



Professor Kari Martinsen og doktorgradsstipendiat Jeanne Boge, Institutt for samfunnsmedisin, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

Sammendrag

Sammendrag: Evidensbasert sykepleie har røtter i en medisinsk forskningspraksis som utviklet seg da det ble legitimt å obdusere døde mennesker. I evidenstenkingen opererer man med et kunnskapshierarki som innebærer at bestemte former for målbar kunnskap blir rangert høyere, eller som mer evidente, enn humanistisk kunnskap. Evidensforskningen står i en sammenheng der formålet er å standardisere og styre praksis. Dette kan gjennomføres ved at offentlige myndigheter legger til rette for slik forskning ved å profilere den som samfunnsnyttig, lønnsom og effektivitetsfremmende og belønne den med økonomiske midler. Ved å samle evidenskunnskap i databaser, kan travle praktiskere raskt finne den nyeste, mest effektive og anvendbare faktakunnskapen. Artikkelens forfattere argumenterer for at helsefagene er best tjent med at ulike kunnskapsformer blir sett på som likeverdige og gjensidig utfyllende, alt etter hvilke problemstillinger som stilles.

Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie

De siste årene har evidensbasert praksis (EBP) fått stadig større innpass i helsefaglige sammenhenger. Evidensbasert praksis blir gjerne omtalt som kunnskapsbasert praksis (1, 2).

I tre nummer av Tidsskriftet Sykepleien (1, 3, 4) skrev Monica Nortvedt og Tove Amida Hanssen om evidensbasert sykepleie som en form for evidensbasert praksis. Nortvedt utdyper emnet videre i en samtale med redaktør Karl-Henrik Nygaard i tidsskriftet Sykepleieleideren (5). I disse innleggene savner vi en diskusjon av kunnskapssystemet evidenstenkingen bygger på.

Ifølge Nortvedt og Hanssen innebærer evidensbasert sykepleie en rangering av ulike kunnskapsformer (jf. fig.1). I denne rangeringen er det bestemte former for målbar kunnskap som kan oppnå høyest evidens; gjerne effektmålinger av ulike behandlingsopplegg. Humanistisk kunnskap, som ofte dreier seg om hvordan det er å leve med sykdom og lidelse, og hvilken hjelp man har erfart som best i aktuelle situasjoner, blir vurdert som underordnet og lite, eller ikke evidenter i evidensbasert sykepleie (2, s.53-65, 6, 7, fig.1). I Hanssen og Nortvedts rangeringsoversikt blir erfaringskunnskap rangert på laveste nivå, og kvalitativ forskning ikke nevnt (jf. fig.1). I andre evidenshierarkier er kvalitativ forskning inkludert, men på lavere nivå (7). Det er problematisk når den evidensbaserte forskningen innsettes i et hierarki. Det vitner om at ett kunnskapsregime settes høyest, uansett hva man spør om (8).

Røttene til evidensbasert sykepleie

Evidensbasert sykepleie er avledet av evidensbasert medisin (EBM). Ifølge den britiske legen og evidensgrunderen David Sackett har dagens evidensbasert medisin sin begynnelse i Paris på første halvdel av 1800-tallet (2, s.16-17). Tre leger var med å forandre medisinen: Bichat kunne via obduksjon se synlige forandringer i organer og vev; bekræftelser på tilstedeværelse av sykdom. Magendie kontrollerte og isolerte livsprosesser ut fra standardbetingelser i laboratoriet, og hevdet at vitenskapens mål er å erstatte fenomener med fakta, og inntrykk med kontrollerte erfaringer. Louis brukte kontrollgrupper og statistikk i medisinsk forskning. Deres arbeid skapte normen for vitenskapelighet innenfor medisinsk kultur. Det er en norm som bygger på klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser. Det som i dag kalles evidensbasert sykepleie bygger på samme kunnskapssystem.

Ingen innsikt i livsfilosofiske problemstillinger

Selv om det ikke er noe galt med evidensbasert kunnskap og forskning i seg selv, og heller ikke bruken av forskningens resultater, er det vik-

tig å være klar over at denne tilnærmingen har klare begrensninger, slik all kunnskap har.

