meningsunivers - som setter premisser for tenkning og handling. Her vil jeg konsentrere meg om vitenskapens virkelighet. Schutz gjør et poeng av at forskeren, når han forsker, setter dagliglivets virkelighet i parentes. Det vil si at han trer inn i en virkelighet som styres av andre normer og motiver enn dagliglivets. Fokus i den vitenskapelige virkeligheten er det til en hver tid aktuelle forskningsproblemet. Så snart dette er bestemt

... the scientist enters a preconstructed world of scientific contemplation handed down to him by the historical tradition of his science. Henceforth, he will participate in a universe of discourse embracing the results obtained by others, problems stated by others, solutions suggested by others, methods worked out by others. This theoretical universe of the special sciences is itself a finite province of meaning, having a peculiar cognitive style with peculiar implications of problems and horizons to be explicated. (Schutz 1971: 250).

Bourdieu, fransk sosiolog som integrerer antropologi og filosofi i sin forskning, framhever også vitenskapen som et eget meningsunivers:

Å tre inn i et skolastisk univers forutsetter at den alminnelige fornuftens foruttagelser settes i parentes, og det forutsetter en *para-doksal* tilslutning til et mer eller mindre nytt og annerledes sett av foruttagelser, og, sammen med dette, oppdagelsen av ting som er viktige, som haster, men som den vanlig erfaring ikke kjenner til eller forstår. ... ting som fordi de stammer fra spillets egen logikk, grunnlegger nettopp dette alvor. (Bourdieu 1999: 17).

Schutz og Bourdieus vitenskapsteoretiske vurderinger, eksemplifisert gjennom disse situatene, hjelper oss å se den medisinske vitenskapen som et eget meningsunivers; en virkelighet med en annen logikk, andre forutsetninger og forforståelser enn den virkeligheten mennesker lever og virker i til daglig. Hva betyr det?

## **Mennesket i ulike virkeligheter**

Både vitenskapens verden og dagliglivets verden er jo tildels befolket med de samme menneskene. Er det ikke en overdrivelse å snakke om skilte meningsunivers? At vitenskapen har egne prosedyrer og regler for å få frem sine resultater, er både forståelig og rimelig. Det er vel ikke stort annerledes enn at en håndverker har sine arbeidstegninger som han følger når han utvikler sine produkter? I et slikt perspektiv blir gullstandarden ikke noe annet enn et sett med metodiske normer og regler som medisinske forskere må følge for å drive gyldig forskning. Det blir en metode som de bruker for å fremskaffe de dataene de trenger på en mest mulig nøyaktig måte, i tråd med det empiristiske vitenskapsidealet som medisinen, mer implisitt enn eksplisitt bygger på.

Med støtte i Schutz og Bourdieus tanker vil jeg hevde at gullstandarden er noe langt mer enn en metode. Den representerer, opprettholder og reproducerer den medisinsk-vitenskapelige virkeligheten - forskjellig fra dagliglivets virkelighet. For å forstå det må vi kanskje løfte blikket fra selve gullstandarden til de som bruker den, og dem den blir brukt på. Eller rettere sagt, vi må se hva gullstandarden gjør med de som bruker den, og dem den blir brukt på.

Det som preger dagliglivets virkelighet er at den er subjektiv og intersubjektiv. Den er vår felles virkelighet, som skapes og utvikles gjennom samspill mellom tenkende, handlende, kroppslige, følende og meningssøkende mennesker. Med andre ord, den er relasjonell. I vitenskapens virkelighet vil *".. the subjectivity of the thinker as a man among fellow-men, including his existence as a psycho-physical human being within the world [be suspended]"* (Schutz 1971: 249). Den medisinske forskeren etablerer altså et forhold til sitt objekt på gullstandarens premisser. I objektstatusen forsvinner også den/de utforsketes subjektivitet og intersubjektiviteten med andre mennesker. Med bakgrunn i forskningsproblemet gjøres bare visse deler av objektet relevant i situasjonen. Andre deler, som kan virke forstyrrende inn på observasjonene og målingene, kontrolleres, og resten blir implisitt definert som irrelevant.

Så vidt jeg kjenner til har problemstillinger knyttet til denne transformeringen - fra menneske/pasient i en virkelighet til forskningsobjekt i en annen - vært lite drøftet. Hvor gyldige er forskningsresultater som skapes av de vitenskapelige normene, i forhold til den virkeligheten pasienten befinner seg i? Hvilke fenomener knyttet til menneskers sykdom og helse kan medisinsk vitenskap egentlig utvikle kunnskap om, når metoden krever at "den menneskelige faktor" fjernes fra forskningsobjektet? Medisinen empiristiske grunnsyn snevrer synsfeltet for forskningen inn til observerbare fenomener, fortrinnsvis slike som kan skaleres på en eller annen måte. Dermed faller mye av det som gjør oss til mennesker - det som er del av vår intersubjektive virkelighet



- utenfor vitenskapens synsfelt. Men, om mennesket som relasjonelt vesen ikke er interessant for den medisinske forskningen, så er vi det uansett. Vi opplever, reflekterer og samhandler med andre - også forskeren - selv om vi som pasienter i den medisinske vitenskapens virkelighet omdannes til objekter. I det følgende vil jeg se nærmere på den medisinske vitenskapens virkelighet.

## **Etablering av den medisinske vitenskapens virkelighet**

Det er mange ting ved beskrivelsen av den vitenskapelige virkeligheten som samsvarer med det sosialantropologiske kulturbegrepet. Med andre ord, medisinsk vitenskap kan forstås som en egen kultur, befolket med leger og forskere. En kultur med egne verdier, normer og mønstre for tenkning og handling som regulerer adferden, og som overføres fra generasjon til generasjon som "selvfølgelige" måter å oppfatte og forholde seg til virkeligheten på.

Ut fra en slik forståelse dro filosofen Latour på feltarbeid til et meget kjent og prestisjefyllt medisinsk forskningslaboratorium i USA. I de 2 årene han oppholdt seg der gjorde han nøye nedtegninger om alt som skjedde i laboratoriet. Han observerte hvordan vevsprøver<sup>5</sup> kom til laboratoriet og ble behandlet og rensset ved hjelp av ulike kjemikalier og tekniske innretninger - gjennom et uttall av prosesser. De ekstraherte og syntetiserte substansene ble så sendt gjennom spektrografer, computere etc, og kom ut som kurver og tabeller. Formene på disse avgjorde om eksperimentene hadde vært vellykkete eller ei. Når man oppnådde det ønskete resultatet, var prosessen i laboratoriet slutt. Det vil si, når de substansene man søkte hadde manifestert seg gjennom diagrammer med spesielle former, hadde de bevist sin eksistens og ble betraktet som "fakta". Senere ble disse "faktaene" publisert i vitenskapelige tidsskrift. Latour analyserte materialet sitt sammen med sosiologen Woolgar og konkluderer studien med at det forskerne egentlig gjør er ikke å oppdage naturens skjulte "fakta". De skaper, produserer og reproduserer i hovedsak selv disse "faktaene" ved hjelp av de vitenskapelige metodene (Latour, Woolgar [1979] 1986).

Sosialantropologen Byron Good kom til samme konklusjon etter å ha jobbet med medisinsk antropologi i mange år (Good 1995). Han har blant annet gjort feltarbeid i Tyrkia, på flere amerikanske klinikker/sykehus og på School of Medicine ved Harvard University, hvor han også har undervist i mer enn 10 år. På Harvard gjorde han en studie hvor han fulgte legestudentenes utdanningsprosess over flere år. Hans teoretiske utgangspunkt var ikke så ulikt Schutz's forståelse av "multiple realities" (Schutz 1971: 207), men han valgte å bruke en annen filosof, Ernst Cassirers teorier. Denne var opptatt av de "formative prinsippene" som konstituerer og organiserer ulike livsverdener, som for eksempel kunst, språk, myter og vitenskap. Cassirer betraktet dette som egne kulturer, eller "symbolske former" som han kalte det. Mennesket blir deltager i disse

---

<sup>5</sup> Vevsprøvene som dette laboratoriet brukte kom hovedsakelig fra dyr. I prinsippet er det imidlertid ingen forskjell på den måten disse prøvene ble behandlet på, og den som vevsprøver fra menneskelige organer og blod gjennomgår i sykehuslaboratoriene

symbolske formene gjennom ”formative praksiser” (Cassierer [1944] 1992, [1936-41] 1994). I dette perspektivet kan legeutdanningen betraktes som ”formativ praksis”, der de ”formative prinsippene” i medisinen blir internalisert. For å undersøke medisinsk kultur og virkelighet bruker Good legestudentenes egen beskrivelse av hvordan de lærer medisin, og hva som skjer med deres oppfatning av kropp og sykdom i løpet av studiet (Good 1995).

I sin analyse fokuserer Good på ”seeing”, ”writing” og ”speaking” som viktige deler av den formative praksisen. Gjennom disse aktivitetene lærer studentene å se, forstå, og uttrykke seg om virkeligheten på en medisinsk måte (ibid: 71). Det å utdanne seg til lege blir ofte sammenlignet med å lære et fremmed språk. Men det dreier seg om noe langt mer enn å lære nye ord på ting i dagliglivets verden. Det handler om å skape en ny virkelighet. En av studentene Good snakket med formulerte det slik: ”... because learning new names for things is to learn new things about them” (ibid: 74).

I utdanningen lærer studentene å se på kroppen på en bestemt måte, eller rettere, de lærer å forholde seg til en kropp som er skapt i medisinsens bilde. Det er en kropp som er forskjellig fra den som er uttrykk for levende og levd liv. Den er annerledes enn den kroppen som er oss i det daglige livet. Den som bærer våre tanker, fremtidsdrømmer og erfaringer, som samhandler med andre mennesker og interagerer med miljøet omkring oss. Gjennom det medisinske blikket blir kroppen vurdert som det biologiske grunnlaget for sykdomsprosesser, mennesket blir ikke bare vurdert, men konstruert som ”et medisinsk tilfelle”, en pasient, i forhold til normene i den medisinske kulturen. ”This reconstruction of the person is essential to a student becoming a competent physician” (ibid: 73). Ikke slik at de erfarings- og adferdsmessige sidene av menneskers liv blir oversett, i hvert fall ikke av gode klinikere, men de blir betraktet som noe som ligger utenfor det virkelige interessefeltet for medisinen (ibid: 70).

Good viser hvordan skriftlig og muntlig formidling av undersøkelse og vurdering av pasienter fungerer som sterke formdannende praksiser. Jeg tillater meg å gjengi noen av situatene fra studentene i undersøkelsen hans:

One thing about medicine I actually admire, is [that] there really is an ideal of clarity ... Of course the real world doesn't lend itself to that, so you distort the real world a little bit to make it fit that nice pattern (ibid: 77).

...You begin to approach the patient now with a write-up mind, [he said], and so you have all this categories that you need to get filled. .... And when you go in with the write-up mentally emblazoned in your mind, you're thinking in terms of categories (ibid: 77).

... You're a professional and you're trained in interpreting phenomenological descriptions of behaviour into physiologic and pathophysiologic processes (ibid: 78).

Good dokumenterer gjennom sine analyser hvordan medisinen skaper sitt objekt, “... medicine formulates the human body and disease in a culturally distinctive fashion.” (ibid: 65), og hvordan legeutdanningen “...is a process of coming to inhabit a new world” (ibid: 70). I vårt hjemlige fagmiljø tar Eline Thornquist opp de samme

problemstillingene i sin bok: "Klinikk – kommunikasjon – informasjon". Her viser hun hvordan språket bidrar til å forme virkeligheten og strukturere verden for oss (Thornquist 1998a).

Oppsummert: Ved å innta et metaperspektiv på medisinen ser vi at den metodiske gullstandarden, som medisinske forskere selv karakteriserer som EBM's filosofiske grunnlag, ikke bare avslører biologiske "fakta". Det er en metode som i stor grad skaper sine egne "fakta". Det vil si at "fakta" er produkter av handlinger og prosesser som er utført i tråd med medisinenens egen logikk, dens "formative prinsipper", for å bruke Cassirers begrep. Dette er prinsipper som har sin gyldighet innenfor et medisinsk meningsunivers. Men hvordan fungerer da disse prinsipper og "fakta" som grunnlag for å forstå syke mennesker og deres lidelser? I neste kapittel vil jeg antyde et mulig svar på dette spørsmålet ved å presentere deler av mitt eget materiale fra en undersøkelse om det medisinske fenomenet "fibromyalgi".

## Kapittel 3

# PRAKSISFELTETS VIRKELIGHET

I dette kapitlet vender jeg blikket mot praksisfeltet, det vil si den delen av feltet hvor leger i allmennhelsetjenesten møter pasienter som plages av tretthetsfølelse og kroniske smerter i ulike deler av kroppen. Medisinen har gitt disse plagene betegnelsen "fibromyalgi". Jeg har, som del av et større arbeid, snakket med allmennpraktiserende leger om deres erfaringer med "fibromyalgipasienter". Hvilke diagnostiske og behandlingsmessige utfordringer representerer disse menneskene? Hvordan forstår legene fibromyalgi - som lidelse og diagnose?

### Fibromyalgiprojektet

Intensjonen med prosjektet var i utgangspunktet å se på forholdet mellom biomedisinen og mennesker med kroniske muskelsmerter. Bakgrunnen var en undring over at medisinsk forskning, som synes å ha hatt så stor suksess med å identifisere og kurere mange sykdommer, ser ut til å komme til kort når det gjelder å forstå og kunne hjelpe mennesker med denne type plager. Jeg valgte å fokusere på fibromyalgi fordi dette er en lidelse som det har vært forsket relativt mye på i løpet av de siste 20-30 årene. Den manifesterer seg ikke gjennom objektive tegn, verken på røntgenbilder eller i blodprøver, men er karakterisert ved vedvarende kroppslige smerter og tretthet. Lidelsen mangler altså de sikre, objektive sykdomstegnene som er påkrevd ifølge de biomedisinske normene. Fibromyalgi er allikevel klassifisert som en symptomdiagnose i International Classification of Primary Care (ICPC) og en syndromdiagnose i the International Code of Diagnosis (ICD) (Gjesdal, Kristiansen 1997). Medisinske eksperter har, på et internasjonalt nivå utviklet et sett med kriterier som må oppfylles før diagnosen kan stilles. De er blitt endret flere ganger, sist i 1990. Kriteriene er

... basert på størst mulig statistisk sannsynlighet for at en gruppe pasienter som man på forhånd trodde hadde diagnosen, skulle få den. Det må være generaliserte smerter av en viss varighet spredt til de fleste av kroppens områder. Videre må 11 av 18 nærmere spesifiserte tenderpunkter gi smerter ved palpasjon av 4 kg's trykk. (Norges forskningsråd 1993: 20).

Dette gir fibromyalgi, slik jeg ser det, en interessant mellomposisjon. På den ene siden er den anerkjent som en diagnose i to internasjonale medisinske klassifikasjonssystemer, men er allikevel ikke en "riktig" diagnose.

Jeg samlet informasjon, hovedsakelig gjennom samtaler/ustrukturerte dybdeintervju, med 15 kvinner med fibromyalgi og 7 tilfeldig utvalgte allmennpraktikere fra samme region som kvinnene. Dessuten var jeg deltagende observatør på en to ukers helsereise arrangert av Norges Fibromyalgiforbund (NF). Jeg hentet også informasjon fra skriftlig materiale i form av medisinske forskningsrapporter og medlemsbladet til NF,

*Fibromyalgi.* Under arbeidet med det innsamlete materialet ble det klart for meg at hovedfokus i prosjektet måtte bli på kvinnes forståelse av sin lidelse. Legenes perspektiv fikk dermed mindre plass enn det som først var intensjonen (Ekeli 1999). I dette kapitlet vil jeg imidlertid la det være i sentrum.

Hvis jeg hadde hatt noen hypotese før jeg startet prosjektet, ville det vært at de legene jeg møtte ville ha den samme forståelsen av fibromyalgi som den som formidles i medisinske artikler og forskningsrapporter. På samme måte ville jeg ha forventet å finne samsvar mellom "fibromyalgi-informantene" og det synet som bæres fram i *Fibromyalgi*. Slik var det ikke. Jeg fant en slags meningsallianse mellom budskapet i medisinsk litteratur og "Fibromyalgi", og mellom "fibromyalgi-kvinnene" og allmennpraktikerne. Det overrasket meg. Jeg reflekterer litt over dette i slutten av kapitlet. Først skal jeg presentere noen av de tankene de syv allmennlegene, tre kvinner og fire menn, delte med meg.

## De usynlige smertene

Noe av det som kjennetegner fibromyalgi er, som nevnt, at medisinsk forskning ikke har funnet kroppslige tegn som ut fra gullstandardens normer kan bekrefte at det er et biologisk grunnlag for pasientens smerter. Her er noen av legenes tanker om disse usynlige smertene:

*Jeg oppfatter smertene som helt reelle. Ja, de er helt reelle og temmelig sånn døgnkontinuerlige faktisk. (Moe)<sup>6</sup>*

*Jeg velger å høre på det de sier, jeg velger å tro på det de sier. ... det er også veldig konsistente svar de kommer med på spørsmålene mine, de er ikke avvikende, man får ikke mistanke om at de simulerer. (Hagen)*

*Hva slags gevinst har de av å late som de har vondt? De har ikke noen gevinst av å late som de har vondt. Den eneste det går ut over er dem sjøl, så hvorfor skal de ikke fortelle sannheten? (Hansen)*

*Jeg oppfatter det som helt reelle smerter. ... Jeg oppfatter at de har vondt, og at det er smerter som plager dem så mye at det påvirker hverdagen deres. (Lund)*

Disse utsagnene forteller at jeg har møtt leger som oppfatter pasientenes smerter som reelle. Det er imidlertid interessant å se hvordan de begrunner dette standpunktet. De bruker begreper som *oppfatter ... som, velger å høre..., velger å tro ...*, og en resonerer seg fram til det. Jeg antar at de kanskje hadde brukt andre ord hvis de kunne begrunne smertene ved å vise til funn på et røntgenbilde. Ikke desto mindre mener de at smertene er reelle. På hvilket grunnlag gjør de det? Jo, for det første så lytter de til det pasienten formidler, de ser og oppfatter at hun/han har det vondt. I tillegg bruker de teori og forforståelse fra dagliglivet: Pasientene svarer konsistent på alle spørsmålene de stiller.

---

<sup>6</sup> Alle navnene er fiktive

Erfaringer fra dagliglivet (og jussen) sier at det da er grunn til å feste lit til uttalelsene. Dessuten - hvilken gevinst har pasientene av å late som de har vondt? - i siste instans er det jo bare de selv det går utover.

## Dokumentasjon i praksisfeltet

Kravet om dokumentasjon av ”medisinske sannheter” har gullstandarden - det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket - som mal. Standardisering og objektivitet er sentrale begreper i denne sammenheng. Hvordan stemmer dette overens med den kliniske hverdagen til informantene mine?

*.. - altså først har jeg en samtale - først så kommer de ofte med problemene, ikke sant. Og så skjønner jeg at dette er mer omfattende enn det de hadde tenkt og det jeg hadde trodd når de bestilte time. Så snakker vi så langt vi rekker på den første timen, også pleier jeg å sette av en egen time, 20-30 minutter, til bare samtale. Da snakker vi om hvordan det begynte og hvor det først satte seg fast, og hva de trodde det var, og hva slags behandling de fikk, og hvordan det har bredt seg utover .... Også har vi ofte en time kort tid etterpå hvor jeg tar en full klinisk undersøkelse. Så sier jeg da noe om hva jeg tenker om det jeg finner ... (Hagen)*

*Man prøver å høre om - fiske litt om det kan være noe - om de har noen sosiale problemer, om det kan være noe på arbeidsplassen eller hjemme. Om de har noen traumer, noen skikkelige belastninger, ja eventuelt med barna og sånne ting, også andre traumer - tapsopplevelser og masse sånt rart. (Holm)*

*Jeg syns for så vidt at anamnesen kanskje er vel så viktig som at de har disse triggerpunktene.<sup>7</sup> .... Du må være overbevist om at du skjønner problemet sånn at du ikke tviler på at de har vondt, for **det** har også vært et problem, at de ikke har blitt tatt helt på alvor. ... Den viktigste delen av behandlingen er å prate og forklare hvordan man skjønner, oppfatter at dette henger sammen. Og da er det jo veldig ofte at det er helt tydelig at det har de på en måte tenkt på sjøl, eller at de nesten har tenkt på det, det er jo enkelte brikker som faller på plass. Ja, det er tydelig at du møter dem hjemme, og du får nesten verifisert diagnosen på den måten også. ... Det viser seg at du har jo ikke sånn derre objektive kriterier i praksis, men du har jo nedsatt bevegelse og sånne ting som du kan dokumentere ved klinisk undersøkelse. Selv om du ikke får noen objektive funn ved laboratoriesvar og røntgen. (Moe)*

Vi ser at disse legene er opptatt av dokumentasjon i den praksisen de driver. Når en av dem legger vekt på at hun allerede fra første møte med pasienten (før prøvesvar og søkning i EBM-basen) *skjønner at dette er mer omfattende... enn det jeg hadde trodd da de bestilte time*, er det imidlertid noe annet enn objektiv ”faktakunnskap” som ligger til

---

<sup>7</sup> Legen viser her til kriteriene for fibromyalgi

grunn for vurderingen. Dokumentasjonen av pasientens plager kan, ut fra disse sitatene, knyttes til tre forhold: Dialog, kontekstualisering og klinisk undersøkelse.