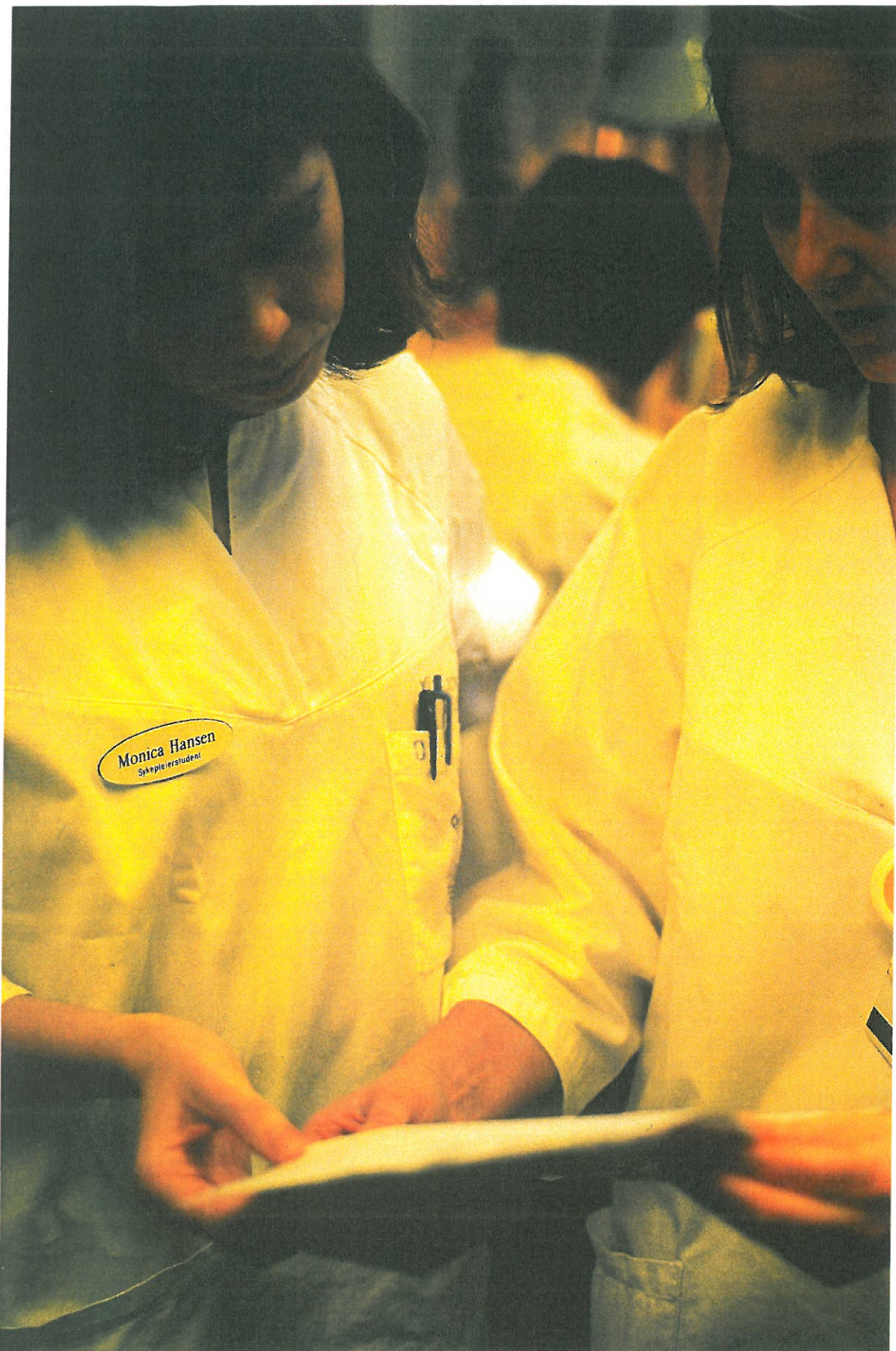
Den evidensbaserte kunnskapen som blir konstruert kan i liten grad gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål.