Vi ser at alle legene, eksplisitt eller implisitt, betrakter samtalen og kontakten med pasienten som sentral. Hagen og Moe understreker viktigheten av at de som leger skjønner pasientens problem, og får innsikt i hvordan pasienten selv forstår problemene sine. Å få tak i den sammenhengen plagene inngår i fremheves også gjennom vektleggingen av anamnesen: *få frem det som kan være belastninger i pasientens liv*. Den kliniske undersøkelsen betraktes som grunnlaget for dokumentasjon av kroppslige forhold. Det uttrykkes tydeligst av Moe, som også stiller spørsmål ved relevansen av objektive kriterier i praksis.

Ser vi på de begrepene legene bruker når de snakker om dokumentasjon i klinikken finner vi ord som *å skjønne problemet, prøve å høre om ..., fiske litt og oppfatter at dette henger sammen*. Dette er utsagn som er knyttet til subjektopplevelser, sansinger og kognisjoner i intersubjektive sammenhenger. Gjennom ordsammenstillingen *dokumentere ved klinisk undersøkelse* gis dokumentasjonsbegrepet et annet innhold enn det som ligger i gullstandard. De legene jeg snakket med fant altså den nødvendige dokumentasjonen for kroppslige plager ved å inngå i et kommunikasjonsfelleskap med pasienten i den kliniske undersøkelsen.

## Diagnosen

I løpet av de siste vel 20 årene har mye "gullstandard-designet" medisinsk forskning vært rettet mot å finne objektive tegn som kan bekrefte fibromyalgi-diagnosen. Selv om flere funn har blitt gjort, bl.a. med hensyn til endring i konsentrasjonen av nevrotransmittere<sup>8</sup> hos mennesker som har fått fibromyalgidiagnosen (Yunis 1989, Mengshoel 1998), har man, så vidt jeg vet, ennå ikke oppnådd resultater som er tilfredsstillende nok til å kunne fastslå sikre diagnostiske tegn. Til tross for det er altså fibromyalgi etablert som diagnose med plass i de internasjonale diagnosesystemene. Det kan på den ene siden tolkes som en anerkjennelse av det kliniske bildet som pasienter med utbredt kroppslig smerte og tretthet representerer. På den andre siden kan det sees på som et uttrykk for medisinsens behov for å klassifisere de fenomenene den forholder seg til, selv om det betyr å gå på akkord med egne vitenskapelige kriterier. Overbevist om diagnosens betydning innenfor medisinsk praksis og forskning ble jeg derfor overrasket over de synspunktene informantene mine formidlet:

*Det er sjelden at jeg gir pasienter diagnosen fibromyalgi. Jeg liker best å snakke om kronisk smertesyndrom, eller spenningssyndrom. ... Jeg synes at et kronisk smertesyndrom og en del forklaringer omkring hvordan jeg oppfatter at et sånt syndrom har oppstått, er et mer fruktbart utgangspunkt for samarbeid med pasienten. .... Jeg kan jo alle de her tradisjonelle kriteriene for fib-*

---

<sup>8</sup> Dette er "... kjemiske stoffer som frigjøres ved en synapse, og formidler (overfører) signalet fra et neuron til et annet" (Brodal 1995: 65)

*romyalgi. Jeg er ikke så forferdelig opptatt av om det er mange nok triggerpunkter eller ikke .... Det er veldig mange som har det samme - fellespunktet for dem alle er at de har for stor belastning ut fra sine egne forutsetninger. (Lund)*

*Jeg synes de formelle kravene til fibromyalgidiagnosen er sånn diffuse. ... og jeg er veldig i tvil om den diagnosen vil hjelpe dem, jeg tror antagelig at det ikke vil hjelpe. ... Jeg bruker aldri den diagnosen. Min erfaring er at det blir så kronifiserende. Jeg er veldig i tvil om det er riktig å gi en sånn diagnose til unge folk. .... Jeg lurer virkelig på hva det gjør med de unge jentene, jeg tror ikke akkurat at de har fått noe bedre liv - at det går noe bedre med dem etter at de har fått diagnosen. Det tror jeg overhodet ikke. ... Kroniske muskelsmerter bruker jeg. (Aas)*

*Jeg synes ikke at det er så veldig mange som passer inn i det klassiske fibromyalgi-bildet. Jeg bruker ikke fibromyalgi som diagnose overfor trygdekontorene, jeg bruker kronisk smertesyndrom, og så beskriver jeg nærmere hva det gjelder. Da sier jeg hvor det sitter - beskriver lokalisasjonen. Jeg beskriver en utvikling av smerter og myalgier som går over tid, som ikke går tilbake, som ikke viser tegn til bedring. Jeg synes ikke at det galt å gjøre det sånn. ... Når det gjelder objektive tegn, så finner du jo ofte noe da. Du finner ofte smertefulle punkter, og du finner det igjen og igjen på samme sted. Jeg synes når ting har stått over en viss tid og vært så invalidiserende, da er det bra nok fra et medisinsk synspunkt. (Hagen)*

Legene forkaster stort sett fibromyalgidiagnosen og begrunner sin motstand mot å bruke den ut fra to forhold: Det ene rettet mot diagnosen, det andre mot pasienten. Kriteriene for diagnosen oppfattes som diffuse og lite relevante for den pasientgruppen det gjelder. Lund er for eksempel mer opptatt av det hun oppfatter som felles for mennesker som har disse plagene, nemlig misforholdet mellom belastninger og forutseningene for å tåle dem, enn å telle ømme punkter. Når det gjelder forholdet til pasienten så har legene erfart at diagnosen bidrar til å kronifisere problemene og hindre et fruktbart samarbeid med pasienten med tanke på å finne fram til måter å redusere plagene på. Derfor foretrekker de å bruke mer dagligdagse begreper som *kroniske muskelsmerter*, *kronisk smertesyndrom* og *spenningssyndrom* på plagene. Det gir dem større mulighet til å etablere en dialog med pasienten om forståelsen av smertene, som del av behandlingen. Hagen mener til og med at en mer beskrivende fremstilling av symptomer og kliniske funn bør være akseptabelt, også fra et medisinsk synspunkt, og i forhold til offentlig forvaltning som for eksempel trygdekontor og rikstrygdeverk.

## **Problemforståelse - behandling**

En viktig intensjonen med den medisinske forskningen er å finne fram til effektiv behandling av sykdom. I den forbindelse er det ikke bare de objektive sykdomstegnene som er av interesse, men også det å finne årsak til lidelsen. Informantene mine var også



opptatt av å finne bakgrunnen for plagene, for å kunne hjelpe fibromyalgipasientene sine på en mest mulig hensiktsmessig måte:

*Du kan sette en sprøyte et bestemt sted som har vært veldig vondt, eller gi fysioterapi. Da vil du kunne få lavere spenning i muskulaturen i perioder. Men, de bakenforliggende årsaker, med den personligheten de er, og det livsforløpet dette mennesket har hatt, hvis man ikke får gjort noe med det, eller personen får innsikt i det, så vil den spenningen bare bygge seg opp på nytt, så smertebildet kommer tilbake. ... Og da faller på en måte en del ting på plass. Da skjønner man jo at dette er en prosess som har pågått over mange år, kanskje hele deres voksne liv. Kanskje det startet tidlig i ungdommen. Det er en sammenheng mellom den personligheten de har og hva de har vært igjennom i livsforløpet sitt. I behandlingen er det på en måte å reversere dette. Det er ikke gjort på en, to, tre. Ingen sprøyte eller noen medisin kan gjøre det. Det er en langsiktig prosess som du kan starte på, og hvor det er håp om en gradvis bedring, men man må være forberedt på at det kan ta tid (Moe).*

*Man ser jo hvilken type person de er, hvor samvittighetsfulle og pliktoppfyllende de er. Det er ofte personer som ikke har stor grad av kontroll over ting. ... Jeg spør en del om hvordan hverdagen deres er, hva slags forpliktelser de har og hva de gjør når de skal ta vare på seg sjøl. Og da blir de ofte svar skyldig. Jeg har egentlig kommet til den erkjennelse at det som har vært gjort av forskning på fibromyalgi eller smertesyndrom har vist at konvensjonell medisin har ingenting å tilby dem - stort sett ingenting - annet enn sykemelding, som kanskje ikke nødvendigvis er så gunstig heller, i hvert fall ikke 100% sykemelding over lang tid. (Lund)*

*For dette her er jo en sykdom, tror jeg, som liksom gjennom et langt samspill kan komme til en forståelse hos noen, og da føre til en bedring, ikke noe sånn dramatisk, men en langsom bedring slik at de føler at de får et litt bedre liv. ... For man må bruke mye tid, prate om ting, for forståelsen kommer så langsomt. (Bakke)*

*Folk som er vant til å bruke kroppen har en veldig stor beskyttelse. Jeg tror det beskytter mot å få sånne plager, det er jeg overbevist om. Jeg overfører nemlig veldig mye av sånn som jeg selv har det til mine pasienter, og jeg merker sjøl at god fysisk aktivitet er den beste psykoterapi for meg, og jeg tror at det er sånn for folk flest. (Aas)*

*Jeg har ikke interessert meg for forskning på fibromyalgi nå. Jeg interesserte meg for det tidlig på 90-tallet, da var det liksom sånne mitokondrier, og de diskerte det helt ned. Senere har jeg ikke lest så mye om det, nei. ... hvis noen kunne komme opp med en god forklaring så ville jeg være veldig glad for det, men jeg tror vel at det er veldig mange forklaringer på sånne smerter. ... Jeg opplever at når jeg har gjort en grundig og god undersøkelse, og jeg sier til pasienten "Nå er det ikke mer jeg kan gjøre, - nå får vi snakke om hvordan du har det ellers", så godtar de fleste det, og synes at det er greit. (Hagen)*

Forskningen på fibromyalgi har, i tråd med gullstandardens idealer, stort sett vært fokusert på å finne biologiske endringer som kan defineres som årsak og føre til behandling. Mine informanter snakker om årsaksforhold på følgende måte: *bakenforliggende årsaker ..., den personligheten de er ..., livsforløpet dette mennesket har hatt ..., sammenheng mellom personlighet og livsløp, manglende kontroll over ting ..., hvordan hverdagen deres er ..., hva slags forpliktelser de har.* De er opptatt av samspillet mellom pasienten som person og hennes/hans omgivelser i dagliglivet. Sammenhengen mellom årsaksforhold og behandling får de fram ved å peke på at plager som er utviklet gjennom livsløpet ikke lar seg reversere på en, to, tre. I beskrivelsen av den behandlingen de har best erfaring med, legger de vekt på *å prate om ting, at personen får innsikt i de sammenhengene plagene inngår i og at forståelsen kommer langsomt.*

Gjennom sitatene får vi også innblikk i legenes rasjonale for sin kliniske tilnærming. Ut fra sin erfaring er Lund kommet til den erkjennelsen at konvensjonell medisin ikke har noe å tilby disse pasientene. Det samme har Hagen. Når hun har brukt alle de metodiske tilnærmingene som hun har med seg fra legeutdanningen, står hun igjen med og i dagliglivets intersubjektive virkelighet: *nå får vi snakke om hvordan du har det ellers.* Denne virkeligheten er også sentral i Aas' tilnærming: *Jeg overfører nemlig veldig mye av sånn som jeg selv har det til mine pasienter.*

### **”Det viser seg at det fins ikke objektive kriterier i klinisk praksis”**

Jeg velger å bruke dette sitatet fra en av legene som en samlende overskrift på det de alle på en eller annen måte formidlet til meg.

Oppsummerende vil jeg peke på tre forhold som jeg mener kan bidra til å forstå den kliniske virkeligheten disse legene beskriver, ut fra sine erfaringer med pasienter med kroniske smertetilstander. For det første de **begrepene** de bruker. Det er i hovedsak andre enn dem som er internalisert gjennom medisinerstudiets formative praksiser. Dette kommer tydeligst fram i den massive forkastingen av diagnosen og dens kriterier. I stedet foretrekker de å bruke beskrivende ord. Disse mangler riktig nok den spesifisitet som vi vanligvis forbinder med den medisinske nomenklatur, men er i følge legene bedre egnet til å gripe og begripe de fenomenene de ser i praksis i forhold til disse pasientene. Det er begreper som ligger nærmere dagliglivets språk. Og - gjennom den måten de bruker språket på, synliggjør legene seg selv som subjekter og **behandlingssituasjonen som en intersubjektiv prosess.** Dermed er vi ved det andre punktet: Legene ser det som et ideal å få konsultasjonen med disse pasientene til å bli samspill og dialog. Det kommer blant annet fram gjennom den måten de framhever hvor viktig det er å skjønne pasientens problemer og hvordan pasienten selv oppfatter sine plager på. Kommunikasjonsfellesskapet mellom pasient og lege fremstilles som en viktig del av behandlingen. Det er gjennom dette at pasienten utvikler innsikt i egne plager og samspillet mellom liv og plager. For det tredje får vi et innblikk i det rasjonale som legene begrunner sin praksis overfor denne pasientgruppen i. Vi får inntrykk av at de problemene som fibromyalgipasientene presenterer er dårlig tilpasset de faglige redskapene legene er utstyrt med. Sitatene gir flere eksempler på at **erfaringskunn-**

**skap**, basert både på kliniske erfaringer og erfaringer fra dagliglivet, er viktige kilder til begrunnelse for de vurderingene de gjør i forhold til pasienten.

## **Medisin og samfunn**

Med bakgrunn i det ovenfor stående er det ikke så vanskelig å se "meningsalliansen" mellom allmennlegen og fibromyalgipasienten. Det gir også grunnlag for å se spriket mellom medisinen, slik den fremtrer i forskningsrapporter, og den praksisen som legene beskriver. Førstnevnte er et produkt av den vitenskapelige virkelighetsforståelsen mens allmennlegene beskriver og bruker begreper fra en virkelighet som ligger nær dagliglivets. Undersøkelsen min avdekket også en meningsalliansen mellom de budskapene som formidles i medisinsk litteratur og organet til interesseorganisasjonen for de som lider av denne pasientgruppen, Norges Fibromyalgi Forbund. For å forstå denne alliansen må vi trekke inn et nytt perspektiv, nemlig forholdet mellom medisin og samfunn. Framveksten av den vitenskapelige medisinen bidro til å befeste medisins stilling i samfunnet, og det virker som om den stadig styrkes: Medisins virkelighetsforståelse er i stigende grad også blitt myndigheters og vanlige menneskers forståelse av kropp og sykdom (Foucault [1973] 1993, Illich 1975, Berg 1978, Michelsen 1989, Thornquist 1998a,b). Det betyr at forestillingen om synlige, objektive sykdomstegn etter hvert er blitt et "allment krav" for å akseptere mennesker som syke. Synlige tegn som "beviser" at det er noe galt med kroppens biologi er det som gir sykdom legitimitet. Man får nesten inntrykk av at det gjøres til et moralsk spørsmål (Shorter 1992: ix-x). I dette perspektivet blir meningsalliansen mellom fibromyalgipasientenes interesseorganisasjon og den vitenskapelige medisinen mer forståelig.

Det er altså grunnlag for å si at praksisfeltets virkelighet preges av tvetydighet. På den ene siden ser vi en inkongruens mellom den medisinske vitenskapens ideal og de kroppslige realitetene som møter leger i praksisfeltet. På den andre siden har mennesker i vårt vestlige samfunn på et kognitivt plan internalisert den medisinske vitenskapens ideal slik at det preger vårt syn på sykdom. I mange tilfeller synes det til og med å anta en normativ funksjon. Forholdet mellom medisin og samfunn har med andre ord mange og til dels motstridende dimensjoner. I neste kapittel skal jeg konsentrere meg om det som angår forholdet mellom medisins kunnskapsideal og de fenomenene som medisinsk forskning søker å forklare ved hjelp av dette idealet.

## Kapittel 4

# MEDISINEN - ET FAG I STRID MED SEG SELV?

Det bildet av medisinen som avtegner seg gjennom foregående kapittel, har andre trekk enn det mønsteret som ble skapt ved framveksten av den vitenskapelige medisinen. Her er det ikke ”fakta” og ”objektivitet” som dominerer. I stedet for den objektive forsker som betrakter sitt objekt på en objektiv måte, møter vi leger som gjør sine vurderinger på grunnlag av klinisk undersøkelse og samtale, basert på samhandling med pasienten. I stedet for å la seg styre av objektive kriterier legger de vekt på å skjønne det pasienten uttrykker, for å få en best mulig forståelse for hennes/hans situasjon. De har et reflektert forhold til diagnosebegrepet. For dem synes det viktigere å bruke begreper som fungerer konstruktivt i samarbeidet med pasienten, enn veldefinerte diagnoser som passer inn i medisinske klassifikasjonssystem. De foretrekker heller begrep som bidrar til at pasientene selv kan utvikle forståelse for plagene sine, og dermed bli bedre i stand til å leve med dem i dagliglivet. Legene er ikke så opptatt av objektive sykdomstegn. For dem syntes det viktigere å prøve å se de kroniske smerteproblemene i et prosess-, samspills- og livsløpsperspektiv. De går heller ikke av veien for å aktivisere egne erfaringer og hverdagskunnskap i det diagnostiske og behandlingsmessige arbeidet.

Jeg vet ikke hvor representative informantene mine er for allmennpraktiserende legers forståelse av kroniske smerteproblemer, så jeg skal passe meg vel for å trekke bombastiske konklusjoner. Utsagnene deres indikerer imidlertid at den måten de praktiserer medisin på avviker ganske kraftig fra de idealene som den medisinske forskningen bygger på, og som de har lært å kjenne gjennom studiets formative praksiser. En av dem sa det slik:

*Jeg mener at jeg tar pasientene på alvor, at jeg respekterer at de har plager det er tungt å leve med, men for mange [leger] er det også litt fortvilende - dette blir kanskje litt på siden - men man har jo på følelsen at man ikke kan gjøre så veldig mye. Det er en erkjennelse jeg synes at jeg er kommet til. Når man kommer ut av doktorskolen, da skal man ut og helbrede - også finner man ut at med de her, så er det ikke så lett å helbrede. (Lund)*

Jeg aner fortvilelse, skuffelse og dessillusjon i dette utsagnet. Legen har brukt seks år av sitt liv på legestudiet for å kunne gå ut og helbrede, og så opplever hun at det er pasienter som ikke passer inn den medisinske formelen for helbredelse som hun har lært. Slik doktor Lund uttrykker seg, virker det som om hun opplever møtet med disse pasientene som et profesjonelt nederlag. Det lyder som en beklagelse over at utdanningen ikke har utstyrt henne med de redskapene hun trenger for å kunne hjelpe pasienter med kroniske smerter. Jeg ser noe lignende i doktor Hagens fortelling: *Jeg opplever at når jeg har gjort en grundig og god undersøkelse, og jeg sier til pasienten ”nå er det ikke mer jeg kan gjøre - nå får vi snakke om hvordan du har det ellers..”*

Disse utsagnene kan tolkes som varianter av terrenget som ikke passer med kartet. Eller sagt på en annen måte: Det virker som om disse allmennpraktiserende legene og de medisinske forskerne befinner seg på hver sin knaus i det medisinske landskapet. Dermed ender jeg tilsynelatende opp med den samme erkjennelsen som ligger til grunn for EBM, nemlig at det er en betydelig diskrepans mellom den kunnskapen som medisinsk forskning frembringer og den som leger anvender i sin praksis. En viktig intensjon med dette systemet er derfor å bygge bro over kløften mellom forskning og praksis (Sackett m.fl. 1997, Gray 1997, Berg 1998, Levi 1998, Jamtvedt, Røsberg 1999).

Cochrane Collaboration og Library utgjør, som nevnt, en bærende konstruksjon i denne broen, det samme gjør EBM tidsskriftene, og ikke minst de retningslinjene. Alt sammen er utviklet for at "travle praktikere" på en effektiv måte skal kunne skaffe seg kunnskap fra den nyeste forskningen. EBM blir med andre ord framstilt som det redskapet som skal til for å skape bedre overensstemmelse mellom forskning og praksis i den medisinske kulturen. Intensjonene er at praksis skal bli mer forskningsbasert. Eller, sagt på en annen måte, systemet er laget for at legers faglige valg og handlinger i større grad skal ta utgangspunkt i kunnskap som er utviklet i tråd med vitenskapelige idealer og normer. Terrenget skal formes slik at det stemmer bedre med kartet.

Det er lett å skjønne at det er problematisk for medisinen å leve med "et gap" mellom forskning og praksis. Men, er EBM den beste løsningen på dette problemet? Hvor godt egnet er dette kunnskapssystemet til å ivareta den brobyggerfunksjonen det er tiltenkt? Svaret avhenger selvsagt av hvordan man forstår problemet, er det hovedsakelig et problem for praksisfeltet, eller for forskningen? Sett fra sidelinjen virker det som om hele den medisinske kulturen med dens normer og idealer utfordres her.

I det følgende vil jeg se nærmere på premissene for brobyggerfunksjonen. Hvilke forutsetninger har EBM for å fylle en slik funksjon? Er konstruksjonen av "EBM-broen" egnet til å bære "belastningen" fra et praksisfelt i endring, der helseproblemene synes å øke i kompleksitet og omfang? For å svare på disse spørsmålene vil jeg sammenligne EBM-systemets prosedyrer og kriterier med den analysen av legers erfaringer fra allmennpraksis som jeg gjorde i forrige kapittel.