Livsfilosofi handler om våre erfaringer i livet, der det stilles eksistensielle spørsmål om hva et godt liv er, og hvordan et slikt liv kan realiseres. Det handler om hvordan livet lykkes eller ei, ut fra hvordan vi dannes sammen med andre. Dette kan føres tilbake til den greske antikke visdomslære som Skjervheim var en representant for (9, s.155). Men livsfilosofi handler også om hvordan man på en noe annen måte kommer inn i livet, om livsmot, livsglede, åpenhet og spontanitet, ofte konfrontert med motsetninger med stemthet av nedtrykthet, tomhet, dødhet og innelukthet. Også her dannes vi sammen med andre, men ut fra vår felles innfellethet i universet.

Store deler av den danske livsfilosofitradisjon legger vekt på denne innfellethet som det sentrale element i det som kalles livsopplysning eller tilværelsesopplysning. Dette er opplysning på sansningens betingelser (10, s.78, 11, 12, s.53). Livsfilosofi kan med andre ord bli forsøkt innkretset ut fra den antikke visdomslære, og ut fra dansk livsfilosofitradisjon. For begge handler det om at filosofi er livspraksis, en dannelsespraksis eller levelære (13, s.131-152). Fortellingen kan være et eksempel på en tenke- og arbeidsmåte for å vise hvordan spørsmål som livsfilosofien arbeider med, kan fremstå som evidente, det vil si det som gir størst innsikt.

Likeverdige og gjensidig utfyllende kunnskapsformer

I stedet for at den ene kunnskapsformen blir underlagt den andre, slik tilfellet er i EMB/EBP (2, s.58-59, 6, 7, fig.1), skulle man heller akseptere at den evidensbaserte og den livsfilosofiske kunnskap gir ulik tilgang til kunnskap, at de er likeverdige og gjensidig utfyllende ved at de sammen utdyper feltet det forskes på. Et eksempel som kan belyse dette er hentet fra norsk helsepolitisk hverdag rundt 1870, beskrevet og redegjort for av den norske teologen Eilert Sundt, også kalt Norges første sosiolog. Sundt undersøkte blant annet levekårene til dem som ble betegnet som fattige. Samtidig ville han ut fra sine funn opplyse samfunnet gjennom sosiale reformer, og de fattige om hvordan de kunne få et godt liv. Som folkeopplyser var Sundt også livsfilosof, påvirket av den danske livsfilosofen Grundtvig. Den folkelige opplysning kombinerte Sundt med et sterkt sosialt engasjement. Han brukte både statistiske analyser og fortellinger i sin forskning, og som grunnlag for sitt folkeopplysnings- og sosiale reformarbeid. Sundts poeng med å bruke *både* statistikk og fortelling var ikke å underordne fortellingen som et



eksempel under funn fra statistiske analyser, men å vise at de er likeverdige og gjensidig utfyllende arbeidsmåter. Ja, at det er viktig å klargjøre hva kunnskap fremkommet gjennom statistiske analyser ikke kan svare på. Disse ulike fremgangsmåter får frem forskjell-

lige sider ved hverdagen som menneskene lever i.

I 1870 utga Sundt boken "Om fattigforholdene i Christiania". Han skriver:

Tallene lade os ligesom skue rækker af mennesker på langt hold, så fjernt, at ansigts-trækkene og per-

sonlighetene svinde for synet. Hvem kan sympathisere med de fattige på denne måde? — Nu vel, jeg har naturligvis været mig bevidst, hvor meget den statistiske fremstilling i læsbarhed står tilbage for fortællingen og skildringen, og jeg har været fuldt opmærksom på, hvad der kunde vindes for forståelsen af vort emne, om nogen vilde offre sig for et mere indtrængende studium af det folkeliv i vor by, som rører sig bag mine tal, — (14, s.155).

Dette siste var Sundt en mester i; å samle inn beretninger om hvordan mennesker erfarer sine "vexlende livsomstendigheder" (14, s.155). Det er til ettertanke når Sundt skriver at den statistiske fremstilling står tilbake for, eller er mangelfull, i forhold til det fortellingen kan si om hvordan menneskene har det, i betydningen opplever og erfarer sine liv. For oss er det fristende å si at Sundt kan stå som et lysende eksempel på en kritisk, reflektert "evidensforsker".

Dersom man skal kalle Sundt evidensforsker, må det innebære at mangfoldige forskningstilnæringer gir større innsikt, enn ved å bruke bare en. Det er med andre ord mangfoldet som representerer evidens, ikke det entydige. Sundt rangerer ikke det vi betegner som livsfilosofiske tenkemåter og vitenskapelege tilnæringer under statistikk. Han viser at det er viktig å forholde seg til de livsfilosofiske spørsmål i helsevesenet, og at de ikke kan reduseres til noe annet. Vår kritikk er at man ikke ser de ulike tilnærmingene som likeverdige, gjensidig utfyllende tenkemåter og kunnskaper innenfor dagens EBM/EBP (2, 6, 7, fig.1). Ikke av ond vilje, men ut fra de maktspill og maktvitensammenhenger denne kunnskapen står i. I disse maktvitensammenhenger blir EBM/EBP satt som norm for vitenskapelighet.

Forskning som skal fremme effektivitet og lønnsomhet

I løpet av kort tid har den forståelsen av evidens som EBM/EBP bygger på, vunnet gjennomslag i store deler av det medisinske og sykepleiefaglige miljø, og blitt et internasjonalt satsingsområde (1, 2, s.11). Vi spør: Hva er det er med dette begrep som plutselig har fått så stor utbredelse? Begrepet synes å ha "oppstått" i samfunn som forventer synlige og håndfaste resultater av forskning. I denne sammenheng blir det ofte påtalt at det er en kløft mellom forskning, teori og klinisk praksis, og det etterlyses effektivitet og økonomisk lønnsomhet i praktisk profesjonelt arbeid og

forskning. I dag er den dominerende rasjonalitet i helsevesenet strategisk og økonomisk; alle må vise sin verdi i effektivitetens navn. I denne sammenhengen har den evidensbaserte forskningen kommet i forgrunnen. Med kostnadsvekst i helsesektoren stilles økte krav til personellet om at tiltakene virker. Forskerne selv kaller sin kunnskap for den nyeste og den beste, og myndighetene baserer i stor grad sine avgjørelser på denne type forskningsbasert faktakunnskap, som antas å være objektiv, samfunnsøkonomisk og anvendbar. Den skal få travle praktiskere, som ikke leser og anvender nok forskningslitteratur, til raskt å finne kunnskap fra den nyeste og beste forskningen. Intensjonen er at den kliniske praksis skal bli mer forskningsbasert, og dermed forbedret.

Politisk styring av forskning

Den franske filosofen Michel Foucaults analyse av medisin og helsevesen, viser at den medisinske forskning og de samfunnskapte sammenhenger den inngår i, aldri kan være politisk uskyldige. Ifølge Foucault har medisinsk forskning hatt suksess, nettopp ved alliansen samfunn - forskning, myndigheter - leger (12, s.147, 15). Offentlige myndigheter kan blant annet sette makt bak sine krav, og knytte forskning opp mot økonomiske sanksjoner. Hvordan kan dette skje i dag? Det kan skje ved at bevillende forskningsmyndigheter prioriterer bestemte former for helseforskning, i pakt med EBM/EBPs rangering (2 s.58-59, 6, 7, fig.1). For å få forskningsmidler, og publisering i velrenommerede tidsskrift, kan forskere styres til å velge tema som kan utforskes med metoder som gir høy evidensrangering. Følgene kan bli at store fagfelt i sykepleie, medisin og andre helsefag, som i liten grad egner seg for slik utforskning, ikke blir gjenstand for forskning, eller at man utforsker dem ved hjelp av uegnede metoder.

Lite rom for skjønn og kritisk samfunnsrefleksjon

Denne noe ureflekterte samfunnsnyttige legitimering fører EBM/EBP opp i andre problemer. Det gjelder forskningen selv, og forholdet til annen forskning, vitenskapsidealet og anvendelse av forskningen. Forskningen selv kan miste det selv- og samfunnsrefleksive potensialet som ligger i å overbevise ut fra skjønn. Et skjønn som er virksomt i all reflektert forskning blir tilsidesatt. Forskning blir teknikk, og en kan spørre om dette virkelig er forskning. Sagt annerledes; det legges stor vekt på metoder og deres tekniske anvendelse, og det reflekteres i liten grad over egen virkelighetsforståelse og arbeidsmåte. Dermed kan metoden brukes uten fordring om situasjonsanalyse. Metoden støtter opp under et vitenskapsideal som blir normativt og styrende, både for forskning generelt og for klinisk praksis. Publisering av forskning presses inn i en form, og skjønnets kreativitet med dets innfallsrike språk får ikke rom til å folde seg ut. Dette får store konsekvenser for humanistisk forskning, som nettopp fordrer skjønnets og fortellingens språkformer for å uttrykke seg. Humanistisk forskning kan rett og slett ikke innordnes i Cochrane-systemets systematiserte

Den evidensbaserte kunnskapen som blir konstruert, kan i liten grad gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål.