## **Evidensbasert medisin som brobygger**

Når EBM blir framstilt som broen som skal forene medisinsk forskning og klinikk er det interessant. Det gir blant annet klar melding om hvilken side materialet til broen "må" komme fra. Dermed blir skillet mellom vitenskap og praksis implisitt definert som praksisfeltets problem. Problemet er at leger i en travel hverdag ikke har tid til å holde seg oppdatert om det som skjer på forskningsfronten. Uten videre dokumentasjon slås det fast at:

Clinicians who keep up to date with these advances in knowledge practice better medicine. Unfortunately, most of us don't. Given the extremely rapid growth of randomised trials and other rigorous clinical investigation, the issue is no longer how little medical

practice has a firm basis in such evidence; the issue today is how much of what is firmly based is actually applied in the front lines of patient care.» (Sackett m.fl.1997: 7)

Derfor ”trenger” leger et system som gir dem mest mulig informasjon på kortest mulig tid: The Cochrane Library og EBM-systemet

.. want to make it possible for busy clinicians seeking valid clinical bottom line ... to find more useful and valid summaries of evidence on a growing array of clinical topics, prepared and appraised according to uniform scientific principles. (Sackett m.fl. 1995: 6)

De fleste bøker om EBM er ”written for the busy practioner, .. short, lean and highly practical” (Sackett m.fl. 1997: vi). Men er hovedproblemet at leger ikke har tid til å holde seg oppdatert om den nyeste forskningen? Bedres kvaliteten på helsetjenesten, ved å utstyre dem med en håndbok som gir retningslinjer for hvordan de skal innhente og bruke ny medisinsk kunnskap?<sup>9</sup> Jeg tror ikke det. Jeg mener at kløften mellom praksis og forskning er mye dypere og mer fundamental enn at noen relativt enkle retningslinjer skal kunne skape forbindelse.

Slik jeg ser det har EBM-litteraturen ikke tatt konsekvensene av den metaforen de selv bruker om at forskning og praksis er skilt av et gap. Befinner man seg på hver sin side av et gap eller en kløft, så befinner man seg på ulike steder i verden, og landskapet tar seg forskjellig ut fra de to sidene. Selv om man ser noen av de samme tingene, så ser man dem fra ulike perspektiv. Man har heller ikke så god utsikt til den siden av kløften hvor man selv står. Her tror jeg at kjernen til selve gapet mellom forskning og klinisk praksis ligger.

Med andre ord, problemet er ikke primært misforholdet mellom den mengde forskningsresultater som produseres og den tiden leger har til å lese om dem. Som flere av mine informanter ga uttrykk for, så dreier det seg om at den kunnskapen forskningen frambringer ikke hjelper dem med å løse problemer de møter i praksis. Hvordan kan det ha seg? Mye av forskningen som blir presentert i EBM-systemet er jo nettopp forskning fra praksisfeltet. Ja, men det som kommer ut av denne forskningen er resultater formet av den vitenskapelige prosessen. Det vil si at kunnskapen er skapt i vitenskapens bilde, av den vitenskapelige virkelighetens logikk, ikke av den rasjonaliteten som preger praksisfeltet.

---

<sup>9</sup> Sackett m.fl's bøker (1997, 2000) er f.eks. utgitt i et format som lett får plass i lommen på legefrakken. En bekreftelse på formatets brukervennlighet opplevde jeg selv. Da jeg sto og kopierte noen sider fra boken, kom en kollega forbi. ”Skal du ut å reise?” spurte han. Jeg skjønnte ikke hvorfor han spurte om det, og ville vite hva han mente. Han svarte i form av et spørsmål: ”Er det ikke en reiseguide du står der å kopierer fra da?”

## Diagnostisering på EBM vis.

Intensjonen med EBM-systemet er, som vi har sett, å formidle forskningsresultater som er "sanne og brukbare" (Haynes m.fl. 1998: 162). I tidsskriftet "Evidence-Based Medicine" er det en fast artikkel som heter "Purpose and procedures" (ibid: 162-163). I den refereres gjeldende mål, prosedyrer og kriterier for utvelgelse av forskningsrapporter som kan innlemmes i EBM-systemet. Artikkelen gir også oversikt over de tidsskriftene som pr dato er akseptert som kilder for oversiktsartikler utarbeidet av the Cochrane Collaboration. I hovedsak er det gullstandarden - det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket - som er "kvalitetsmål" for de artiklene som vurderes.

Jeg vil nå se nærmere på det tredje kriteriet for "... Review and Selection for Abstracting", som handler om diagnose. Det vil si det kriteriet som legges til grunn for å vurdere om forskningsresultater fra undersøkelser rettet mot diagnostisering er "sanne og brukbare". Dette kriteriet er valgt fordi det tematisk ligger nærmest de utdragene av allmennlegers praksiserfaringer som jeg fokuserte på i forrige kapittel.

For at forskningsrapporter fra studier rettet mot diagnostisering skal kunne inkluderes i EBM-systemet må de oppfylle følgende kriterier:

... clearly identified comparison groups, at least one of which is free of the target disorder or derangement; either objective diagnostic standard (e.g., a machine-produced laboratory result) or a contemporary clinical diagnostic standard (e.g., a venogram for deep venous thrombosis) with demonstrably reproducible criteria for any subjectively interpreted component (e.g., report of better-than-chance agreement among interpreters); interpretation of the test without knowledge of the diagnostic standard result; interpretation of the diagnostic standard without knowledge of the test result; and an analysis consistent with the study design. (ibid: 162)

Kriteriet setter, som vi ser, klare rammer for hvordan forskningsobjektene skal grupperes, hva som kan aksepteres som diagnostisk standard og hvordan studien skal utføres: For å aksepteres i EBM-systemet må studier rettet mot diagnostisering ha to eller flere veldefinerte testgrupper som kan sammenlignes, hvorav **en** ikke skal ha den diagnosen studien er rettet mot. Resultater frembrakt av laboratoriemaskiner aksepteres uten videre som diagnostiske standarder. Rådende kliniske kriterier kan også godtas. Forutsetningen er da at alle de komponentene som innebærer subjektiv tolkning må tolkes likt av flere, på en måte som sikrer at denne likheten beror på noe annet enn tilfeldighet. Dessuten må funnene påviselig kunne reproduseres. Som eksempel på "contemporary clinical diagnostic standard" nevnes venogram, det vil si røntgenbilder der en får frem blodårene ved hjelp av kontrastmiddel.

Hensikten med studiene skal være å undersøke diagnostiske tester i forhold til diagnostiske standarder. Til det kreves to sett med leger/forskerne. Det ene skal, ut fra objektive eller kliniske diagnostiske standarder for den aktuelle lidelsen, plassere pasientene/studieobjektene i de ulike testgruppene. Uten å kjenne til resultatet av denne sorteringen skal den andre forskergruppen bruke testen til å gruppere de samme pasientene/studieobjektene. Resultatene av denne tosidige tolkningsprosedyren skal så analyseres i tråd med de regler som gjelder for dette forskningsdesignet.

Det er mulig at noen vil oppfatte denne gjenfortelling av kriteriet som unødvendig, utidig og kanskje uriktig. Den er motivert ut fra mitt eget behov for å klargjøre hvilke implikasjoner som ligger i det. Noen av dem finner jeg i de problemene jeg støtte på da jeg prøvde å gjengi innholdet ved hjelp av alminnelige begreper. Jeg skal her konsentrere meg om ett av disse problemene. Det har sitt utspring i at teksten ikke referer til personer, verken som subjekt eller objekt. Det snakkes om "comparison groups", uten nærmere beskrivelse av hva eller hvem som er i disse gruppene. Det eneste som sies er at minst en av gruppene ikke skal ha "the target condition..". Ellers snakkes det om "interpretation ... without knowledge". Her er det heller ingen nærmere angivelse av hvem som skal tolke. Siden "interpretation of" er predikat, må vi gå ut i fra at det referer til et eller annet subjekt, hvis viktigste egenskap er manglende kunnskap om det som skal tolkes. Dermed står vi overfor den pussighet at de delene av kriteriet som sannsynligvis referer til personer, oppfylles ved negasjoner, det vil si ved noe de personene ikke har, henholdsvis "the target condition ..." og "knowledge ..".

Den eneste delen av kriteriet det stilles positive krav til er diagnostiske standarder. Det oppfylles enten ved at standardene er maskin-produsert i laboratoriet, eller ved de lar seg reprodusere klinisk og tolkes likt av flere. Riktignok er det et negativt element knyttet til det siste - enhver subjektiv komponent må fjernes fra tolkningen.

Ut fra disse refleksjonene kan vi si at det er de diagnostiske standardene som spiller hovedrollen i dette kriteriet. Personer er ikke interessante annet enn gjennom egenskaper eller kunnskap de **ikke** har. For så vidt er dette ikke noe annet enn en bekreftelse på intensjonen med kriteriet. Nemlig å gi retningslinjer for utvelgelse av medisinske forskningsrapporter som formidler mest mulig objektive resultater. Det vil si resultater fremkommet under standardbetingelser der "den menneskelige faktor" er redusert til det minimale. I et slikt perspektiv får negasjonene også en metaforisk karakter.

Nå kan man selvsagt, og med full rett hevde at kriterier er noe annet enn beskrivelse av handlinger og hendelser. Derfor er det ikke noe poeng å brette ut et persongalleri. Kriteriets viktigste oppgave er å angi avgjørende kjennetegn som skiller "sant" fra "falskt" (Landrø, Wangenstein (red.) 1988) - hva som kan defineres "inn" og hva som faller "utenfor". Sånn sett blir min gjengivelse av kriteriet i utakt med intensjonen det skal fylle. Jeg fant det imidlertid uhyre vanskelig å forstå hva det dreide seg om uten å referere til hvilke mennesker eller roller som er involvert. For meg ble analysen av kriteriet en ytterligere bekreftelse på at EBM-systemet er bygget opp av kunnskapssementer som har sitt referansepunkt i den medisinske vitenskapens virkelighet, hvor mennesker som sådanne ikke er interessante. Fokus er på sykdomstegnene og utviklingen av tester som kan bekrefte, eller rettere sagt "bevise" disse, slik at de kan innpasses i de medisinske klassifikasjonssystemene. Det er i dagliglivet vi finner handlinger og hendelser og mennesker med historier om levde liv og kropper der livet setter sine spor.

Oppsummert: For at studier som er rettet mot diagnostisering skal kunne innlemmes i EBM-systemet må de oppfylle følgende kriterier: klart identifiserte og sammenlignbare testgrupper, objektive diagnostiske standarder som sikrer reproduserbare resultater, og tolkning av resultater uten kunnskap om det som tolkes. Mennesket er ikke tilstede,



annet enn som testgrupper og antatte tolkere av resultatene. Ved å følge disse retningslinjene mener man å sikre mest mulig "sanne" og "brukbare" resultater om diagnostiske prosedyrer. Det betyr, slik jeg ser det, at det er ved å løsrive de diagnostiske testene fra de mennesker og sammenhenger hvor de skal brukes, at man fremskaffer gyldig kunnskap om dem. Dekontekstualisering og oppsplitting er med andre ord en forutsetning for en forskningsbasert diagnostisk praksis og en gjennomgående premiss for utviklingen av kunnskap innen EBM-systemet. Dette gjenspeiler seg blant annet i at man opererer med separate kriterier for de ulike kliniske handlingene: diagnostisering, behandling, omsorg osv. Idealet om tolkning av resultater uten kunnskap om hvilke sammenhenger de inngår i, er også en del av dette bildet. Her er medisinen forskjellig fra vitenskaper som har mennesket som sitt interessefelt, for eksempel arkeologi og antropologi, hvor den mest troverdige tolkningen knyttes til forskere som har mest mulig kunnskap om de sammenhenger det forskningsresultatet som skal tolkes inngår i.

## **Om praksis, EBM og brobygging**

Foucault beskriver den endringen av fokus, som den vitenskapelige medisinen representerer, slik:

This new structure is indicated ... by the minute but decisive change, whereby the question: "What is the matter with you?", with which the eighteenth-century dialogue between doctor and patient began, was replaced by that other question: "Where does it hurt?" ... (Foucault [1973] 1993: xviii)

Dermed er jeg tilbake i praksisfeltet. Her vil jeg reflektere over hvordan EBM-kriteriet for diagnostisering samsvarer med de erfaringene allmennlegene i studien min har hatt med pasienter som har kroniske muskelsmerter.

I tråd med det medisinske vitenskapsidealet skal kriteriet for diagnosestudier sikre mest mulig objektive diagnostiske standarder og tester/prosedyrer. Legenes erfaringer sier at det ikke finnes objektive kriterier i klinisk praksis. Den diagnostiske standarden som skal hjelpe dem å sette diagnosen fibromyalgi fungerer for eksempel dårlig, og karakteriseres som diffus og lite relevant for pasientgruppen. Dessuten mener legene at den kan bidra til kronifisering av plagene og hindre dialog og samarbeid med pasienten. Legene i mitt materiale unngår derfor å bruke den, så sant det er mulig. I stedet beskriver de pasientens plager ved hjelp av begreper som ligger nærmere dagliglivets språk.

Noen vil kanskje si at legenes erfaringer nettopp viser behovet for mer nøyaktige og klarere diagnostiske standarder. Da vil man kunne hindre at de oppfattes som diffuse. Det er muligens riktig hvis vi ser på standardene isolert. Men poenget er jo nettopp at standardene skal fungere i forhold til noe, eller rettere sagt noen. Hvordan kan mer detaljerte standarder og finere kalibrerte tester bidra til å klargjøre problemer knyttet til smertefulle tilstander som etterlater usynlige spor i kroppens biologiske strukturer? De synlige sporene viser seg "bare" i den opplevende, meningsbærende og handlende "hverdagsskroppen".

Dermed flytter vi blikket til de testene som diagnosestudiene undersøker. I følge kriteriet skal testenes gyldighet avgjøres gjennom dobbel blinding. Det vil si at den som tolker resultatet på bakgrunn av standarden ikke skal kjenne til den tolkningen som baserer seg på testen. Det er altså ”diagnostic standard results” og ”test results” det dreier seg om. Hvem testen utføres på og hvilke sammenhenger de testede strukturene eller funksjonene inngår i, faller utenfor kriteriets interessefelt. I følge legenes erfaringer er de ”testene” som fungerer best i praksis: Å lytte til det pasienten formidler om sine plager, få frem hvordan hun/han selv forstår problemet sitt, og være sikker på at de som leger skjønner hva det dreier seg om. Gjennom den kliniske undersøkelsen får de som regel bekreftet de kroppslige plagene pasientene kommer med.

For at resultatene fra diagnosestudier skal kunne godtas må det, ut fra de normene gullstandarder setter, etableres ”clearly identified comparison groups”. Det vil si at de gruppene som skal sammenlignes må settes sammen av likest mulige egenskaper, relatert til den lidelsen testen er rettet mot, men slik at en gruppe mangler ”the target disorder”. Flere av legene mener å se visse likheter mellom mennesker med fibromyalgi. Når de skal spesifisere dette legger de vekt på samspillet mellom personlighet, levd liv og plager hos denne pasientgruppen. En sier det slik: *Fellespunktet for dem alle er at de har for stor belastning ut fra sine forutsetninger.* Av sammenhengen går det fram at det er belastninger knyttet til mye ansvar, liten mulighet til å ivareta egne behov og liten kontroll over eget liv det henvises til. Denne type belastninger kombinert med individuelle forutsetninger danner imidlertid et dårlig utgangspunkt for å sette sammen ”clearly identified comparison groups”.

Det bringer oss til neste misforhold mellom EBM-kriteriet og allmennlegenes erfaringer med diagnostisering av mennesker med kroniske muskelsmerter. Kriteriet legger vekt på dekomponering og dekontekstualisering for å oppnå spesifisitet og nøyaktighet. Legene er opptatt av å se og forstå sammenheng og samspill mellom liv og plager. De legger vekt på å etablere et kommunikasjonsfellesskap med pasienten, for å skape best mulig grunnlag for behandling som kan gjøre pasienten bedre i stand til å leve med plagene.

For at diagnosestudier skal finnes verdige til en plass i EBM-systemet må de vise resultater som kan betraktes som ”bevis” eller ”evidence”. Når fibromyalgipasientene kommer til legene med sine smerter og plager, som verken umiddelbart synes utenpå eller lar seg feste til røntgenfilmen, velger legene å tro på dem, ut fra det de forstår av samtalen og den kliniske undersøkelsen. Det som styrer deres vurderinger er en rasjonalitet som ligger nærmere dagliglivets enn den vitenskapelige medisinen. Legenes begrunnelse for å skifte teoretisk forankring for sin kliniske resonnering er, som vi har sett, deres erfaring med at medisinsk kunnskap verken hjelper dem til å forstå plagene eller behandle dem. Vi er tilbake til gapet mellom medisinsk forskning og praksis.

Hva kan vi si om EBM som brobygger etter denne runden? Jo, det materialet som broen bygges av er små, spesifikke kunnskapselementer som er blankpolert av vitenskapelig objektivitet. Ideelt sett skal de være uberørt av menneskelig subjektivitet, både på subjekt og objektsiden. Kunnskapselementene er støpt i en form som ble ”patentert” for

over 150 år siden. EBM-broen inneholder ikke noe materiale som kan binde enkeltelementene sammen, tvert imot, - avgrensning og oppdeling er idealet. Det eneste som kan gi inntrykk av å ha en sammenbindende funksjon er kjeden av regler for hvordan kunnskapselementer kan hentes ut av systemet. En annen sak er at materialet i broen ikke er tilpasset grunnforholdene i det praksisfeltet den er rettet mot. Ut fra dette er det min vurdering at materialet i EBM-broen ikke er egnet til å bære vekten av de kompliserte, sammensatte og mangetydige helseproblemene som preger dagens samfunn.

Klinisk praksis består av møter mellom mennesker, i situasjoner definert av fysiske og organisatoriske strukturer. Pasienten kommer med sine plager, sin oppfatning av virkeligheten, sin lidelse og sin mer eller mindre klare forventninger til legen. Denne kommer også med sin forforståelse, inkludert sin faglige kompetanse (Thornquist 1998a). Sammen skaper de innhold i konsultasjonssituasjonen. Her formidles helseproblemer via verbale utsagn og kroppslige symptomer og uttrykksformer, på måter som ikke alltid gjør det lett å plassere dem i forhold til klare avgrensede diagnostiske tegn eller kriterier.

Når den medisinskfaglige kunnskapen ikke rekker til for å forstå pasientens plager, aktiviserer legene, fra min undersøkelse, kunnskap fra dagliglivets virkelighet ut fra erkjennelsen om at det er i dagliglivets oppgaver og samhandlingsmønstre at smerte og tretthetssymptomer utvikler seg. Det er i forhold til dagliglivets aktiviteter at sykdom gir problemer, og det er her lidelse oppleves som meningsløs eller finner sin mening.

Oppsummert: Jeg er enig med EBM-systemets talsmenn i at det er et gap mellom medisinsk forskning og praksis. Men jeg er uenig i at dette skyldes praksisfeltets manglende evne til å utnytte kunnskap fra nyere forskning. Det kan heller ses som et uttrykk for at den vitenskapelige medisinen og den virkeligheten som leger møter i sin praksis tilhører ulike meningsunivers. Forskjellen blir kanskje spesielt stor i allmennpraksis hvor pasientenes virkelighet i større grad enn på sykehus spiller med i, og danner premiss for de kliniske situasjonene. Jeg argumenterer dermed mot antagelsen om at det er den kunnskapen som er utviklet ved hjelp av gullstandarden og EBM-systemets prosedyrer og kriterier, som best kan utjevne skillet mellom klinisk praksis og forskning, og gi bedre praksis. I stedet mener jeg utfordringen ligger i å ta i bruk og utvikle forskningsmetoder som er bedre egnet til å gripe den virkeligheten som danner referanseramme for de lidelser mennesker i dag sliter med. Da kan vi kanskje få frem kunnskap som kan bidra til bedre forståelse for, for eksempel pasienter med kroniske muskelsmerter. At dette virkelig er en utfordring for den medisinske vitenskapen skal jeg forsøke å belyse når jeg i neste kapittel plasserer den i Kuhn's vitenskapsteoretiske perspektiv.

## Kapittel 5

# VITENSKAPELIGHET – PROFESJONALITET – KLINISK SKJØNN

### Medisinsk vitenskap i lys av Kuhns teorier

Jeg velger å bruke Kuhns teori om vitenskapens struktur som ramme for mine refleksjoner om den medisinske vitenskapen. Han bruker begrepet "paradigme" om det sett av modeller eller mønstre som er akseptert innenfor en vitenskap, og som produserer resultater som et fellesskap av forskere definerer som vitenskapelige. For å bli godtatt som et paradigme må en teori og dens metoder fremstå som bedre enn alternativene. Med andre ord, det må ha vist at den egner seg bedre enn konkurrerende teorier til å løse de problemene forskerfellesskapet er opptatt av. Paradigmebegrepet er nær knyttet til begrepet "normalvitenskap":

Personer som forsker innen det samme paradigmet er forpliktet overfor de samme regler og standarder for vitenskapelig praksis. Slike forpliktelser, og den enighet de åpenbart fører med seg, er forutsetninger for normalvitenskap, dvs for at en bestemt forsknings-tradisjon vinner frem og blir videreført (Kuhn [1962] 1996: 24).

Normalvitenskapen bygger på en antagelse om at forskningsfellesskapet vet hvordan verden er. Mye av vitenskapens suksess skyldes at fellesskapet er beredt til å forsvare denne antagelsen, koste hva det koste vil (ibid: 19).

I motsetning til hva man skulle tro når det er snakk om vitenskap, er normalvitenskapens oppgave altså ikke å frembringe nye teorier, men å klargjøre det som allerede ligger innenfor den rammen som paradigmet setter - velge ut relevante data, og bringe data og teori i overensstemmelse med hverandre. Det som ikke passer inn i paradigmatets form blir faktisk ikke lagt merke til. Med andre ord, den viktigste oppgaven til forskning innenfor normalvitenskapen er å frembringe resultater som styrker paradigmatets stilling. Normalvitenskapen er ikke innstilt på å oppdage noe uventet. Ikke desto mindre hender det jo at forskerne får resultater som ikke passer inn i paradigmatets formel. Disse kaller Kuhn for "anomalier". De indikerer at forskeren har dumpet borti et problem som ikke er forenlig med forskningsmetoden. Hun/han har enten vært utenom paradigmatets virkeområde, eller det har skjedd endringer i det feltet normalvitenskapen er tilpasset.

Anomalier utfordrer paradigmatet. De krever nye begreper for å begripes, og de stiller spørsmål ved de etablerte "fakta" og teorier. Hvis de stadig dukker opp, skaper de etter hvert krise innenfor normalvitenskapen. Anomalier fremtvinger oppløsning av paradigmatet og utskifting av de normalvitenskapelige problemene og teknikkene. Dette kan bare skje ved en revolusjon, dvs tiltak som strider mot det etablerte paradigmatet, men som må til hvis man skal få utvikling. Denne utviklingen innebærer da en endring

av verdensbildet eller virkelighetsforståelsen innen det aktuelle feltet. Historien er full av eksempler på dette. Kopernikus skapte med sin heliosentriske modell en ny forståelse for solens og planetenes stilling i forhold til hverandre. Einstein utviklet kvantemekanikken og relativitetsteorien på bakgrunn av anomali-resultater ved bruk av Newtons fysikk.

Kuhns analyser konkluderer med at vitenskapelig utvikling skjer gjennom revolusjoner, ikke ved de kumulative prosessene i normalvitenskapene. Selvsagt utvikles det også kunnskap her, men, hevder Kuhn, det er fordi forskerne innenfor disse vitenskapene "... konsekvent velge[r] ut problemer som kan løses ved hjelp av de begrepelige og instrumentelle teknikkene de har til rådighet" (ibid: 100). Det er imidlertid bare når forsøkene deres mislykkes, når de støter på fenomener som ikke lar seg utforske ved hjelp av eksisterende paradigmer at de er i stand til å frembringe nye teorier. Kuhns hovedanliggende er derfor å oppfordre til ny vurdering av kjente data (ibid: 10)

### **EBM som konserveringsmiddel?**

Hva ser vi så hvis vi plasserer EBM i dette vitenskapsteoretiske perspektivet? Jo, vi ser forskningsresultater frembrakt gjennom normalvitenskapelig praksis. I følge Kuhn er det viktig å se vitenskap i en historisk sammenheng. Det bidrar Sackett & co til gjennom sin plassering av EBM's "philosophical origin" i den medisinske forskningspraksisen som startet i Paris på begynnelsen av 1800-tallet (Sackett m.fl. 1997). Vi er da i opplysningstidens kjølvann hvor man var opptatt av å komme bort fra tidligere tiders metafysiske spekulasjoner, og vinne fram til "sikker kunnskap" ved hjelp av "bevis". Der drev Bichat sitt dokumentasjonsarbeid ved å påvise patoanatomiske forandringer på subjektløse kropp. Magendie oppdaget nye ting gjennom sine kontrollerte fysiologiske forsøk og Louis fikk fram mer "sikker kunnskap" om behandling ved hjelp av kontrollgrupper og statistikk. Som vi har sett tidligere: Her etableres gullstandarden for den medisinske forskningen - det randomiserte, kontrollerte forsøket - som er kjernekrateriet for bedømmelse av de forskningsresultatene som får plass i EBM-systemet.

Med støtte i Kuhns teori drister jeg meg til å stille spørsmål ved om det egentlig har skjedd noen utvikling i medisinsk forskning og teorigrunnlag de siste 150 årene. Jeg hører protestene: Tenk på alt det medisinsk forskning har oppnådd. Den enorme suksessen den har hatt med å finne årsaker til og behandling for sykdom. Er det ikke takket være medisinsk forskning at vi er kvitt mange av de epidemiene som herjet i tidligere tider? Er det ikke den som har utviklet undersøkelsesmetoder som kan oppdage de minste uregelmessigheter i kroppen? Er det ikke den medisinske vitenskapen som har gjort det mulig å utføre de mest kompliserte operasjoner, selv på fostre i mors liv? Jo, det er sant at medisinsk forskning har oppnådd dette, og mye mer.

Allikevel opprettholder jeg spørsmålet mitt. Slik jeg ser det, er nemlig alle de fantastiske medisinske forskningsresultatene som vi stadig hører om, resultat av de samme vitenskapelige premisser og handlinger. De er frembrakt innenfor normalvitenskapens referanseramme, der det paradigmet som ble utviklet for 150 år siden har styrt

problemformulering, forskningsmetode og kriterier for vurdering av resultater. Det er EBM's gullstandard som utgjør kjernen i dette paradigmet. Uansett hvor fantastisk vi synes resultatene er, så er de ikke annet enn reproduksjoner av det samme, bare i stadig større detaljrikdom. De representerer samme type kunnskap og fører derfor ikke til utvikling av ny teori i Kuhnsk forstand.

Jeg mener å finne støtte for dette synet i Ole Bergs analyse av den medisinske ideologien. Han knytter sitt resonnement til medisinsens reduksjonistiske karakter. Det vil si at de fenomenene som studeres deles opp og reduseres til noe mindre enn det de er. Delene manipuleres så ved hjelp av ulike vitenskapelige metoder.

Dette perspektivet er egentlig fantastisk - i den grad det er holdbart. Og det er fantastisk fordi det stiller *uendelig* kunnskapsøkning og *uendelig* maktøkning i utsikt. Det gis nemlig, i prinsippet, ingen grenser for hvor langt en reduksjon kan drives. Man kan alltid ta et skritt «nedover» og «innover». Slik vil mer og mer av livsprosessenes grunnlag i bokstavelig forstand kunne avsløres. Samtidig vil inngrepsgrunnlaget bli økt. (Berg 1978: 14-15).

Og denne strategien har som sagt vist seg å gi resultater. Den har høstet mye suksess i form av identifisering, behandling og forebygging av infeksjonssykdommer og andre lidelser man tidligere døde av. Den har dokumentert sykdomsprosesser på organ- og cellenivå osv. Med andre ord: Den reduksjonistiske tilnærmingen og gullstandarden har vist seg nyttig i forhold til mange helseproblemer. Felles for disse problemene er imidlertid at de passer inn i formelen til det medisinske paradigmet. Eller rettere sagt, de har latt seg forme slik at de passer inn. Hva da med helseproblemer som ikke lar seg omforme?

Det skal også tas med at medisinen, som reduksjonistisk foretak, er konkret og spesifikt orientert. *Fordi* den er det vil den naturlig rette seg mot og utvikle kompetanse overfor velavgrensede, dekomponerbare problemer. Sammensatte og diffuse problemer vil tiltrekke medisinen mindre: Slike typer lidelser "gir vanskeligere etter" for den "innovervendte" (spesialiserte) medisin (ibid: 23).

Vi er tilbake til de lidelsene som mangler konkrete og spesifikke tegn, som fremtrer på måter som gjør at de ikke lar seg fange av det medisinske paradigmet og gullstandardens metoder. Det foreligger en rik dokumentasjon, både innen medisin og samfunnsforskning, på at det nettopp er de sammensatte plagene, som bruker mye av allmennlegetjenestens personellressurser og legger beslag på store deler av det norske helse- og sosial budsjettet (Norges forskningsråd 1993, Abusland, Natvig (red) 1995, Lian 1996, Gjesdal, Kristiansen 1997, NOU: 1999: 13). Det har fra legehold vært hevdet at pasienter med denne type lidelser ikke hører hjemme i medisinen. Kanskje er det riktig. Kanskje er det andre fagdisipliner som er nærmere til å utvikle paradigmer som gjør det mulig å forstå disse plagene bedre. Men problemet er ikke løst av den grunn. Siden medisinen overtok for kloke koner og folkemedisinere har det foregått en gradvis medikalisering av samfunnet (Illich/Hoff 1975, Michelsen 1989), drevet frem av en selvforsterkende mekanisme av medisinsk ideologi. Biomedisinen gir løfte om å løse de fleste sykdomsgåter bare den får ressurser nok. Suksessen som allerede er oppnådd med

denne ideologien, samt medisinenes maktposisjonen i samfunnet og folks bevissthet, driver prosessen stadig videre (Berg 1978, Thornquist 1998a, b). Derfor er legekantorene fulle av mennesker som kommer til medisinen med smertene sine.

EBM presenteres som et kunnskapssystem som skal hjelpe leger å drive bedre og mer vitenskapelig praksis. I lys av Kuhns teorier kan det forstås på en helt annen måte. EBM-systemet etableres i en tid hvor avstanden mellom det medisinske paradigmat og de helseproblemer som skal løses ved hjelp av den kunnskapen det produserer, synes å øke. I følge Kuhn er det nettopp på slike punkt i normalvitenskapen at forskerfellesskapet mobiliserer for å opprettholde paradigmatets troverdighet. Krisen må avverges eller skjules. Kan EBM forstås som et middel som bevisst eller ubevisst har til hensikt å gjøre nettopp det? Etter min oppfatning - ja. Hvis den medisinske vitenskapen virkelig tok innover seg det faktum at den i økende grad kommer til kort overfor de helseproblemer som er grunnen til flest legebeseøk i dagens helsetjeneste, så ville det ha utløst en vitenskapelig krise. Hvis den hadde våget å sette søkelyset på sine egne forskningsideal og metoder, så ville den sett at de ikke er egnet til å frambringe resultater som bidrar til økt forståelse for kroniske muskelsmerter og trette kropper. Hvis den medisinske vitenskapen hadde tatt på alvor alle de mislykkete forsøkene på å bruke gullstandarden for å finne forklaringen, for eksempel på fibromyalgi, så ville den stilt spørsmål ved sitt eget paradigme. Da først ville veien til vitenskapelig revolusjon og utvikling av ny medisinsk teori på dette feltet være åpen. I stedet samles trossene under den nye fanen EBM, og gullstandarden blankpusses.

## **Fra profesjonell utøver til teknikker?**

I begynnelsen av februar 2000 var jeg, som nevnt, på et møte i Medisinsk-etisk forum på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Temaet var: "Hva trenger vi leger til?" Filosof Åge Wifstad, som innledet, tok utgangspunkt i en artikkel av Ole Berg (1998) og relaterte innholdet i den til EBM-ideologien, med Sackett m.fl. (1997) som referanse. Budskapet var at legekunsten er truet, og scenariet for framtiden at legerollen, slik vi kjenner den, forsvinner. Wifstad mente av legen vil komme til å bli en rådgiver på et intellektuelt plan, og at andre yrkesgrupper overtar "det andre". Jeg tror Wifstads antagelser har mye for seg, og vil trekke frem noen momenter som kan belyse det. Jeg starter med noen sitater fra artikkelen til Ole Berg:

Faglig har det skjedd en utvikling som gjør medisinen mer attraktiv - den kan tilby mer enn før. Samtidig innebærer denne utviklingen at skjønn og den personlige tilpasningen av omsorgen marginaliseres. .... I den grad det faktisk ligger noe viktig i den personlige kunnskapen, i den grad innebærer også kunnskapsobjektivering, hvis den allmenngjøres, en omkostning. ... Det er bare i den grad legen kan og skal utøve skjønn og bruke seg selv som person at autonomien kan begrunnes. Blir kunnskapen helt objektivisert, kan nok medisinen si den har beholdt autonomien, men det er en abstrakt autonomi ingen enkeltlege vil føle. Enkeltlegen blir redusert til eksekutør, en eksekutør som løpende kan og vil bli overvåket av fremmede. Prosedyremedisinen og elektronikken gjør det mulig. (Berg 1998: 1419).

Bruken av begrepet autonomi i disse sitatene er knyttet til forståelsen av legen som profesjonell utøver. Hovedbudskapet er at den medisinske profesjonaliteten er truet fordi de kjennetegnene som gjør legen til profesjonell yrkesutøver er i ferd med å forsvinne. Slik Berg fremstiller det, kan dette ses som logisk konsekvens av den medisinske ideologien. Den lover uendelig fremgang, bare den får bruke sine metoder - "gullstandard-varianter" - og får de midlene som skal til for å forske (Berg 1978).

Det objektive kunnskapsidealet gjør at resultater tilveiebrakt av teknikk og elektronikk vurderes som mer "sikre" enn de legen får fram gjennom sin kliniske undersøkelse. Kunnskapen som bygger på "machine-produced laboratory results" (Haynes m.fl. 1998) er så "sikker" at det ikke er nødvendig eller rom for legen å utøve skjønn. "Skjønn" er så og si innebygd i teknikken. Med andre ord, teknikken og elektronikken kan forstås som tingliggjort medisinsk ideologi. Når så i tillegg den diagnostiserende elektronikken flyttes inn i hjemmene til Hvermannsen, slik at vi kan få gjort helsesjekk på nettet, som det sto om i Dagbladet 14.5.00 (Alver 2000: 22), er det ikke rart at man stiller spørsmål om hva leger kan brukes til.

Med den objektive kunnskapens endelige seier vil personlig erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn være "utgått på dato". Da vil legen være redusert til tekniker. De faglige vurderingene, som er et av kjennetegnene på det å være profesjonell yrkesutøver, vil bli ivaretatt av elektronikken. Slik jeg ser det, har EBM-systemet alle forutsetninger for å fungere som et "nyttig" redskap i denne prosessen.

Men - som jeg har forsøkt å vise, så finnes det motkrefter mot denne utviklingen. De er i denne boken representert ved allmennlegene, som ikke er redde for å gå på akkord med fagets idealer om objektivitet og dekontekstualisering. De tar pasientens plager på alvor, selv om de, målt etter medisinsens standard, forekommer ytterst diffuse og lite troverdige. De utøver skjønn basert på faglig kunnskap, egne erfaringer, situasjonsforståelse og innlevelse, og stiller spørsmål ved diagnostiske kriterier og diagnosens funksjon. De legger vekt på å etablere dialog og samarbeid med pasienten og ser dette som en integrert del av behandlingsopplegget. Det er disse motkreftene som er målgruppe for EBM-systemet.

## **Evidensbasert medisin versus klinisk skjønn?**

Når EBM strekkes ut som en hjelpende hånd til leger for at deres praksis skal bli mer forskningsbasert, så er budskapet at de bør satse på "sikrere", mer objektiv kunnskap, som grunnlag for det de gjør. Gjennom dette skal praksis bli bedre. Slik jeg ser det, vil EBM-systemet i stedet kunne bidra til å svekke kvaliteten på praksis. Med utgangspunkt i Bergs analyse mener jeg at det kan forsterke marginaliseringen av det kliniske skjønn, fordi det så ensidig fokuserer på objektive sykdomstegn, målbare variabler og statistisk signifikans, som grunnlag for diagnose og behandling. EBM gjør det vanskeligere å legge vekt på ting som å *skjønne pasientens problem* og *få verifisert diagnosen gjennom dialog med pasienten*, slik allmennlegene la vekt på. Det å prøve å forstå pasientens symptomer kontekstuellt er uinteressant eller irrelevant i EBM-perspektiv. Med sitt gullstandard-krav til forskning representerer EBM-systemet en



form for kunnskap som er utviklet på andre premisser enn de som gjelder i pasientens og praksisfeltets virkelighet.

Jeg hører protestene: EBM's hensikt er ikke å utradere eller svekke det kliniske skjønnnet, tvert imot, det skal gi et "sikrere" grunnlag for å utøve dette skjønnnet. Men - hvordan kan forskningsresultater som er fremkommet ved hjelp av de strengeste kriterier for objektivitet og kontekstuaavhengighet danne et "sikkert grunnlag" for å forstå subjektive smerter som ikke lar seg "bevise" ved hjelp av laboratoriemaskiner, bare forstås i sammenheng med det levde livet? Hvordan kan forskning som har som ideal å redusere den "menneskelige faktor", i alle ledd, til det minimale, gi et gyldig grunnlag for å skjønne menneskelig lidelse? Hvilken innvirkning vil EBM-systemets påstander om sammenhengen mellom legers kjennskap til nyere medisinsk forskning og "bedre praksis" ha for legens vektlegging av den informasjon pasienten selv kommer med? Er ikke selve begrepet "klinisk skjønn" en anakronisme i EBM-sammenheng?

Som tidligere nevnt er "evidence-based" blitt oversatt til "kunnskapsbasert" (Nylund 1999, Nielsen 1999, Jamtvedt m.fl. 2000). Dermed tilsløres de erkjennelsesteoretiske og paradigmatisk implikasjonene som er knyttet til EBP-systemet. De ville blitt tydeligere hvis man hadde brukt den direkte oversettelsen "bevisbasert". Evidens er et begrep hentet fra latin som består av: ex: av/fra og videre: se, direkte oversatt: Av å se. I ordbøker blir det til "innlysende visshet" (Landro, Wangenstein (red) 1988, Berulfsen, Gundersen 2000). Det dreier seg altså om å få "innlysende visshet" gjennom direkte og "forutsetningssløs" observasjon. Ved å bruke begrepet "bevisbasert" eller rett og slett "evidensbasert" ville man for det første synliggjøre hvilket kunnskapsideal som ligger til grunn for EBM, for det andre bidra til å problematisere forholdet mellom EBM og klinisk skjønn.

## Vitenskap og praksis

I ingressen til en av artiklene om "kunnskapsbasert fysioterapi" står det: "Forskningsbasert kunnskap har sine klare begrensninger og kan derved ikke være den eneste kilden for faglige valg" (Jamtvedt m.fl 2000: 22). I teksten påpekes at "kunnskapsbasert praksis" omfatter mer enn forskningsbasert kunnskap. Men: "Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskilde for fagutøvelsen" (ibid: 24). Tross alle forbehold - og i tråd med EBM-ideologien, - kan det siste sitatet ikke misforstås: Forskningsbasert kunnskap bør ha forrang når det gjelder faglige beslutninger i praksis. Jeg vil peke på to forhold ved en slik prioritering som kan ha uheldige implikasjoner. For det første at forskning og vitenskap i stedet for være redskaper til kritisk analyse av praksis vil kunne få en normativ funksjon. I en artikkel som setter kritisk søkelys på EBP innen psykologi, tar Tor-Johan Ekeland opp dette problemet. Han peker på at vitenskapen historisk sett har utviklet seg som etterprøving av praksis, men at det på 1800-tallet skjedde en endring som tilsa at vitenskapen skulle komme først, deretter praksis.

I ekstremar av dette slaget ser vi straks at vitenskap då blir ideologi – at den så og seie går utover sitt eige grunnlag ved ikkje berre å seie noko om korleis tinga er, men også kor-

leis dei bør vere. Det er nettopp ei slik sida ved programmet "evidensbasert behandling" eg vil undersøkje - ...". (Ekeland 1999: 1037)

Undersøkelsen bringer ham til følgende konklusjon:

Den evidensbaserte bølja representerer difor noko nytt, og det nye er ikkje empirisk forskning *på* praksis, det har ein halde på med på seriøst vis i snart femti år. Det nye er empirisk kontroll *av* praksis, ein intensivert empirisme med prediktor forskning i framsett. Den teoretiske (og vitenskapsteoretiske debatten) har hamna i bagasjeromet om den i det heile teke er med (ibid: 1039)

I dette perspektivet blir EBM ikke bare noe som bidrar til å styrke fundamentet for faglige beslutninger, men det blir normgivende og styrende for praksis. Med gullstandarden som mål for "den gode praksis" er det grunn til å stille spørsmål om hva som blir igjen av, for eksempel fysioterapien, hvis vil velger EBM som rettesnor for praktisk yrkesutøvelse og faglig dokumentasjon i framtiden.

Det andre forholdet jeg vil peke på knytter seg nettopp til spørsmålet om hva EBM som normativt prosjekt kan gjøre med praksis. I en kronikk i Dagbladet 21. oktober 2000 setter professor i psykiatri Einar Kringlen, under overskriften "Krisepsykologi som industri", søkelyset på den økende bruken av psykologiske kriseteam. Dokumentasjonen for sin skepsis til krisepsykiatrien finner han i Cochrane systemet:

Innen medisin og psykiatri er det mange behandlingsmetoder som ikke er skikkelig vitenskapelig evaluert. Derfor har særlig engelske forskere de siste årene etter initiativ fra epidemiologen Archie Cochrane gått i brodden med kontrollerte vitenskapelige behandlingsundersøkelser for å avskaffe uvirksomme og fremme virksomme terapier. I en slik Cochrane-oversikt fra 1998 gikk psykiateren Simon Wessely og medarbeidere igjen om de få gode undersøkelser som fantes om individuell debriefing etter ulykker (Kringlen 2000).