Kunnskaps-/evidens - kategorier

- I a Metaanalyse av flere randomiserte kontrollerte undersøkelser
- I b Minst en randomisert klinisk kontrollert undersøkelse
- II a Minst en kontrollert ikke randomisering studie
- II b Minst en god, ikke randomisert eksperimentlignende studie
- III Ikke eksperimentelle deskriptive studier
- IV Ekspertkomiteer, konsensusrapporter, anerkjente eksperter og egne kliniske erfaringer

Figur 1, Kilde: Hanssen & Nortvedt (3).

rende og sammenfattende, faktaorienterte publiseringer, som presenterer såkalt kvalitetssikret, gyldig og anvendbar kunnskap (2, s.11-12, 3,7). Det finnes vel å merke en del kvalitative studier på databasene til evidence based nursing (5,s.27), men disse får ikke samme evidensrangering som studier som produserer målbare resultat (2, s.58-59, 6, 7, fig.1). Man kan videre spørre om den kvalitative forskningen det er rom for i disse databasene, er forskning som har tilnærmet seg den kvantitative måten å tenke, forske og publisere på?

Sykepleieforskning får lav evidens

Når sykepleiere i det kliniske fagfelt får opplæring i å lete i Cochrane og andre databaser etter studier med høy evidens (2, s.11-12, 3, 6, 7, 16), vil de finne at bare en liten del av sykepleieforskningen blir vurdert som evident på høyeste nivå (6). Det er bestemte former for målbar kunnskap som blir belønnet med høyest evidens (2, s.58-59, 6, 7, fig.1). At de fleste sykepleiestudiene blir vurdert til å ha lavere evidens, kan være uttrykk for at mange sykepleiefaglige problemstillinger vanskelig lar seg måle, og at de best belyses ved andre fremgangsmåter. Det er med andre ord en avgrenset del av sykepleieforskningen som får høy evidens i databaser som publiserer EBM/EBP-kunnskap. Forskningen til forfatterne av denne artikkelen vil aldri få evidens på høyeste nivå innenfor denne kunnskapstenkningen, selv om de skulle utføre humanistisk forskning av ypperste kvalitet. Å tilpasse kunnskapstenkningen i sykepleiefaget til EBM/EBP, innebærer at man tilpasser seg et kunnskapshierarki som nedvurderer mye av den forskning og kunnskap som tradisjonelt har vært ansett som viktig i sykepleiefaget. Blant annet erfaringskunnskap.

Erfaringskunnskap på bunnen av hierarkiet

Nå er det ikke slik at man slutter å bruke erfaringskunnskap, skjønn og sunn fornuft, selv om man tilpasser evidensbasert sykepleie til EBM. Men det er innebygd i denne tenkningen at kunnskap som er kommet fram gjennom forskning med høy evidens, er overordnet skjønn og erfaringskunnskapen. I sykepleiefaget virker det historieløst å slutte seg til en slik tenkning, på bakgrunn av den langvarige kampen dette faget har ført, og etter hvert vunnet, for at erfaringskunnskap skal være likeverdig teoretisk, forskningsbasert kunnskap i grunn- og videreutdanningene. Det synes underlig, og som et stort tilbakeskritt, å ville innordne sykepleiefaget i den medisinske evidensstenkningen, som i sin rangering gir erfaringskunnskap bortimot null evidens (2, s.58-59, 6, 7, fig.1). Den er med andre ord ikke likeverdig, men klart underordnet, den forskningsbaserte faktakunnskapen.