Når uttrykket "gode undersøkelser" brukes i forbindelse med Cochrane-systemet, vet vi at det betyr randomiserte klinisk kontrollerte forsøk av høy gullstandard. Konklusjonen til forskerne var at debriefing ikke hindret posttraumatisk syndrom, men kanskje heller forverret tilstanden.

Leder av Senter for Krisepsykologi, psykolog Atle Dyregrov, tar til motmøle i Dagbladkronikk 4. november 2000. Han skriver:

Den såkalte Cochrane-rapporten tillegges stor vekt av Kringlen og andre psykiatere. Her tas det med metodisk sterke undersøkelser, men dessverre stilles det meget få krav til den "debriefing" som tilbys (Dyregrov 2000).

Som begrunnelse for denne påstanden gjennomgår Dyregrov en av de tre studiene som Cochrane-rapporten bygger på, og viser at det debriefingsopplegget som er gjenstand for undersøkelsen ligner lite på de som vanligvis gjennomføres i praksis. Han kaller det "meningsløs og uprofesjonell intervensjon". Videre sier han: "Studiene som Kringlen refererer til, har lite til felles med skikkelig utført kriseintervensjon som følges opp gjennom senere samtaler" (Dyregrov 2000).

Jeg har valgt å ta med disse innspillene, ikke for å drøfte krisepsykologi, men fordi de illustrerer problemer knyttet til forholdet mellom forskning og praksis. For Kringlen er det tydeligvis viktig å kunne underbygge sin tvil om krisepsykologiens plass i dagens samfunn med "skikkelige" vitenskapelige undersøkelser. Derfor legger han vekt på det metodiske aspektet ved de undersøkelsene han viser til. Dyregrov gir Kringlen rett i at Cochrane rapportene regnes for å være metodisk sterke, men hva hjelper det når den behandlingen de undersøker ikke er i samsvar med det praksisfeltet vurderer som god behandling ut fra faglige, profesjonelle og situasjonsorienterte kriterier? Det virker altså som om de trekkene som særmerker den gode praksis ofres på vitenskapens alter. Behandlingen tilpasses forskningsmetodene mer enn de mennesker den er rettet mot og de situasjoner den utøves i, slik at den ikke lenger kan karakteriseres som god for brukeren. I neste kapittel ser jeg nærmere på forholdet mellom EBP og fysioterapifaget.

## Kapittel 6

# FYSIOTERAPI – ET FAG FOR FRAMTIDEN

I dette kapitlet vender jeg igjen blikket mot fysioterapifaget og prøver å vurdere dets forhold til EBP i lys av de perspektivene som er trukket opp i de foregående kapitlene. Det bør gi grunnlag for ettertanke og refleksjon. Hvordan kan EBP-systemet hjelpe fysioterapeuter å dokumentere fagutøvelsen hvis vi mener at vi i praksis møter kroppar som ikke bare er biologiske størrelser, men også bærere av livserfaring? Kropper som samtidig er biologiske, kulturelle og sosiale, og som må forstås kontekstuellt? Hvis vi tar innover oss at de fleste mennesker som fysioterapeuter møter i sin praksis sliter med smerte og funksjonsforstyrrelser som vanskelig lar seg gripe av det medisinske paradigmet, så har det evidensbaserte systemet klare begrensninger. Hvis vi øyner kompleksiteten i mange av de kroppslige plagene som fysioterapeuter må forholde seg til, skjønner vi at vi finner liten hjelp i et system hvis ideologi er å splitte opp og redusere sammensatte fenomener til håndgripelige størrelser for medisinske forskningsmetoder.

Kanskje vi i stedet for å omfavne den evidensbaserte fysioterapien (EBF) bør søke teoretiske perspektiver som hjelper oss å forstå hvilken betydning det følsomme håndgrepet har i fagutøvelsen. I stedet for å tilpasse praksis til EBP-systemets objektive standarder satse på dokumentasjonsformer som hjelper oss å vurdere hva nærhet til pasienter over tid, og kontinuerlig tilpasning av tiltak ut fra reaksjoner på undersøkelse og behandling, betyr. I stedet for å kapitulere overfor argumenter om at observasjon av bevegelsesmønstre og palpasjon av vevskvalitet er subjektiv synsing og ikke vitenskapelig registrering, være på vakt overfor forskningsmetodiske krav som fordreier fagutøvelsen. I stedet for å lete etter kvantifiserbare størrelser for å tekkes EBM-idealet, arbeide med å utvikle begreper som best mulig griper og gjør begripelig det som er fysioterapifagets egentlige anliggende.

Hvis vi lar være å gi etter for EBP's implisitte krav om å standardisere fysioterapipraksis for at den bedre skal passe inn i systemet, og heller våger å ta fagets egenart på alvor, kan vi kanskje bidra til et paradigmeskifte. Om vi bruker vår faglige kompetanse til å finne ut hvordan vi kan gjøre den levende, autentiske og mangfoldige fysioterapi-praksisen til gjenstand for forskning, kan vi kanskje utvikle ny og mer relevant teori, som kan bidra til bedre tilbud for brukere av fysioterapitjenester. Men det krever at vi ikke lar oss fange av den medisinske tenkningen og forskningsmetodikken. I stedet må vi rette blikket mot særtrekk og kvaliteter i egen praksis. Da først kan vi kanskje bli i stand til å ta i bruk og utvikle alternative forskningsmetoder, som kan bidra til å bygge ned skillene mellom den virkeligheten vi møter i praksisfeltet og den virkeligheten vitenskapen representerer. Ønsker vi å dokumentere faget på måter som virkelig fokuserer på dets særegenhet, forutsetter det at vi er i stand til å se hva dette er og så gjøre det til gjenstand for forskning og kritisk analyse. Fysioterapifaget trenger ny teori

å forankre sin praksis i. Men den må være i samklang med fagets innerste vesen. Det finnes kolleger som har vist vei og kommet med viktige bidrag i denne sammenheng (Thornquist 1988, 1996, 1998a, 1998b, Engelsrud 1990, Gretland 1999).

Eline Thornquist fokuserer for eksempel på hvor viktig det er å forstå møtet mellom pasient og fysioterapeut som en kroppslig kommunikasjons- og samhandlingssituasjon, der bruk av fysioterapifaglige metoder må ses som en integrert del av denne kommunikasjonen (Thornquist 1998a). Det representerer en stor metodisk utfordring å forske på, og dokumentere fagets terapeutiske potensial i dette perspektivet. Da kan man ikke, slik fysioterapiforskningen ofte gjør, skille behandlingsmetoder fra kontekst, kommunikasjon, tolkning og vurderinger, lage standardbetingelser og kontrollgrupper for å dokumentere virkning av metoden, og la vær å forholde seg til alt det andre som skjer i samhandlingen. Det er jo nettopp i sammensmeltningen mellom disse dimensjonene at mulighetene til å utøve klinisk skjønn og profesjonell virksomhet ligger. Fokuserer vi bare på å utvikle kunnskap om metodene, uten å ta de andre aspektene med, forblir de bare teknikker som appliseres på biologiske kropp, og fysioterapeuten er tilbake i rollen som tekniker.

Ekeland tar opp forholdet mellom spesifikke behandlingsteknikker og relasjonelle aspekter i psykoterapi. Mens førstnevnte tydelig faller innenfor interessefeltet til EBP, hevder EBP-tilhengere at sistnevnte ikke er tilstrekkelig underbygd av forskning. Dette argumenterer Ekeland imot, og viser til at 40 års forskning på psykoterapi-praksis kan dokumentere "At dette relasjonstilhøvet, spesielt slik klienten opplever det, heftar for mest varians til å forklare utfall av psykoterapi... relasjonstilhøvet heftar for ein langt større varians enn sjølve teknikken" (Ekeland: 1042). Selv om dikotomiseringen av teknikk og relasjon i behandling er så problematisk at det nesten er villedende å bruke denne referansen, har jeg allikevel valgt å gjøre det, fordi den på ett nivå bidrar til å underbygge skepsisen til det evidensbaserte kunnskapssystem som setter objektiv og dekontekstuell kunnskap i høysetet. Samtidig gir det grunnlag for optimisme i forhold til fysioterapifagets berettigelse og utviklingsmuligheter. Sistnevnte forutsetter imidlertid at vi, i stedet for å slutte rekkene bak EBF fokuserer på fysioterapifagets særtrekk og søker dokumentasjonsformer som hjelper oss å sette kritisk søkelys på den praktiske fagutøvelsen. Jeg tror at vi her finner innebygde motkrefter mot EBM-ideologien. Men det krever at vi, på den ene siden virkelig skolerer oss teoretisk, og utvikler innsikt i sammenhenger mellom det feltet som skal utforskes og de metodene som vi trenger for å gjøre det. På den andre siden forutsetter det at vi er villige til å sette vår egen praksis, slik den utøves i institutter, sykehus, sykehjem, bedriftshelsetjeneste, skoler, helsestasjoner, rehabiliteringsinstitusjoner osv under kritisk søkelys - fra ulike innfallsvinkler og ved hjelp av ulike forskningsmetoder. For det tredje må vi ta den utfordringen det er å argumentere mot hele den etablerte medisinske vitenskapen når vi velger å dokumentere vår faglige praksis på andre måter enn ved hjelp av de aksepterte biomedisinske forskningsstandarder. Men er det ikke verd å prøve?

Jeg viste i forrige kapittel til Berg og Wifstads scenarier der legen, i forlengelse av medisinenes reduksjonistiske ideologi og gullstandardens normer, blir redusert til eksekutør av prosedyrer, overvåket av elektronikk, eller ender opp som "rådgiver på et

intellektuelt plan” (Berg 1998, Wifstad 2000). Dette bør være en oppvekker, ikke bare for leger men også andre yrkesgrupper som tror de finner grunnlaget for kvalitetsheving av praksis i EBP-systemet. Med andre ord, vi fysioterapeuter bør vurdere om pasientene våre er tjent med at vi forankrer praksis i kunnskap frembrakt av metoder og teorier som er utviklet for å løse standardiserte helseproblem, uansett om den er kledd i aldri så overbevisende retorikk og hypermoderne elektronikk.

## **Bakstreversk eller framsynt?**

Som nevnt i forordet var ryktet om at fysioterapeututdanningen i Tromsø er den eneste som ennå ikke har sluttet seg til evidensbasert fysioterapi, formidlet med en lett anklagende undertone, en av inspirasjonskildene til refleksjonene i denne boken. Jeg har dermed indirekte bekreftet at ryktet taler sant. Det betyr imidlertid ikke at vi ikke er opptatt av EBP i Tromsø. Tvert imot! Skal vi kunne ”slutte oss til EBP” må vi imidlertid vite hva det er. Vi må ha innsikt i de premisser for forskning og teoriutvikling som systemet bygger på og vurdere dem kritisk. Dette er, slik vi ser det, en grunnleggende forutsetning for all vitenskapelig virksomhet, kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling. Den prosessen er vi inne i. Denne boken kan ses som en del av prosessen. Den er et forsøk på å klargjøre hvordan EBP-ideologien kan virke inn på fysioterapifag, yrkesutøvelse og teorigrunnlag. Med andre ord, skal vi kunne vurdere hvilket potensial EBP-systemet har for å bedre fysioterapipraksis, må vi vite hvilken sammenheng det står i og hvilket kunnskaps- og forskningsideal det er bærer av. Så langt har skepsisen til EBP blitt styrket, fulgt av en bekymring over hvilke negative konsekvenser EBP-ideologien kan få på praksis og kunnskapsutvikling i fysioterapifaget hvis den virkelig får gjennomslag.

Ved utdanningen i Tromsø er vi opptatt av kunnskap i fysioterapi, men vi stiller spørsmål ved om EBF representerer en type kunnskap som kan bidra til å utvikle fag og praksis. Vi er opptatt av forskning, men synes det er viktig å drøfte sammenhengen mellom vitenskapelig tilnærming og de problemene som skal utforskes. Vi er åpen for at EBP-litteraturen formidler interessant informasjon om nye forskningsfunn som vi kan trekke inn i undervisningen, men studentene må også kjenne til den kunnskapstradisjonen og konteksten disse funnene inngår i for å kunne vurdere deres relevans. Vi vil være med å utdanne fysioterapeuter som kan forankre sin praksis i solid kunnskap, men det bør være kunnskap som er egnet til å belyse og gi innsikt i de fenomenene som finnes i den praktiske virkeligheten. Vi ønsker at studentene skal kunne gjøre handlingsvalg ut fra et kart som passer med det terrenget de befinner seg i. Og - vi ønsker å pirre den faglige nysgjerrigheten deres og gi dem mulighet til å kvalifisere seg til å være med å utforske fysioterapivirkeligheten. På den måten kan de også etter hvert bidra til å gjøre fagets teori- og kunnskapsgrunnlag mer solid.

## Kapittel 7

# FRA DEBATTEN OM EVIDENSBASERT PRAKSIS I FYSIOTERAPI

Dette kapitlet kan, som nevnt i innledningen, betraktes både som en synliggjøring av den debatten boken inngår i, og en slags oppsummering av det som er skrevet i de foregående kapitlene. Det er inspirert av en kronikk i "Fysioterapeuten" hvor EBP-tilhengerne Jamtvedt og Hilde kritiserer min tilnærming til det evidensbaserte systemet. De utfordrer meg til å svare på en del spørsmål (Jamtvedt, Hilde 2001). For at debatten skal bli meningsfull for leserne vil jeg først presentere et resymé av kronikken.<sup>10</sup> Deretter kommer mitt svar på noen av de spørsmålene og utfordringene kronikken formidler.

## "KUNNSKAPSBASERT FYSIOTERAPI TILHØRER FREMTIDEN"

Dette er overskriften på kronikken (ibid). Forfatterne starter med å si at de synes det har vært interessant og lærerikt å lese artikkelserien min i *Fysioterapeuten*, men de er kritiske til at jeg har gått til primærkildene for EBM i stedet for å trekke inn deres artikler i diskusjonen. De støtter mange av synspunktene mine, blant annet at systemet ikke ukritisk bør importeres til faget vårt, og mener selv at de gjennom artiklene sine har bidratt til å tilpasse tankegangen bak EBM til norske fysioterapiforhold. De synes det er synd at jeg ikke har vurdert dette. Etter deres vurdering har det foregått en utvikling av EBM-systemet de siste årene, nettopp i den retningen jeg etterspør.

Jamtvedt og Hilde mener at jeg tegner et snevert bilde av EBM, og derfor blir mer "biased" enn jeg ville vært hvis jeg hadde lest mer hva det står for. De hevder at jeg gjennom det etablerer en "stråmann" som gjør det enklere for meg å forsvare min negative dom.

Kronikkforfatterne er enige i at medisinen og helsetjenesten kommer til kort i forhold til å forstå og behandle sammensatte lidelser, men er uenige i at det gjelder alle problemer i helsetjenesten. De hevder tvert imot at mange pasienter daglig får god og effektiv behandling. Samtidig gir de meg rett i at det er et problem at forskningen er i utakt med praksisfeltet.

---

<sup>10</sup> Jeg vil understreke at dette er min gjenfortelling og komprimering av teksten til Hilde og Jamtvedt

Når det gjelder brukerne trekker Jamtvedt og Hilde fram "brukerfornøydhets" som viktig, men stiller samtidig spørsmålet: "Er det greit nok bare brukerne er fornøyde med hva de får hos fysioterapeuten? Vi mener at det ikke er tilstrekkelig. Det bør også kreves kunnskap om et virkemiddel er bedre enn et annet" (ibid: 33).

Forfatterne trekker fram min påstand om at medisinen er et fag i krise, men stiller selv spørsmål om det ikke heller er fysioterapi som er det. De mener fysioterapimiljøet må møte denne krisen med "... flere virkemidler, metoder og kunnskapssyn" (ibid).

Som svar på mitt spørsmål etter "evidensen" for at EBM-systemet gir bedre praksis, eller at "... utøvelse av EBM er effektivt" (ibid), som de har valgt å uttrykke det, presenterer de en undersøkelse som viser sammenheng mellom krybbedød og sovende mageleie. De avslutter med spørsmålet: "Mener Ekeli at disse forskningsresultatene ikke skal ha betydning for praksis på dette området?" (ibid).

Deretter fokuserer Jamtvedt og Hilde på det de kaller "klare misforståelser" de mener jeg gjør meg skyldig i: For det første at jeg hevder at "gullstandarden" - det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT) - er kjernekrateriet for bedømmelse av forskningsresultater som får plass i EBM-systemet. Selv viser de til at av de "... fem kjernespørsmålene i helsetjenesten" (ibid), så er det bare ett som handler om effekten av helsetjenestetiltak, og det er bare i forhold til det at RCT er relevant. Videre sier de: "EBM-systemet har aldri hevdet at man kan forstå eller forklare fenomener via en RCT" (ibid).

Den andre misforståelsen de tillegger meg er min antydning om at EBM-systemet kan være et hinder for å stille relevante spørsmål som kan hjelpe oss nærmere forståelsen av sammensatte lidelser. Slik de ser det er "tvert i mot EBM-systemet et hjelpemiddel til å formulere presise spørsmål for så og anvende en egnet metode for å belyse spørsmålet" (ibid: 34).

For det tredje er de skeptiske til min påstand om at EBM vil kunne bidra til å svekke det kliniske skjønnet. De hevder at det å bruke forskningsbasert kunnskap som en informasjonskilde ikke innebærer å tone ned det kliniske skjønnet, og viser til figuren de presenterte i den første artikkelen sin (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000) hvor de skisserer tre hovedkilder til "kunnskapsbasert praksis".<sup>11</sup>

Den fjerde misforståelsen jeg tillegges er at jeg etter deres mening hevder at "Kunnskapsbasert praksis/EBM handler om forskning som teller og måler (kvantitativ forskning) og som støtter seg til den biomedisinske helsemodellen" (Jamtvedt og Hilde 2001: 34). Selv legger de vekt på at det handler om å bruke den kunnskapen som gir best mulig svar på spørsmålet en stiller, og at både kvantitativ og kvalitativ forskning er nødvendig. I den forbindelse viser de til at det innenfor the Cochrane Collaboration er etablert en arbeidsgruppe med fokus på kvalitative studier.

---

<sup>11</sup> De tre kildene er: "forskningsbasert kunnskap", "bruker" og "profesjonserfaring"



Jamtvedt og Hilde avslutter kronikken med å spørre om jeg tar utfordringen og støtter dem i utviklingen av ”kunnskapsbasert fysioterapi” - eller om jeg fortsetter å bygge stråmenn.

Det er klart at jeg tar utfordringen.

## **”DET VOKSER IKKE PÆRER PÅ EPLETRÆR”**

Jeg valgte denne overskriften på mitt svar til Jamtvedt og Hilde for å antyde at jeg langt på vei tolker kronikken deres som et forsøk på å framstille EBM-systemet med andre karakteristika enn det som formidles i EBM-litteraturen, inkludert deres egne artikler. I den forbindelse er det interessant at de, samtidig som de ”beskylder” meg for å gå til primærkildene for kunnskapen om systemet, prøver å gi inntrykk av at jeg ikke har satt meg inn i feltet: ”I sin framstilling velger Ekeli sitat og eksempler som viser et snevert bilde av EBM. Dermed blir hun selv mer ”biased” enn hun ville vært om hun hadde lest mer om hva dette står for” (Jamtvedt, Hilde 2001: 33). Jeg mener selv at jeg har lest mye og representativ EBM-litteratur. Slik jeg ser det, dreier det seg imidlertid ikke primært om hvor mye en har lest, eller hvilke EBP-bøker. Det avgjørende er hvordan man leser - hva man legger vekt på - som igjen henger sammen med det perspektivet man leser ut fra, og hvilket man ser i teksten. For meg er dette et hovedpoeng i forhold til debatten, ja, det debatten egentlig dreier seg om. Det er også utgangspunktet for å engasjere meg i den. Dermed er vi inne i svaret mitt på kronikken til Jamtvedt og Hilde. I det følgende vil det, med små tilpasninger, bli gjengitt i sin helhet slik det ble presentert i Fysioterapeutens fagekstra nr 12, 2001:

### **Innledning**

Jeg synes det er positivt at vi får en debatt om evidensbasert praksis (EBP) i fysioterapi. Hvordan vi som yrkesgrupper velger å forholde oss til dette fenomenet vil, slik jeg ser det, kunne få store konsekvenser for både praksis og teoriutvikling i faget. Det er imidlertid vanskelig å få en ryddig debatt fordi jeg oppfatter Jamtvedt og Hildes framstilling av EBP-systemet som uklar og til dels selvmotsigende på vesentlige punkter. Jeg tror det henger sammen med forståelsen av hva EBP er.

Derfor starter jeg med å klargjøre det jeg oppfatter som EBP-systemets to funksjoner: kunnskapssøkning og kunnskapsformidling. Med utgangspunkt i spørsmålene og utfordringene til Jamtvedt og Hilde argumenterer jeg for at EBP’s endimensjonale og instrumentelle kunnskapsforståelse er utilstrekkelig og har begrenset gyldighet i forhold til å begrunne fysioterapeuters handlingsvalg i praksisfeltet. Det er derfor urimelig å gi kunnskap utviklet på EBP-systemets premisser forrang innen fysioterapifaget. På den bakgrunn maner jeg til kamp mot EBP-forkjempenes monopolisering av kunnskapsbegrepet. I stedet for ”kunnskapsbasert fysioterapi” bør det kalles ved sitt rette navn: ”evidensbasert fysioterapi”. Det er i tråd med systemets intensjoner og bidrar til å synliggjøre dets kunnskapsteoretiske perspektiv.

## Hva er evidensbasert praksis?

I likhet med annen EBP-litteratur (Sackett m.fl. 1997, 2000, Gray 1997, Levy 1997, Helewa, Walker 2000, Geyman, Deyo, Ramsey 2000, Bjørndal, Fottorp, Klovning 2000), legger artiklene til Jamtvedt og hennes medforfattere (Jamtvedt, Røsberg 1999, Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000, Hilde, Jamtvedt 2000, Jamtvedt, Hilde, Nordheim 2000, Jamtvedt, Hilde 2000 a + b) vekt på at EBP er et system for kunnskapssøkning. Vi guides til "gyldig og oppdatert" kunnskap ved å lære å stille de rette spørsmålene, finne de "rette" kunnskapskildene og vurdere forskningsfunnene i forhold til etablerte sjekklister. Med andre ord, EBP fremstilles som et omfattende og lett tilgjengelig søkersystem der "travle praktikere" kan finne "gyldig kunnskap" å forankre faglige beslutninger i. Dette ser også ut til å være en viktig begrunnelse for å introdusere EBP-systemet i fysioterapifaget (Jamtvedt, Røsberg 1999). Fysioterapeuter tilbys gjennom det et søkersystem med bruksanvisning til, som viser hvorfra og hvordan de kan innhente kunnskap. I utgangspunktet virker dette ukontroversielt. I mylderet av informasjonskilder og forskningsbaser kan det være godt med retningslinjer for hvordan man finner fram til aktuell informasjon. Vurdert som søkersystem har EBP en rekke fordeler. Det representerer et hurtigvoksende internasjonalt system som ikke bare formidler aktuelle forskningsrapporter, men også omfattende, såkalt "meta-analyser" av den nyeste primærforskningen innen ulike felt.

Det er da heller ikke EBP som søkersystem jeg setter fokus på i artiklene mine, men den kunnskapen vi finner i enden av søkene. Slik jeg ser det, er det EBP som kunnskapssystem vi må drøfte for å kunne ta stilling til dets relevans i forhold til fysioterapi fag og -praksis. Et sentralt spørsmål blir da hvilken type kunnskap EBP-systemet formidler. Dette gjøres **ikke** til tema i artiklene til Jamtvedt og Hilde m.fl. De sier riktignok i ingressen til den første at de skal klargjøre hva de mener med "kunnskapsbasert fysioterapi", og belyse hva som legges i dette kunnskapsbegrepet (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000). Men den avklaringen kommer aldri. Det er grunnen til at jeg ikke kunne forholde meg til artiklene deres i drøftingen min av EBP-systemet, slik de kritiserer meg for. De gir meg imidlertid rett i at jeg tar utgangspunkt i det de kaller "primærkildene" for den evidensbaserte medisinen (Jamtvedt, Hilde 2001: 33)

Målet til Jamtvedt og Hilde har vært å "tilpasse tankegangen bak EBM til norske fysioterapiforhold" (ibid: 33). Spørsmålet blir da hva som menes med tankegangen bak EBM, og hva det er de vil tilpasse. Jeg oppfatter at deres tilpasning hovedsakelig består i å oversette retningslinjer for kunnskapssøkning fra den internasjonale EBP-litteraturen, og erstatte legeorienterte eksempler med mer fysioterapirelevante. En slik tilpasning når imidlertid ikke inn til "tankegangen bak EBM". For meg utgjøres den av det kunnskapsidealet som systemet bygger på. Når jeg gjør dette til hovedpoeng i min vurdering av EBP beskyldes jeg for å tegne "et snevert bilde av EBM" og "etablere en "stråmann". Det synes jeg er underlig, og vil heller spørre hvordan man kan tillate seg å benytte begrepet "kunnskapsbasert" uten i det hele tatt å drøfte begrepet "kunnskap", eller synliggjøre hvilken type kunnskap som danner denne basisen. Ekland (1999) peker på det samme problemet innen psykologifaget. Kan denne neglisjeringen av kunnskapsdimensjonen i EBP være uttrykk for en slags erkjennelse av at det da kanskje

ikke lenger er snakk om å tilpasse EBP til norske forhold, men heller det motsatte? - at det egentlig dreier seg er om å tilpasse faglig praksis og forskning til det paradigmet som EBP-systemet er bærer av?

## **Kunnskap i EBP-systemet**

Når EBP-litteraturen, inkludert Jamtvedt og Hilde, snakker om kunnskap er det oftest sammen med begreper som "oppdatert", "forskningsbasert" og "gyldig". Kunnskap som så langt som mulig er grunnnet i "evidens". EBP-kunnskapen blir dessuten også ofte framstilt som noe annet og sikrere/bedre enn erfaringsbasert kunnskap og skjønn.

"Oppdatert" er et av de mantraene som går igjen i argumentasjonen for EBP-systemet. Praktikerne skal "oppdateres" gjennom "oppdatert" kunnskap. Begrepet kom inn i språket vårt med dataalderen, i forbindelse med ajourføring av dataregistre eller dataprogrammer (Landrø, Wangensteen (red.) 1988). "Oppdatert" er altså et begrep som er hentet fra det teknologiske fagfeltet, noe som neppe er tilfeldig. Slik jeg ser det samsvarer det godt med den kunnskapsteoretiske forankringen av EBM. Kunnskapsidealet bygger på en mekanistisk virkelighetsforståelse hvor objekter forholder seg til hverandre etter årsak-virkningsprinsippet. Man får kunnskap om objektene ved å dele dem opp i elementer som hver for seg kan utforskes inngående. Hvert element kan igjen deles opp i mindre enheter osv. Innenfor en slik forståelse er det ikke grenser for hvor mye ny delkunnskap som kan utvikles, med et tilsvarende behov for "oppdatering".

Berg viser at det nettopp er dette reduksjonistiske perspektivet som preger den moderne medisinen, noe som blant annet reflekteres i en stadig oppsplitting og spesialisering. Samtidig hevder han at medisinen gjennom dette kunnskapsidealet taper blikket for helheten. I et slikt perspektiv blir helse bare en syntese av godt fungerende deler, som i prinsippet alltid kan forbedres (Berg 1978). Det får vi stadig flere eksempler på, som i et program med fjorårets nobelprisvinnere (NRK 15.04.01). Der sa en av medisinene blant annet at han ikke så noe betenkelig i at forskningen utvikler medikamenter som kan endre personligheten til mennesker som ikke er fornøyd med seg selv, eller øke yteevnen på ulike felt utover det de har anlegg for. At den etiske dimensjonen ikke trekkes inn i vurderingen er tankevekkende, men ikke overraskende. Det er nemlig helt i tråd med medisinenes reduksjonistiske perspektiv. "Den [moderne medisin] har ingen prioriteringskriterier; ingen bestemt målsetting" (Berg 1978: 22). "Den bare tilbyr individet muligheter til å restaurere eller forbedre dets fysiske-mentale evner – i et eller annet henseende" (ibid: 20).

"Gyldig" kunnskap blir i EBP-litteraturen ofte relatert til "forskningsbasert" kunnskap. I varedeklarasjonen for EBP-systemet legges det stor vekt på at kunnskapen man finner her er "gyldig" i forhold til de fleste kliniske problemer innen alle fagdisipliner og praksisfelt i helsetjenesten. Begrunnelsen er at systemet bare inkluderer forskning som er gjennomført etter de strengeste vitenskapelige kriterier, hvilket når det gjelder effektstudier hovedsakelig betyr det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT) (Jamtvedt, Røsberg 1999, Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000, Hilde, Jamtvedt 2000, Jamtvedt, Hilde Nordheim 2000, Jamtvedt, Hilde 2000 a + b, Sackett m.fl. 1997, Gray

1997, Levy 1997, Helewa, Walker 2000, Geyman, Deyo, Ramsey (ed) 2000, Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000).

I kronikken indikerer Jamtvedt og Hilde at jeg har misforstått betydningen av det randomiserte kontrollerte forsøket i EBP. De sier: "EBM-systemet har aldri hevdet at man kan forstå eller forklare fenomener via RCT" (Jamtvedt, Hilde 2001: 33). Nei, det har jeg da heller ikke antydnet. Det å forstå fenomener, spesielt syke mennesker, eller hvordan behandling virker på dem, ligger langt utenfor EMB's interessefelt og kapasitet. Derimot - når Jamtvedt og Hilde gir inntrykk av at jeg er på viddene når jeg hevder at RCT er kjernekrateriet for bedømmelse av forskningsresultater som får plass i EBM-systemet, taler de mot bedre vitende. Jeg vil dokumentere det, først med sitat fra en av deres egne artikler:

The Cochrane Collaboration er, sammen med andre, en viktig bidragsyter til utøvelsen av kunnskapsbasert praksis. Deres hovedprodukt, the Cochrane Library, inneholder databaser med blant annet systematiske oversiktsartikler som ser på effekten av tiltak. I disse oversiktsartiklene inngår hovedsakelig randomiserte, kontrollerte forsøk. Det randomiserte, kontrollerte forsøket (RCT) løftes fram som gullstandard for å evaluere effekten eller virkningen av et tiltak. ... Designet ansees som robust. (Jamtvedt, Hilde, Risberg: 24).

For å være sikker på å være "oppdatert" når det gjelder EBM har jeg lest igjennom de nyeste tilskuddene på universitetsbiblioteket i Tromsø (Sackett m.fl. 2000, Helewa, Walker 2000, Geyman, Deyo, Ramsey (ed) 2000, Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000). I sin gjennomgang av hvilke faktorer som er avgjørende for at effektstudier skal kunne frembringe "gyldig" kunnskap har Bjørndal m.fl. rangert ulike forskningsdesign i et hierarki basert på den "usagnskraften" de tilskrives:

**Hva kan vi stole mest på? En hierarkisk inndeling av utsagnskraft av ulike typer informasjon med hensyn til effekt av et forebyggende, behandlende eller rehabiliterende tiltak.**

- 1 Systematiske oversikter og meta-analyser over flere godt utførte randomiserte studier
- 2 Resultater fra et tilstrekkelig stort og godt utformet randomisert kontrollert forsøk

*Andre forsøk*

- 3 Resultater fra et godt utformet kontrollert forsøk med ikke fullgod randomiseringsprosedyre
- 4 Funn gjort i et godt utformet kontrollert forsøk uten randomisering  
(Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000: 68)

På de neste plassene kommer: resultater fra kohortundersøkeleser 5), kasus-kontrollstudier 6), før-og-etter-studier/med-eller uten intervensjon 7), kasuistikker/case-series 8) og til slutt, egen klinisk erfaring/meninger fra respekterte fagpersoner basert på klinisk erfaring/resultater fra tverrsnittsstudier/ekspertvurderinger/konsensusrapporter basert på meningsutveksling 9) (ibid).

I en EBP-bok om evaluering og forskning i fysisk rehabilitering finner vi samme type hierarki, her kalt "levels of evidence in clinical trials". Det er inndelt i fem nivå. Øverst finner vi "Large randomised trials with low false-positive and low false-negative errors". Dernest "Small randomised trials with high false-positive and/or high false-negative errors". Deretter følger to nivå med ikke-randomiserte kohortstudier, og på bunnen "Case series without controls". Forskning i tråd med kriteriene på øverste nivå forventes å gi 100% sikre resultater, deretter avtar sikkerheten nivå for nivå. I case studier estimeres den til 0% (Helewa, Walker 2000: 15)

Denne rangeringen, som opprinnelig er hentet fra Sacett, Haynes, Guyatt, Tugwell (1991), og finnes i ulike varianter i EBP-litteraturen, viser tydelig hvordan evidenskraften er knyttet til testopplegg i tråd med RCT-designet, som forutsettes å produsere de mest objektive og kontekstuavhengige resultatene. Med andre ord, den sterkeste "evidensen", og den mest "gyldige" kunnskapen om effekt av ulike intervensjoner mener man å få når mennesker reduseres til objekter, som under standardiserte betingelser inngår i tilrettelagte og kontrollerte årsak-virknings mekanismer. Et kanskje ekstremt eksempel på denne tenkningen formidles av en professor i psykologi ved Universitetet i Tromsø som driver rotteforsøk for å finne ut mer om menneskers seksualitet:

Kunnskapen vi har om menneskers seksualitet er skremmende liten, og ulykkeligvis er store deler av forskningsmaterialet basert på folks løgner. .... Av denne og en rekke andre grunner, egner faktisk rotter seg meget bedre til forskning på menneskets seksualitet enn mennesket selv. Rotter er ikke påvirket av kultur og samfunnsnormer, de lyver ikke, og de er kontrollerbare i eksperimenter. (Ågmo i intervju med Ryvold 2000)

## **Erfaring og forskning**

Erfaring blir ofte framstilt som en tvilsom kilde til "gyldig" kunnskap - som motsats til forskningsbasert kunnskap - innen EBP-systemet. Dette gjennomsyres også tilnærmingen til Jamtvedt, Hilde & co (Jamtvedt, Røsberg 1999, Jamtvedt, Hilde, Røsberg 2000, Nylund 1999). Til tross for at erfaringsbasert kunnskap karakteriseres som en bærebjelke innen fysioterapifaget, reduseres den i EBP-sammenheng til en trygghets-skapende faktor for den enkelte fysioterapeut og nulles ut som gyldig grunnlag for behandlingsvalg (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000: 23).

Slik jeg ser det, har erfaring en sentral plass i all kunnskapsutvikling. Spørsmålet er bare hva som regnes som erfaring/empiri, og hvilken plass den gis i kunnskapsutviklingsprosessen. I den medisinske vitenskapen utgjør den selve grunnfjellet, i en slik grad at den vitenskapsteoretisk forstås som empiristisk (Good 1995, Wulff, Gøtzsche 1997, Wulff, Pedersen, Rosenberg 1997). Empirismen legger vekt på sanseerfaring som den viktigste kilden til sikker kunnskap ut fra en forståelse av at vitenskapelige sannheter finnes ved å observere og analysere tings/legemers egenskaper. Funnenes sannhetsverdi øker i takt med reduksjonen av det subjektive i erfaringene. I kapittel 1 belyser jeg hvordan erfaringsdimensjonen i medisinen endrer karakter på midten av 1800-tallet. Fra å være knyttet til legens opplevelse og vurdering av den syke i hennes/hans miljø, flyttes den

inn i disseksjonssalene og laboratoriene. Her vitenskapeliggjøres den gjennom metoder som har til hensikt å "rense" erfaringene for subjektivitet. I kapittel 4 viser jeg hvordan EBM-kriteriene for diagnostisering tillegges "machine-produced laboratory results" størst evidenskraft. I forhold til behandling er det, som vi har sett, forskning med RCT-design man stoler mest på (Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000, Helewa, Walker 2000).

## **EBP og klinisk skjønn**

Jeg blir kritisert for å ta for hardt i når jeg hevder at EBP-systemet kan bidra til å svekke det kliniske skjønnet (Jamtvedt, Hilde 2001). For å understreke at jeg er på ville veier viser de til en figur i deres første artikkel som illustrerer at forskningsbasert kunnskap bare er en av tre kunnskapskilder i EBP. De to andre er "profesjonserfaring" og "bruker" (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000: 24). Selv om dette er en viktig nyansering, er det ikke tvil om hva som anses som hovedkilden. På figuren er forbindelsen mellom forskningsbasert kunnskap og praksis den eneste som er angitt ved en kraftig optrukket pil. Dette understrekes også i teksten: "Figuren skisserer at kunnskapsbasert praksis er mer enn bare forskningsbasert kunnskap. Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskilde i fagutøvelsen" (ibid). Dette er i tråd med det synet som presenteres i EBP-litteraturen. Ja, mer enn det, det er faktisk hovedhensikten med hele EBP-systemet! Men jeg har ennå ikke funnet troverdige forklaringer på hvordan resultater fra statistiske undersøkelser på store populasjoner kan gjøres til "sikrere" grunnlag for klinisk skjønn i forhold til individuelle pasienter i livssituasjoner som savner enhver likhet med kontrollerte standardbetingelser.

Jamtvedt og Hilde viser til forskning på krybbedød og spør om jeg mener at resultatene herfra ikke skal ha betydning for praksis (2001: 33). Det er klart at det alltid er nyttig å kjenne til forskning og ny kunnskap innen det feltet en arbeider. Det er da heller ikke synet på EBM som **en** informasjonskilde blant mange jeg argumenterer mot. Jeg er opptatt av den forrangen forskningsbasert kunnskap, basert på et instrumentalistisk forskningsideal, gis i forhold til kliniske beslutningsprosesser. Det representerer en dreining av fokus bort fra betydningen av de relasjonelle dimensjonene ved praksis og kunnskapsutvikling.

## **"Kjernespørsmålene"**

I kronikken viser Jamtvedt og Hilde til "... de fem kjernespørsmålene i helsetjenesten" (2001: 33). Formuleringen gir inntrykk av at disse spørsmålene har vokst ut av behov i helsetjenesten, og at svarene på dem kan bidra til å løse problemer der. I den artikkelen hvor "kjernespørsmålene" introduseres heter det: "Vi mener at en stor del av fagutviklingen i fysioterapi drives fremover av forsøk på å besvare følgende spørsmål knyttet til funksjonsproblemer, skader eller sykdommer i bevegelsesapparatet" (Hilde, Jamtvedt 2000: 19). Det er mulig at dette er eksempel på tilpasning av tankegangen i EBM til fysioterapi. Disse spørsmålene finner vi nemlig igjen i ulike varianter EBM-litteraturen (Sackett m.fl. 1997, 2000, Gray 1997, Levy 1997, Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000). Jeg mener det er en tilsnikelse å karakterisere dem som "kjernespørsmålene".

mål i helsetjenesten”. Bjørndal m.fl. er nærmere sannheten når de kaller dem ”de medisinske kjernespørsmålene”, og hevder at ”fagutviklingen i praktisk medisin drives i stor grad framover av forsøk på å besvare fem spørsmål” (Bjørndal, Flottorp, Klovning: 35).

En av de viktigste forutsetningene for å kunne bruke EBM-systemet er ”asking answerable clinical questions” (Sackett m.fl. 1997, 2000). Utformingen av kjernespørsmålene passer som hånd i hanske til kategoriene: utbredelse, etiologi, diagnostikk/måleinstrument, prognose og erfaringer/holdninger. Dette samsvarer med inndelingen av klinisk medisinsk kunnskap. Det er med andre ord ikke problemer i helsetjenesten som har nedfelt seg i kjernespørsmålene. De er formet av standarder for vitenskapelig praksis slik den defineres av det biomedisinske paradigmat. De kan dermed sees som eksempel på Kuhn's påstand om at ”normalvitenskapens fremgang, som er kumulativ, skyldes vitenskapsmenns evne til konsekvent å velge ut problemer som kan løses ved hjelp av de begrepelige og instrumentelle teknikker de har til rådighet” (Kuhn 1996: 100). Jeg har utdypet dette i kapittel 5.

## **Virkelighet og kunnskap**

I min analyse av EBP har jeg, som vist i de foregående kapitlene, påpekt et manglende samsvar mellom den kunnskapen som er formet av EBP-systemets standarder, og den som trengs for å forstå de flerfasettede helseproblemer som mange mennesker i dag sliter med. Til det svarer EBP-tilhengerne at de ”.. ikke kan se at EBM-systemet i seg selv er til hinder for å stille relevante spørsmål som kan hjelpe oss nærmere en løsning på sammensatte helseproblemer i samfunnet” (Jamtvedt, Hilde 2001: 34). Hvordan kan det da ha seg at flere 10-år med biomedisinsk forskning har bidratt så lite til økt forståelse for denne type plager? Mitt svar er igjen: Det er fordi disse helseproblemene passer så dårlig inn i biomedisinens formel for kunnskap og kunnskapssøking. Dette kan tolkes som ontologisk og epistemologisk inkongruens: Fordi muskelsmerter, som preger menneskers bevegelsesmuligheter og funksjonsevne ikke lar seg identifisere ved hjelp av moderne laboratorieutstyr, defineres de av medisinen som diffuse plager. Når trykkende brystmerter og pusteproblemer som gir angst og funksjonsproblemer ikke manifesterer seg på EKG eller i blodanalyser, har medisinen som regel liten hjelp å tilby. Den evidensbaserte medisinen krav til spesifisitet, avgrensing og objektive tegn er altså lite egnet til å forstå lidelser som gir seg til kjenne på helt andre måter. Det er nettopp mennesker med slike plager fysioterapeuter og allmennpraktiserende leger ofte møter i praksis. Derfor er min antagelse at uansett hvor presise spørsmål de klarer å formulere, er det begrenset hvor mye hjelp de vil få ved å søke svar i EBP-systemet.

I kronikken gjør Jamtvedt og Hilde et poeng av at det ikke er nok å måle resultater i helsetjenesten ved hjelp av ”brukerfornøydhets”. ”Det bør kreves kunnskap om et virkemiddel er bedre enn et annet” (2001: 33). Som en kommentar til dette utsagnet vil jeg trekke fram en forelesning Tom Arild Torstensen hadde i Tromsø, mars 2000. Her presenterte han solid dokumentasjon for at effektstudier av ulike behandlingsmetoder på pasienter med nakke/ryggsmerter ikke viser signifikante forskjeller mellom de ulike tilnærmingene. I flere av de studiene han viste til var det imidlertid signifikante

forskjeller mellom de som fikk fysioterapi og kontrollgruppene som ikke fikk (Ljunggren m.fl, 1997, Cherkin m.fl, 1998, Torstensen m.fl, 1998, Torstensen m.fl. 1999). I sin analyse la Torstensen også vekt på at mange klinisk kontrollerte studier er utført under meget kunstige former som ikke gir noe riktig bilde av klinisk praksis (Torstensen 2000).