Vitenskapelig kontroll av praksis

Problematisk blir det også når anvendelsen av evidensbasert forskning som har latt seg innordne i et Cochrane-lignende format, blir mål for god praksis. Vitenskapen kommer først, deretter klinisk praksis. Dette kommenterer den norske psykologen Tor-Johan Ekland slik: Den evidensbaserte bølgen representerer derfor noe

nytt, og det nye er ikke empirisk forskning på praksis. Det nye er empirisk kontroll av praksis, en intensivt empirisme med prediktorforskning i fremsetet (17, s.1039). Problemet er ikke vitenskapen som utøver en kritisk granskning og etterprøving av praksis. Problemet er tanken om en vitenskapelig klinisk praksis, at vitenskapen skal konstruere og bestemme hvilken praksis som skal gjelde. Det er dette fenomenet Skjervheim kalte "eit instrumentalistisk mistak" da han kritiserte den strategiske, eller som han kalte den, den pragmatiske fornuft (9). Det er å overordne instrumentell fornuft som retningsgivende for alle virksomheter og relasjoner. Dermed skjer det en teknifisering og regelstyring av klinisk praksis. Den kliniske praksis styres av regler utviklet fra evidensbasert forskning. Det skjer en manualisering av praksis (17). En forholder seg til lidelser og sykdom ut fra manualer og standardiserte prosedyrer. Subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir betraktet som underordnede kunnskapskilder.

Avsluttende kommentarer

I denne artikkelen har vi forsøkt å vise hvordan den hierarkiske rangering av kunnskap som evidensbasert sykepleie støtter seg til, innebærer en nedvurdering av humanistisk forskning og erfaringskunnskap. Videre har vi forsøkt å belyse at dette kunnskapssynet ikke er politisk uskyldig. Ved å vise til Eilert Sundts tenkning og forskning, har vi prøvd å peke på alternative tilnærminger i helsefagene, der ulike kunnskapsformer blir sett på som likeverdige og gjensidig utfyllende, alt etter hvilke problemstillinger som stilles.

Litteratur

1. Nortvedt M, Hanssen TA. Evidensbasert sykepleie. Tidsskr sykepl 2001;89(16):59-61.
2. Ekelid B-V. Evidensbasert praksis : snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø: Høgskolen i Tromsø : Eureka forlag 2002.
3. Hanssen T, Nortvedt M. Hvordan komme i gang. Tidsskr sykepl 2001; (17):39-42.
4. Nortvedt M. Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. Tidsskr sykepl 2001;89(18):42-45.
5. Nygaard KH. Evidensbasert sykepleie. Samtale med instituttleder Monica Wammen Nortvedt. Sykepleielederen 2003 4 :22-27.
6. Closs S, Cheater FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. Journal of Advanced Nursing 1999;30(1):10-17.
7. Humphris D. Evidensstyper. In: Hamer S. CG, editor. Evidensbasert praksis - grundbog for sundhedspersonale. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S 1999/2003.
8. Martinsen K. Skjønn - språk og distanse. Klinisk sykepleie 2004;18:2:51-57.
9. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. [Ny utg.] ed. Oslo: Aschehoug; 1965/1996.
10. Løgstrup KE. Prædikener fra Sandager-Holevad : et udvalg. København: Gyldendal; 1995.
11. Martinsen K, Eriksson K. Fenomenologi og omsorg : tre dialoger. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.
12. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforl. 1989/2003.
13. Pahuus M, Ludvig Feilberg. Et dansk bud på en regulær levelære. In: Birkelund R, editor. Eksistens og livsfilosofi. København: Gyldendal 2002.
14. Sundt E. Om fattigforholdene i Christiania : fra den ved Christiania repræsentantskabs beslutning af 9de september 1868 nedsatte komite. Christiania, 1870.
15. Foucault M. Klinikens fødsel. København: Hans Reitzel; 1963/2000.
16. Flemming K. CN. Doing the right thing. Nursing Standard 1997;12(7):28-30.
17. Ekland T. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999;36:1036-1047.

Det synes underlig, og som et stort tilbakeskritt, å ville innordne sykepleiefaget i den medisinske evidensstenkningen.

Det er problematisk når den evidensbaserte forskningen innsettes i et hierarki. Det vitner om at ett kunnskapsregime settes høyest, uansett hva man spør om.