Hva sier dette? For det første at effektstudier rettet mot ulike fysioterapimetoder, utført etter EBP-standard ikke nødvendigvis gir svar på spørsmålet: Hvilken metode er best ved (i dette tilfellet) nakke-/ryggsmærter? For det andre at forskningen i seg selv kan bidra til en foredraining av praksis (se kapittel 5).

Forskningsfunnene fra disse studiene vil nok tolkes forskjellig ut fra hvilken posisjon man inntar i forhold til EBP-systemet. Jeg ser det for eksempel som en underbygging av min skepsis til at EBP-kunnskap tilskrives overordnet gyldighet i forhold til handlingsvalg i praksisfeltet. EBP-tilhengerne vi kanskje stille spørsmål ved de forskningsmetodene og statistikkprogrammene som er brukt i studiene, eller måten de er brukt på, og etterlyse bedre og "sikrere" metodikk. Dette er i så fall i tråd med reduksjonismens ideologi: Bare man blir spesifikk nok, mer sikker på at alle detaljer er med, så vil man nok finne det man leter etter. Jeg tror, som Ekeland, at en slik tilnærming kan forstås som del av "det instumentalistiske mistaket", som er hans karakteristikk av EBP (Ekeland 1999). I den forbindelse er det verdt å merke seg den dokumentasjonen som foreligger på at EBP-godkjente kriterier for effektstudier bidrar til å foredre praksis (ibid, Dyregrov 2000, Torstensen 2000). Det etterlater følgende spørsmål hengende i luften: Hva er det da man undersøker med EBP-styrte effektstudier?

Hvis vi går ut i fra at "kjernespørsmålene" i EBM-systemet, som Jamtvedt og Hilde refererer til, har det medisinske paradigme som referanseramme, er det da sikkert at de er representative for det kunnskapsbehovet fysioterapeuter i praksisfeltet har? Er det disse spørsmålene som best driver fram utviklingen i fysioterapifaget? Jeg kan tenke meg spørsmål som er mye viktigere å finne svar på for å utvikle faget. For eksempel: Hvilken innvirkning har fysioterapeutens kroppsførståelse på tilrettelegging av forebyggende tiltak og behandling? Hvordan vurderer fysioterapeuter funksjonsproblemer, og hvilke konsekvenser får det for valg av tiltak og resultatet av disse? Hva er god fysioterapi? Hvordan er sammenhengen mellom kroppslige plager og levd liv? Hvilken innvirkning har det på behandlingsresultatet om fysioterapeuten bruker metodene som del av den kroppslige kommunikasjonen i behandlingen, eller appliserer dem som teknikker? Hvis det er slik at behandlingsresultater er uavhengig av metodevalg, hva er det da som virker hvis pasienter blir bedre av fysioterapi?

## **Menneske – fysioterapi/medisin – kunnskap**

I kronikken griper Jamtvedt og Hilde fatt i påstanden min om at medisinsk forskning synes å komme til kort overfor sammensatte lidelser. De tolker det som om jeg sier at helsetjenesten har lite å tilby mennesker med slike lidelser. Selv er de "... uenige og hevder at mange pasienter får god og effektiv behandling både av leger og fysioterapeuter" (Jamtvedt, Hilde 2001: 33). Dette er kortslutning på flere plan. For det første er min



påstand epistemologisk, dvs at den fremkommer på grunnlag av en kunnskapsteoretisk analyse av EBP-systemet. Den er ikke en beskrivelse av praksis. Jeg har med andre ord lagt vekt på manglende samsvar mellom det kunnskaps- og forskningsidealet som preger EBP, eksemplifisert ved hierarkiene over hvilke forskningsmetoder som gir den sikreste evidensen (Bjørndal, Flottorp, Klovning 2000), og den type kunnskap som trengs for å forstå mennesker med lidelser som ikke lar seg gripe eller begripe av det biomedisinske paradigmet, slik jeg skisserte i forrige avsnitt.

På empirisk nivå har jeg har jeg tvert imot beskrevet hvordan fibromyalgipasienter møter forståelse hos allmennleger. Ut fra mitt materiale er det grunnlag for å se dette nettopp som en konsekvens av at legene distanserer seg fra det biomedisinske paradigmet. De innser at dette **ikke** er egnet til å gripe denne type problemer og aktiviserer i stedet egen erfaringskunnskap.

Hovedargumentet for etableringen av EBP er derimot at helsepersonell **ikke** gir pasienter god nok behandling fordi de **ikke** er "oppdatert" i forhold til den nyeste biomedisinske forskningen:

Fysioterapeuter må i likhet med annet helsepersonell holde seg faglig oppdatert ... Folk forventer at vi gjør noe som gjør dem bedre, men kanskje vi noen ganger gjør folk syke-  
re enn de er. ... Relevante og gyldige forskningsresultater som en viktig beslutningskil-  
de er et mål for kunnskapsbasert praksis, som særlig Folkehelsa har gått hardt ut med  
(Jamtvedt og Røsberg i intervju med Nylund: 8).

Brukerperspektivet står sentralt i dagens helsevesen. Det innebærer blant annet at bru-  
keren har krav på den beste, mest effektive fysioterapibehandling. Utøvelsen av "evi-  
dens-" eller kunnskapsbasert fysioterapipraksis forutsetter at kunnskap fra relevant  
forskning av god kvalitet i større grad integreres i beslutningsprosessen. Denne kunn-  
skapen må erstatte tro, autoritet og sterke meninger. Målet bør være at tiltaket virker og  
gjør mer gagn enn skade. ... "Evidensbaserte" faglige retningslinjer (standarder) er et  
annet viktig virkemiddel for å tette gapet mellom forskning og praksis (Jamtvedt, Røs-  
berg 1999: 16).

Vi kan heller ikke være sikre på at kunnskapen vi tilegner oss på skolen eller på et kurs  
er gyldig og oppdatert i forhold til hva som finnes av kunnskap per i dag. ... Gode  
forskningsresultater må nå fram til fagutøverne og komme brukere av fysioterapitjenes-  
ter til gode (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000: 23).

Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskil-  
de i fagutøvelsen. En sentral utfordring i fysioterapi er imidlertid at mange klinikere  
finner forskningsresultater lite anvendbare og relevante for praksis (ibid: 24).

Jeg synes at disse sitatene illustrerer det urimelige i Jamtvedt og Hildes antydning om at  
jeg er den som formidler inntrykk av at fysioterapeuter/leger ikke gjør en god nok jobb,  
mens de derimot hevder at de gir "god og effektiv behandling". Samtidig bekrefter  
sitatene det jeg har forsøkt å få fram gjennom denne boken, nemlig at EBP er et  
paradigmatisk prosjekt rettet mot å holde praktikere innenfor den biomedisinske  
tenkningen.

## Brukeren – mennesket

Som vi har sett, er brukerperspektivet sentralt i begrunnelsen for innføring av EBP i fysioterapi. Derfor er det med undring jeg leser den innfallsvinkelen Jamtvedt og Hilde har til dette perspektivet i kronikken:

Ut fra velferdsteori er man opptatt av at alle som har et problem skal ha behandlingstilbud og være fornøyde. Brukerfornøydhets er meget viktig, men er det tilstrekkelig for at det norske samfunn skal finansiere tjenester? Er det greit nok bare brukerne er fornøyde med hva de får hos fysioterapeuten? Vi mener det ikke er tilstrekkelig (Jamtvedt, Hilde 2001: 33).

Nå kan man selvsagt gå inn i en semantisk debatt om begrepet ”brukerfornøydhets”. Tross dette forbeholdet vil jeg allikevel hevde at Jamtvedt og Hilde legger for dagen et tvetydig, for ikke å si selvmotsigende forhold til brukeren. I argumentasjonen for EBP-systemet kjøres brukeren fram som den viktigste legitimeringsfaktoren. I neste omgang framstår brukeren som en dårlig målestokk på om helsetjenesten bruker pengene på rett måte. Hvilken holdning er det? Brukerne reduseres altså til et passende argument alt etter hva som tjener saken best. Det verste er imidlertid at denne måten å bruke brukeren på synes helt uproblematisk. Og da er vi igjen ved kjernen i mine innvendinger mot EBP-systemet. De forskningsdesignene som har ”utsagnskraft” innen dette systemet er jo nettopp basert på at mennesker reduseres til biologiske objekter, og at de som sådanne i prinsippet kan gå inn i en hvilken som helst test- eller argumentasjons-sammenheng.

I lys av EBM-systemets kunnskaps- og forskningsideal fremstår mennesket altså som biologi, ribbet for det som gjør det til menneske, dets intensjonalitet og refleksjonsevne. Det vil si menneskets bevissthet og evne til å reflektere over seg selv og sitt forhold til verden. Filosofen Skjervheim sier det slik:

Medvitet er ikkje å oppfatta som ei serie tilstandar i en ting kalla subjekt, det er vårt forhold til den verda vi lever i. Eller meir nøyaktig og rettare, medvitet er det forhold som gjer at vi har ei verd. ... Berre dyra lever ureflektert inn i si verd, ... Mennesket ikkje berre er til, men det veit sjølv at det er til og spør sjølv etter kva det er (Skjervheim: 90-91).

Dette burde være et tankekors for de som mener at objektiverende forskning og objektiv kunnskap er det som gir den mest gyldige kunnskapen om hvordan medisinske og fysioterapeutiske tiltak virker på mennesker. Jeg skal nøye meg med å peke på noen dilemma:

For det første, til tross for strengt kontrollerte tester og testsituasjoner, fokus på biologi og dobbel blinding, så vil det bevisste mennesket aldri kunne bli ”ren biologi”. Hvordan vil den ”feilkilden” virke inn på testresultatet? Hvilke avvik vil det for eksempel kunne gi at noen ”testobjekter” finner det meningsfullt, ut fra sin egen situasjon å være med på testen, mens andre bare er med for å tilfredsstillte fysioterapeuten eller legen? For det andre gjør man ikke tilstrekkelig rede for den doble transformasjons- og tolkningsprosessen som EBP forutsetter: Hvordan kan resultater fra forskning, hvor avpersonifise-

ring både av forskningsobjekt og forsker, og hvor mest mulig kontroll av utvalg og testsituasjoner er de viktigste gyldighetskriteriene, vurderes som beste evidens for beslutninger i forhold til ukontrollerbare behandlings- og livssituasjoner preget av menneskelige relasjoner, følelser og intensjoner?

På 1970-tallet tok Skjervheim et oppgjør med tilsvarende instrumentalistisk tenkning innen pedagogikken. Han så den som en følge av manglende vitenskapsteoretisk grunnlagsdebatt. Ankepunktet hans var at eksperimentell pedagogikk behandler andre mennesker som ting, ikke som personer. Dermed plasseres de utenfor det sosiale fellesskapet der gjensidighet og respekt er viktige normer. Han trekker et analytisk skille mellom tekniske og praktiske handlinger. De første er styrt av formålsrasjonalitet, der eksperimentell kunnskap fungerer som instrument for kalkyler. De andre er handlinger i det sosiale feltet, som er normativt konstituert (ibid: 241 – 249).

På ett nivå tror jeg EBP-miljøene ser disse dilemmaene. Manglende klargjøring og drøfting av EBP-systemets kunnskapsgrunnlag i artiklene til Jamtvedt og hennes medforfattere kan tolkes som uttrykk for det. Jeg ser det også i forsøket på å redusere betydningen av RCT. Dessuten underkommuniseres EBP-systemets nære tilknytning til det biomedisinske paradigmat. I stedet søker man å framstille EBP med kvaliteter som er hentet fra andre vitenskapsteoretiske idealer. De ender dermed, slik jeg ser det, i en kartesiansk dikotomisering, hvor kroppen forstås som del av den materielle verden, som kan utforskes etter EBP-malen, på lik linje med andre ting. Samtidig ser EBF-tilhengerne at menneskets tanke-/følelsesmessige sider ikke så lett lar seg tingliggjøre. Derfor er de opptatt av å framheve at brukernes erfaringer også må tas hensyn til i faglige beslutningsprosesser (Jamtvedt, Hilde, Risberg 2000). De etablerer dermed et skille mellom mennesket som kropp og mennesket som menneske/samhandlingspartner. Dette er forskjellig fra det Skjervheim fokuserer på. Han trekker et epistemologisk skille mellom instrumentelle og menneskelige handlinger. Poenget hans er at fordi mennesket er en tenkende og selvreflekterende skapning i kommunikasjonsfellesskap med andre mennesker, kan det aldri reduseres til en ting i tekniske handlinger. Med andre ord, mennesker og ting hører til ulike kategorier, og man trenger ulik type kunnskap for å forstå dem.

Når jeg har trukket linjer tilbake til positivisme debatten på 1970-tallet er det ikke for å ekskludere instrumentell kunnskap fra helsefaglige vurderinger. Det er for å peke på behovet for en bred vitenskapsteoretisk debatt som kan danne referanseramme for vurdering av den kunnskapen som EBP-systemet formidler, sett i forhold til den kunnskapen vi trenger for gi mennesker best mulig fysioterapi / medisinsk behandling / sykepleie.

## **Kunnskap i fysioterapi**

Jamtvedt og Hilde spør meg på slutten av kronikken om jeg tar utfordringen og støtter dem "... i utviklingen av kunnskapsbasert fysioterapi, - eller fortsetter hun å bygge stråmenn?" (ibid: 34). Så lenge jeg har drevet med fysioterapi og fysioterapeututdanning har jeg vært opptatt av å utøve, formidle og utvikle kunnskapsbasert fysioterapi. Jeg er

ikke den eneste. Slik jeg kjenner yrkesgruppen har den i stor grad vært, og er, opptatt av å videreutvikle kunnskapsbasis for fagutøvelsen, både på individ- og gruppenivå - i praksisfelt, utdanning og forskning. Det er derfor ikke vanskelig å gi helhjertet støtte til utviklingen av kunnskapsbasert fysioterapi. Ved å formulere meg slik utfordrer jeg imidlertid EBP-miljøet til kamp om kunnskapsbegrepet, og fysioterapimiljøet til opprør mot EBP-forkjempernes monopolisering av det. Det er opprørende at noen kan opphøye seg til forvaltere av "kunnskapsbasert fysioterapi" uten i det hele tatt å redegjøre for med hvilken rett de gjør det. Jeg håper jeg får mange med meg i kravet om at vi heretter bruker begrepet "evidensbasert fysioterapi" om fysioterapi som relateres til EBP-systemet. I kapittel 6 begrunner jeg hvorfor.

Jeg innser at dette kan oppfattes provoserende, og for å forhindre at vi havner i en lite konstruktiv "stillingskrig" er det nødvendig med følgende presisering: Jeg har ingen grunn til å trekke i tvil Jamtvedt og hennes medforfatteres hensikt med å ville innføre EBP i fysioterapi. Slik jeg forstår det, gjør de det fordi de mener at EBP-systemet kan gi fysioterapifaget en troverdig kunnskapsbase i en tid med økende krav til dokumentasjon, effektivitet og brukerorientering. Jeg deler intensjonen om utvikling og bedre teoretisk forankring av fysioterapifaget. Dermed kan vi si at vi har det samme overordnede målet for engasjementet vårt i denne debatten. Det vi er uenige om, er forståelsen av hva som er gyldig kunnskap, metodene for kunnskapsarbeidet og innholdet i kunnskapsbegrepet. Jeg ønsker en kunnskapsutvikling i tråd med fagutøvelsen og fagets premisser, som inkluderer brukernes erfaringer og den kommunikasjonen som skapes i møte mellom bruker og fysioterapeut.

## **Fysioterapi – et fag for fremtiden**

I kronikken blir jeg utfordret til å dokumentere denne påstanden som jeg freidig lanserte i en av artiklene (se kapittel 6). Når EBP-forkjempere krever dokumentasjon er det vel bare resultater av RCT eller kohortstudier presentert i form av tabeller eller kurver, som har utsagnskraft. Det vil de ikke få. Min dokumentasjon er basert på innsikt i fysioterapifaget og fagutøvelsen, og forståelse for kunnskap og kunnskapsutvikling.

I EBP-perspektiv fremstår fysioterapifaget som "tilbakestående" med relativt lite forskning som fyller EBP-kriteriene. I mitt perspektiv ligger mye av potensialet for fagutvikling nettopp her. Til tross for den nære tilknytningen til biomedisinen er de viktigste premissene for handling i fysioterapi praksis knyttet til konkrete vurderinger av pasientens/brukerens kroppsforhold og livs-/arbeidssituasjon. Varhet for pasientens uttrykk både verbalt og kroppslig, ikke biomedisinske idealer om objektive tegn, har forrang i vurderingene. Det relasjonelle forholdet mellom pasient/bruker og terapeut, hvor verbal og kroppslig kommunikasjon er integrert i metodene, er viktigere for fagutøvelsen enn å bruke det siste nye fra biomedisinsk forskning. Det å kunne følge pasienter over tid i en behandlingsserie gir unike muligheter til å drive systematisk faglig arbeid. Både psykomotorisk fysioterapi og manuell terapi har vokst fram på den måten.

Kort sagt: faglighet og profesjonalitet i fysioterapi har i stor grad utviklet seg i møtet med mennesker med kroppslige plager og funksjonsforstyrrelser av ulike slag. I dette forholdet ligger også muligheten til å søke og utvikle ny kunnskap som har større relevans for faget enn den EBP-produserte (Engelsrud 1990, Gretland 1992, 1999, Aars 1996, Thornquist 1998a,b, Wiesener 1998). Men dette er atskillig mer krevende enn å passe faget inn i eksisterende forskningsmodeller som per definisjon produserer generaliserbar "faktakunnskap", slik Thornquist antyder her:

Helsepersonell møter problemer når det mangfoldige, kroppslige og situasjonsspesifikke ved praksis skal synliggjøres; de møter problemer knyttet til uartikulert kompetanse og innforstått kunnskap. ... Det er dessuten forskjell på å vite *at* og å vite *hvorfor*, og på å vite *hva* som skal gjøres og *hvordan* det skal gjøres (Thornquist 1998a: 69-70).

Med referanse til filosofen Kjell Johannessen bruker Ingela Josefson begrepene "påstandskunnskap" og "fortrolighetskunnskap" om de kunnskapsdimensjonene Thornquist skisserer her (Josefson 1988, 1991, 1992). Førstnevnte utvikles gjennom forskning i tråd med det biomediske paradigme hvor fokus er på likheter, generaliserbarhet og presise definisjoner. Fortrolighets- og ferdighetskunnskap er handlingsorientert, knyttet til det unike og situasjonsspesifikke, hvor forskjeller, men også gjenkjennelse vektlegges. Kunnskapsutvikling her forutsetter forskning basert på mest mulig autentisk og kontekstuell informasjon, for eksempel praksiserfaringer, som bearbeides gjennom flere trinn av kritisk refleksjon og utdypes ved hjelp av ulike teoretiske perspektiver. De tre kunnskapsdimensjonene påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap er alle nødvendige for å utvikle gyldig kunnskap i fysioterapi. I EBP-systemet har de to sistnevnte i beste fall en plass nederst i evidenshierarkiet med en troverdighet lik null (Helewa, Walker 2000). Evidensbasert fysioterapi vil derfor, slik jeg ser det, aldri komme i nærheten av å fylle behovet for kunnskap og kunnskapsutvikling i fysioterapifaget. Den kan bare representere **en** kilde blant mange andre til påstandskunnskap.

## Til ettertanke

Jeg har fått mange henvendelser fra kolleger i forbindelse med artikkelserien i *Fysioterapeuten*, fordi den formidlet en del av deres egne refleksjoner og kritiske spørsmål til EBP-systemet. Vi er ikke de eneste som er kritiske. Fra flere hold, også medisinsk, har det kommet lignende innvendinger. Jeg vil kort nevne noen, som det er vel verdt å reflektere over.

En del kritikere er opptatt av det vitenskapsteoretiske grunnlaget for EBP (Naylor 1995, Berkwits 1998, Ekeland 1999). Det blir blant annet lagt vekt på misforholdet mellom EBP-systemets strenge krav til metodiske standarder og en total mangel på kritisk vurdering av disse standardene. Berkwits mener for eksempel at "evidensen" som produseres ved hjelp av EBP-systemets strenge vitenskapelige kriterier i like stor grad er et produkt av "sociocultural forces" i forskermiljøet, som av forskningsmetodene, men dette erkjennes ikke. Kritisk forskning viser bl.a. at metoder og evidens som regnes for svært objektive i stedet "... can be viewed as products of pragmatic needs of the

communities that use them (Berkwits 1998: 1539). Han fokuserer også på misforholdet mellom evidensstandardene og den kunnskap leger trenger i sitt daglige arbeid. Ved å knytte forskningsresultatene gyldighet utelukkende til metodiske kriterier, formidler EBP-systemet implisitt at grunnlaget for evidens primært er å finne i kontrollerte forskningssituasjoner, uavhengig av menneskelig handling og interesse.

It thus reinforces the distance between research and practice it was developed to overcome and leaves physicians with limited ways to understand the effects that social interactions and transformations have on medical evidence and knowledge (ibid: 1544)

Fra sin biomedisinske posisjon peker Naylor på de begrensningene EBM har i forhold til dagens sykdomsproblemer. Klinisk skjønn basert på erfaring, pasientens egne tanker om plagene, assosiering og vurdering er essensielt i møte med disse lidelsene. Her har EBM sine klare begrensninger. "In sum, the limits to medical evidence continue to limit the ambit of evidence-based medicine." (Naylor: 841). Som nevnt tidligere karakteriserer Ekeland EBP som et "instrumentalistisk mistak" (Ekeland: 1044) fordi den overordner instrumentell rasjonalitet som retningsgivende for menneskelig kommunikasjon og samhandling. Han ser på EBP som "... eit ideologisk prosjekt som vil føre til at den vitenskapelige konteksten trenger seg inn i, og blir normgivende for den kliniske konteksten (ibid: 1043)

Alle disse forfatterne viser hvordan EBP-ideologiens vitenskapelige orientering setter premisser for det relasjonelle forholdet mellom pasient og behandler som kan ha negative virkninger. Det er det flere som gjør: I et referat fra en diskusjon mellom David Sackett (Oxford) og Ralph Horwitz (Yale) i the Sydenham Society i Washington DC, uttrykker sistnevnte bekymring over de mulig skadelige konsekvensene EBM kan ha på pasienter, fordi vitenskapelig litteratur blir vektlagt mer enn samspillet mellom lege og pasient (Shuchmann: 1396). I artikkelen "Medicine – a healing or dying art?" tar allmennpraktikerne Smith og Taylor opp problemer knyttet til medisins norm om kun å vurdere vitenskapelig evidens som gyldig grunnlag for tiltak:

This will lead to retraction or escape into evidence-based therapies without the doctor having to consider the non-physical aspects of disease. Furthermore, objective consideration of this evidence exclusively must lead to judgements, and therefore, to clinical decision-making that excludes ethical considerations. What kind of monster will this generate? (Smith, Taylor 1996: 250).

En pensjonert professor i medisin mener det er tid for å stoppe opp å tenke over "The inhumanity of medicine" (Weatherall 1994: 1671): Han mener at leger alltid har hatt begrensede muligheter til å behandle pasienter som mennesker, men at "... the current medical scene is highlighting our deficiencies" (ibid). Det blir stadig flere historier om og fra pasienter som forteller at leger behandler dem dårlig, og Weatherall konkluderer: "...such stories are becoming commonplace and encompass so much of current clinical practice that we seem to be becoming a profession of uncaring technocrats" (ibid).

Mange er altså opptatt av EBM's potensial til å fortrenge kvaliteter som erfaring, innlevelse og medmenneskelighet fra den kliniske situasjonen. Grahame-Smith utvider denne skepsisen. Han lar den komme til uttrykk i en dialog mellom en tilhenger av

EBM, Enthusiasticus, og "Sokrates". I samtalen legger "Sokrates" vekt på hvor viktig legenes egne pasienterfaringer er i forhold til kliniske vurderinger, og spør hvordan Enthusiasticus bruker sine. Han svarer: "I am so busy applying this new methodology to the appraisal of medical practice that I no longer have time to see patients myself" (Grahame-Smith: 1127). Selv om dette er en oppkonstruert dialog tror jeg den rører ved noe viktig. Markedsføringen framhever EBM som et system for "travle praktikere". Jeg tror som Grahame-Smith at EBM-systemet selv i sterk grad bidrar til å skape, opprettholde og virkeliggjøre myten om "den travle praktiker".

Hvis det er slik at EBM bidrar til "teknifisering" og ensretting av møtet mellom pasient og behandler, er ikke veien lang til en praksis som er mer styrt av regler, utviklet på grunnlag av forskningsfrembrakt evidens, enn av relasjonelle forhold mellom mennesker. Med eksempler fra psykologien dokumenterer Ekeland den nære forbindelsen mellom EBP og regelstyring, eller "manualisering" av praksis (Ekeland 1999). Manualene er detaljerte prosedyremodeller som standardiserer behandling av ulike lidelser/symptomer. Det er flere betenkelige sider ved en utvikling mot mer regelstyrt praksis. For det første bidrar det til ytterligere marginalisering av subjektivitet, individualitet og klinisk skjønn, fordi de viktigste styringsmekanismene da vil ligge utenfor den enkelte praksissituasjon. For det andre kan vi risikere at offentlige myndigheter i økende grad vil stille krav om at det utføres bestemte behandlingsprosedyrer på bestemte diagnoser/symtombilder. For det tredje kan myndighetene sette makt bak slike krav ved å knytte de opp mot økonomiske sanksjoner. "Sokrates" advarer mot dette ved å vise til administratorenes kostnad – effektivitets tenkning: "They see your beloved evidence based medicine as a means to shackle the doctors and bend them to their will" (Grahame-Smith: 1127). Ekeland viser, gjennom høyst reelle nåtidige eksempler at dette scenariet allerede er blitt virkelighet:

"Lister over behandlingsprosedyrar har blitt eit viktig verkty for beslutningstakarar innen helseomsorgssystema til å regulere praksis, ei utvikling WHO stør opp om. .... Kostnadskontrollen kan no koplast direkte til standardiserte prosedyrar og normering av behandling baserte på eksplisitte kriterium. I m.a. Tyskland er det gjort framlegg om at i framtida skal berre EB [evidensbasert behandling] refunderast frå det offentlege (Dick 1998), og i England er fleire reformar innan helsesektoren tilrettelagt slik at kvalitets-sikringsprosedyrar skal fremje EB (Huw, Davies & Nutley 1999)"

(Ekeland 1999: 1038)

Var det noen som snakket om stråmenn?

## REFERANSER

- Abusland, Unni G, Natvig, Bård (red). 1995  
*Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter*, Oslo: Tano A/S
- Alver, Vigdis. 2000  
”Helsesjekk på nettet” i *Dagbladet* 14.05.01
- Berg, Alfred. 1998  
”Dimensions of Evidence” in Geyman, John P, Deyo, Richard A, Ramsey, Scott D. (eds): *Evidence-based Practice. Concepts and Approaches*, Boston, Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000
- Berg, Ole. 1978  
”Medisinen og det moderne samfunn” i Ringen, Anders: *Helsepolitikk og samfunn*, Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Berg, Ole. 1998  
”Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier” i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 9, 1998; 1417 - 1421
- Berulfsen, Bjarne, Gundersen, Dag. 2000  
*Fremmedord og synonymer – blå bok*, Oslo: Kunnskapsforlaget
- Bjørndal, Arild, Flottorp, Signe, Klovning, Atle. 2000  
Medisinsk kunnskapshåndtering, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berkwits, Michael. 1998  
”From practice to research: The case for criticism in an age of evidence” in *Social science and Medicine*, Vol. 47, No. 10, 1998; 1539 – 1545
- Berulfsen, Bjarne, Gundersen, Dag. 2000  
*Fremmedord og synonymer blå bok*, Oslo: Kunnskapsforlaget
- Bjørndal, A, Flottorp, S, Klovning, A. 2000  
*Medisinsk kunnskapshåndtering*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bourdieu, Pierre. 1999  
*Meditasjoner – Meditations Parcaliennes*, Oslo: Pax Forlag A/S
- Brodal, Per. 1995  
*Sentralnervesystemet – bygning og funksjon*, Oslo: Tano



Cassirer, Ernst. [1944] 1992

*An Essay on Man*, New Haven, London: Yale University Press

Cassirer, Ernst, [1936-41] 1994

*Kulturvitenskapens logikk*, Oslo: Pax Forlag A/S

Cherkin, Daniel C, Deyo, Richard A, Battie, Michele, Street, Janet, Barlow, William. 1998

“A comparison of Physical Therapy, Chiropractic Manipulation, and provision of an Educational Booklet for the Treatment of Patients with Low Back Pain” in *The New England Journal of Medicine*, Vol. 339, No 15, 1998; 1021 - 1029

Dyregrov, Atle. 2000

”Nødvendig krisehjelp”, kronikk i *Dagbladet* 04.11.00:  
<http://www.dagbladet.no/kultur/11/04/226479.html>

Ekeland, Tor-Johan. 1999

”Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak?” i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1999; 1036 – 1047

Ekeli, Britt-Vigdis. 1999

*Creating images. Interplay between life and body in chronic pain. A study of women with fibromyalgia*, Tromsø: Universitetet I Tromsø, Institutt for sosialantropologi

*Encyclopedia Americana, International Edition*. 1965

New York: Americana Corporation

Engelsrud, Gunn. 1990

*Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*, Oslo: helsetjenesteforskning rapport nr. 1 - 1990

Foucault, Michel. [1973] 1993

*The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, London: Routledge

Fullerton-Smith, Ian. 1995

“How mwbwrs of the Cochrane Collaboration prepare and maintain systematic reviews of the effects of health care” in *Evidence-Based Medicine*, November/December: 7-8

Geyman, John P, Deyo, Richard A, Ramsey Scott D. (red). 2000

*Evidence-based Clinical Practice. Concepts and Approaches*, Boston, Oxford: Butterworth-Heinemann

Gjesdal, Sturla, Kristiansen, Anders Meyer. 1997

”Den norske fibromyalgi-epidemiens vekst – og mulige fall. Hva sier uførestatistikken?” i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 17 1997: 117; 2449-2453

Good, Byron. 1995

*Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press

Gotfredsen, Edv. 1973

*Medicinens Historie*, Oslo: Notabene Forlag

Grahame-Smith, David. 1995

”Evidence based medicine: Socratic dissent” in *BMJ*, Vol. 310, 29. April 1995; 1126 - 1127

Gray, J.A. Muir. 1997

*Evidence-based Healthcare. How to make Health Policy and Management Decisions*, New York, London: Churchill Livingstone

Gretland, Anne. 1992

*Fysioterapeutisk undersøkelse*, Oslo: Gyldendal

Gretland, Anne. 1999

*Kroppens spor – en utfordring i psykiatrien. Fysioterapeutens funksjon i psykiatrisk. Rapport fra feltarbeid ved psykiatriske sykehus*, Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø

Haynes, RB, Mulrow, CD, Huth, EJ, Altman, DG, Gardner, MJ 1998

”Purpose and procedure” in *Evidence-Based Medicine*, November/December 1998; 162 - 163

Helewa, Antine, Walker, Joan M. 2000

*Critical Evaluation of Research in Physical Rehabilitation. Towards Evidence-Based Practice*, Philadelphia, London: W.B. Saunders Company

Hilde, Gunvor, Jamtvedt, Gro. 2000

„Kunnskapsbasert fysioterapi. Første trinn er å formulere gode spørsmål” i *Fysioterapeuten* nr. 2, 2000; 19 - 21

Holmestrand, Arthur, Strømer, Leif, Tvedten, Egil, Vogt, hans (red.). 1974

*Aschehougs konversasjonsleksikon* nr. 19, Oslo: Aschehoug & co (W. Nygaard)

Illich, Ivan, oversatt av Hoff, Tuls. 1975

*Medisinsk nemesis*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jamtvedt, Gro, Røsberg, Audhild. 1999

„Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen” i *Fysioterapeuten* nr. 3, 1999; 10 - 16

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor, Risberg, May Arna. 2000

„Kunnskapsbasert fysioterapi. Forutsetter brobygging mellom praksis og forskning” i *Fysioterapeuten* nr. 1, 2000; 22 - 25

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor, Nordheim, Lena. 2000

„Kunnskapsbasert fysioterapi – å lete etter forskningsbasert kunnskap” i *Fysioterapeuten* nr. 3, 2000; 15 – 20

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor. 2000a

„Kunnskapsbasert fysioterapi – introduksjon til kritisk vurdering” i *Fysioterapeuten* nr. 5, 2000; 19-21

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor. 2000b

„Kunnskapsbasert fysioterapi – kritisk vurdering av et randomisert kontrollert forsøk, RCT” i *Fysioterapeuten* nr 6, 2000; 7 –11

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor. 2000c

„Kunnskapsbasert fysioterapi – kritisk vurdering, review article” i *Fysioterapeuten* nr. 7, 2000; 11 - 15

Jamtvedt, Gro, Glenton, Claire, Hilde, Gunvor. 2000

”Kunnskapsbasert fysioterapi. Kritisk vurdering av studier med kvalitativ metodikk” i *Fysioterapeuten* nr. 10, 2000; 16 - 20

Jamtvedt, Gro, Hilde, Gunvor. 2001

„Kunnskapsbasert fysioterapi tilhører fremtiden” i *Fysioterapeuten* nr. 2, 2001; 33-34

Josefson, Ingela. 1988

*Från lärlingtil mästare: om kunskap i vården.*, FOU-rapport / Svenska hälso- och sjukvårdstjästemannaförbundet, 25, Stockholm: SHSTF

Josefson, Ingela. 1991

*Kunskapens former: Det reflekterande yrkeskunnande*, Stockholm: Carlssons

Josefsson, Ingela. 1992

*Förtroghetskunskap i vård och omsorg*, Stockholm: Allmänna förlaget

Kringlen, Einar. 2000

“Krisepsykologi som industri”, kronikk i *Dagbladet* 21.10.00:  
<http://www.dagbladet.no/kultur/2000/10/21/224193.html>

Kuhn, Thomas S. [1962] 1996

*Vitenskapelige revolusjoners struktur*, Oslo: Spartacus Forlag AS

Landro, Marit Ingebjørg, Wangensteen, Boye (red.). 1988

*Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok*, Oslo: Universitetsforlaget

Latour, Bruno, Woolgar, Steve. [1979] 1986

*Laboratory life. The Construction of Scientific Facts*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press

Levi, Ragnar. 1998

*Evidensbaserad sjukvård. Vård på säkrare grund*, Lund: Studentlitteratur

Lian, Olaug S. 1996

”Norsk helsevesen – utfordringer og utviklingstrekk” i Lian, Olaug S.: *Helse-tjenesten i Samfunnsvitenskapens lys*, Oslo: Tano Aschehoug

Ljunggren, A. Elisabeth, Weber, Henrik, Kogstad, Odd, Thom, Erling, Kirkesola, Gitle. 1997

”Effect of Exercise on Sick Leave Due to Low Back Pain” in *SPINE*, Vol. 22, No 14, 1997; 1610 - 1617

Margotta, Roberto. 1996

*Medisinens historie. Tredie udgave*, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch

McKibbin, K. Ann, Wilczynski, Nancy L, Walker-Dilks, Cindy J. 1996

”How to search for and find evidence about therapy” i *Evidence-Based Medicine* vol. 1, no 3, 1996; 70-72

Mengshoel, Anne Marit. 1998

*Pain, fatigue and the effect of aerobic exercise and patient education programs in patients with fibromyalgia*, Oslo: Center for Rheumatic Diseases, The National Hospital and faculty of Medicine, University of Oslo

Michelsen, Knud. 1989

*Synålejomfruen og legevidenskabens menneskeopfattelse*, København: Munksgaard

Miser, William F. 1999

“Critical Appraisal of the Literature: How to Assess an Article and Still Enjoy Life” in Geyman, John P, Deyo, Richard A, Ramsey, Scott D (eds.): *Evidence-based Practice. Concepts and Approaches*, Boston, Oxford: Butterworth-Heinemann 2000

Naylor, C. David. 1995

“Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine” in *The Lancet*, Vol 345, April 1, 1995; 840 - 842

Nielsen, Geir H. 1999

„Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årstusenskiftet” i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 436 - 446

Nilsson, Ingemar & Peterson, Hans-Inge. 1998

*Medicinens Idehistoria*, Stockholm: SNS Förlag

Norges forskningsråd. 1993

*Fibromyalgi. Nasjonal konferanse, Oslo 27. – 28. september 1993*

NOU 1999: 13

*Kvinnens helse i Norge*

Nylund, Hilde Kari. 1999

“Forskning er relevant!” i *Fysioterapeuten* nr. 3, 1999; 8 – 9

Sackett, DL, Haynes, RB, Guyatt, GH, Tugwell, P. 1991

*Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical medicine*, Boston, London: Little, Brown and Company

Sackett, David L, Haynes, R. Brian. 1995

“On the need for evidence-based medicine” in *Evidence-Based Medicine*, November/December: 5 – 6

Sackett, David L, Richardson, W. Scott, Rosenberg, William, Haynes, R. Brian. 1997

*Evidence-based medicine. How to Practice and Teach EBM*, New York, London: Churchill Livingstone

Sackett, David L, Straus, SE, Rosenberg, William, Haynes, R. Brian. 2000

*Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*, London, New York: Churchill Livingstone

Schutz, Alfred. 1971

*Collected Papers I*, The Hague: Martinus Nijhoff 1971, Third unchanged edition

Shorter, Edward. 1992

*From Paralysis to Fatigue: a History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, USA: Macmillian, Inc.

Shuchman, Miriam. 1996

"Evidence-based medicine debated" in *The Lancet*, Vol 347, May 1996; 139

Skjervheim, Hans. [1976] 2001

*Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo: Ide & tanke, Aschehoug

Smith, Blair H, Taylor, Ross J. 1996

"Medicine – a healing or a dying art?" in *British Journal of General Practice*, 46, April 1996; 249 - 251

Thornquist, Eline. 1988

*Fagutvikling I fysioterapi*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Thornquist, Eline. 1996

"Dokumentasjon: Mål(ing) og mening" i *Fysioterapeuten* nr. 9, 1996; 14 – 22

Thornquist, Eline. 1998a

*Klinikk – kommunikasjon – informasjon*, Oslo: ad Notam Gyldendal

Thornquist, Eline. 1998b

*Conveiving Function. An investigation of the Epistemological Preconditions. Conceptualizations and Methodologies in Physiotherapy*, Oslo: The University of Oslo

Torstensen, Tom Arild, Ljunggren A. Elisabeth, Meen, Helge D, Odland, Ellen, Mowinkel, Petter, af Geijerstam, Svante. 1998

"Efficiency and Costs of Medical Exercise Therapy, Conventional Physiotherapy, and Self-Exercise in Patients With Chronic Low Back Pain. A Pragmatic, Randomized, Single-Blinded, controlled Trial With 1-Year Follow-UP" in *SPINE*, Vol. 23, No 23, 1998; 2616 - 2634

Torstensen, Tom Arild, Nielsen, Lars Lennart, Jensen, Roar, Reginiussen, Torfinn, Wiesener, Trond, Kirkesola, Gitte, Mengshoel, Anne Marit. 1999

"Fysioterapi som manuell terapi" i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 14, 1999; 119: 2059 - 2063

Torstensen, Tom Arild. 2000

”Effekt av intervensjoner med nakke/ryggsmerter. Hvordan forstå den vitenskapelige dokumentasjonen?” *Forelesning presentert på tverrfaglig forskningskongress i Tromsø 2-5 mars 2000*

Weatherall, D.J. 1994

“The inhumanity of medicine. Time to stop and think” in *BMJ*, Vol 309, 24 – 31 December 1994; 1671 - 1672

Wiesener, Trond: 1998

*Isjias hos kvinner. En studie av kvinner med skiveprolaps- og deres sykdomsopplevelse*, Tromsø: Universitetet i Tromsø, ASV, Institutt for klinisk medisin

Wifstad, Åge. 2000

„Hva trenger vi leger ?“ Forelesning 02.02.2000 i *Medisinsk-etisk forum ved Institutt for Samfunnsmedisin*, Universitetet i Tromsø

Wulff, Henrik R. & Gøtzsche, Peter C. 1997

*Rationel Klinik. Evidensbaserte diagnostiske og terapeutiske beslutninger*, 4. udgave, København: Munksgaard

Wulff, Henrik m.fl. 1997

*Medisinsk filosofi*, København: Munksgaard

Yunus, Mohammad B. 1989

„Fibromyalgia syndrome: new research on an old malady. A functional syndrome that usually includes pain, fatigue, and disturbance of sleep” in *BMJ* Vol. 289, 25. February 1989

Ågmo, Anders i intervju med Ryvold, Silje. 2001

”Sex appeal i laboratoriet” i *Utropia* (Studentavisa i Tromsø) nr. 6, 4. april 2001

Aars, Marianne, 1996

*Om å lære av pasientene. En kvalitativ intervjuundersøkelse i privat fysioterapi praksis*, Tromsø: Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø

BRITT-VIGDIS EKELI

## Evidensbasert praksis

Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?

*“Evidensbasert praksis” er et begrep som i løpet av kort tid har fått fotfeste innen de fleste helsefagene. Det ble utviklet innenfor medisinen som et system for formidling av forskningsresultater. Dette evidensbaserte kunnskapssystemet er rettet mot leger og annet helsepersonell i praksisfeltet. Intensjonen er at praksis i større grad skal baseres på “sikker kunnskap”, det vil si kunnskap fra den nyeste medisinske forskningen. “Evidence-based” blir på norsk gjerne oversatt til “kunnskapsbasert”, uten nærmere redegjørelse for hvilken type kunnskap systemet formidler.*

*Med utgangspunkt i litteraturstudier presenteres her en kunnskapsteoretisk analyse av de premisene som systemet, mer implisitt enn eksplisitt, bygger på og genererer. Kunnskapsidealet i det evidensbaserte systemet vurderes så i forhold til de sammensatte problemer som helsepersonell ofte møter i primærhelsetjenesten. Ut fra dette mener forfatteren det er grunn til å stille spørsmål ved det evidensbaserte kunnskapssystemets praksisforbedrende potensial. Er det heller slik at “evidensbasert praksis” kan være en snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?*



*Britt-Vigdis Ekeli er utdannet fysioterapeut og sosialantropolog. Hun arbeider som høgskolelektor/studieleder ved Fysioterapeututdanningen, Høgskolen i Tromsø.*