

EVIDENSTYRANNIET

Evidensbasert medisin (EBM) stammar frå eit utdanningsprosjekt i Canada på åttitalet, der føremålet var å lære medisinarstudentar å lese forskingslitteratur på måtar som gjorde den nyttig for praksis. På nittitalet vart systemet eit hjelpemiddel for å trekke inn empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt i kliniske beslutningar.

Ein av dei ivrigaste aktørane, David Sacket, blir ofte sitert på omtalen av EBM som «den mest samvetsfulle, eksplisitte, kloke og veloverveide bruk av eksisterende best evidence som grunnlag for beslutningar om behandling av pasientar». Evidensretorikken er kraftfull, og konseptet har blitt omtalt som eit nytt paradigme, ein vitskapleg revolusjon, tiljubla av WHO, forskarar, nasjonale helse-tilsyn, helsepolitikarar og finansieringskjelder.

Og evidensevangeliet lovar mykje: ein kvalitetssikra praksis som bygger på vitskap. Berre fagfolk oppfører seg evidensbasert, vil kvakksalveri, overtru, og anna unyttig praksis snart vere utrydda.

Har det blitt slik?

Kokebokmedisin?

Kritikk kjem no frå mange hald, og frå klinisk praksis i form av karakteristikkar som «byråkratisk monster» og «kokebokmedisin». Nokre av idealistane som sette det i gang (til dømes Robert Haynes) prøvar no å tilbakekalle det heile – det var ikkje slik dei hadde meint det.

Problemet er at konseptet i mange land først og fremst har blitt eit styringskonsept, det har smelta saman med økonomiskadministrative system, og system for dokumentasjon og overvaking. Når helsetilsynet skal

kikke legen over skuldra (i journalen), blir ein meir oppteken av om behandling er dokumentert enn av at den er god behandling. Helseøkonomane har av forståelige grunnar sett EBM som eit tiljubla styringsverktøy. Klarer ein å etablere stabile relasjonar mellom tiltak og resultat (produksjonsprosedyrar), har ein skaffa seg grunnlag for rasjonalisering. Kostbar og høgt utdanna arbeidskraft – som legar og psykologar – trengst då berre til å utvikle gode manualar, mens eit billigare teknikkorps kan stå for den terapeutiske gjennomføringa.

Forskyving av makt

Evidenskonseptet har skapt eit villnis av instrument og guidelines som ikkje berre blir nytta for kliniske føremål, men også som grunnlag for overvaking, tilsyn og økonomistyring.

” At fagfolk og profesjonar er med på ferda, skuldast nok at ingen torer å opponere når noko blir omtala som vitskapleg.

Eit problem er at ein synest å ta for gitt at evidensbaserte guidelines i praksis gir betre resultat, mens dette i realiteten er eit empirisk spørsmål det finst lite granskningar av. Ein kan heller ikkje ta den kliniske validiteten for gitt sidan mangt er laga av produsentane sjølve. Det blir av fleire reist seriøse spørsmål om dette paradoksalt nok kan auke dei medisinske feila, no under dekke av å vere «evidensbasert».

Alt dette er i ferd med å byråkratisere medisinen og overføre makt

frå klinikaren til systemet. Men redusert klinisk autonomi innskrenkar også den fleksibiliteten som er nødvendig for individuell tilpassing av behandling.

Dei helseøkonomiske gevinstane kan også vise seg illusoriske. Ved at EBM bygger på reine diagnoser og forskingsdesign stripa for kontekstuelle spørsmål, kan ein kome til å utvikle helsetenester tilpassa dei som alt har best utsikter til god helse. Det er svært mange samansette og kompliserte helseplager utan evidensbaserte svar – og ei forskyving av ressursbruken bort frå desse vil vere lite tenleg samfunnsmessig sett.

Eit skin av vitskap

Alle styringslogikkar elsker standardisering, og kan ein gi den eit skin av vitskap, er det ikkje til å undrast over at ein grip til slike. At fagfolk og profesjonar er med på ferda, skuldast nok at ingen torer å opponere når noko blir omtala som vitskapleg.

Isolert sett er det mangt som kan vere bra i evidensparadigmet, og at nokon lagar system som gir praktikaren lettare tilgang på kunnskap, er allment ein god ting.

Paradokset er at evidenskonseptet sjølv representerer overtru, ei vitskapsovertru og ein styringshybris som framfor alt skuldast at ein ikkje skjønar denne kunnskapen sin karakter og dermed grensene i høve til praksis.

Evidenskonseptet er etter mitt syn nemleg ikkje særleg vitskapleg, sjølv om retorikken hevdar nettopp dette.

Først og fremst handlar «evidensforskninga» om ei relativ ateoretisk empirisk pragmatisme, opphøgd som vitskapleg styringsgrunnlag for praksis. Dette kjem klart til uttrykk hos vår nasjonale EBM-produsent – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – når dei seier: «Kunnskapssenterets rolle vil særleg vere

” Men i klinisk praksis – eller anna menneskebehandling – møter ein ikkje gjennomsnittspasienten. Slike finst ikkje, dei er statistiske konstruksjonar.

knyttet til det å evaluere og måle, og ikke det å forstå mer grunnleggende mekanismer eller fortolke opplevelser og sammenhenger».

Det viktigaste er altså å dokumentere at noko verkar. Kvifor, som er vitenskapen sitt fremste mål å finne ut av, har kome i bakgrunnen. Difor har evidenskonseptet ført til ein omfattande pseudovitskapleg varedeklarasjon av metodar og tiltak.

Katstrofalt

At ei medisinsk behandling er deklarerert som evidensbasert, tyder dessutan enkelt sagt at ein på bakgrunn av gruppedesign kan seie at ho verkar for ein statistisk gjennomsnittspasient, uavhengig av kontekst. Men i klinisk praksis – eller anna menneskebehandling – møter ein ikkje gjennomsnittspasienten. Slike finst ikkje, dei er statistiske konstruksjonar.

Derimot møter ein den individuelle variasjonen og subjektiviteten ein i gruppedesigna har sjalta ut som feilvarians.

All medisin har også individuelle verknadsprofilar (og biverknad), og ser ein bort frå dette i klinikk, kan resultatet ikkje berre bli dårleg, men også katastrofalt.

To sjuke med den same sjukdomen er framleis to forskjellige sjuke. I den kliniske verda kan ein heller ikkje kontrollere for konteksten. Det er den kompleksiteten ein arbeider i, og god klinisk etikk tilseier at ein bør utnytte denne til beste for pasienten.

Her er den evidensbaserte kunnskapen berre eit av fleire kunnskaps-element som den gode praktiskar må ta omsyn til.

Praksisproblem

Peter F. Hjort er kjent for å ha sagt om si eiga yrkesgruppe, legane, at dei

er gode til å behandle sjukdom, men dårlege til å behandle sjuke menneske.

EBM og standardisering vil forsterke dette praksisproblemet. Avstanden til pasienten vil auke, og når fleire indirekte skal gjere sine interesser gjeldande i det kliniske romet, blir det mindre plass igjen til det personlege, fortrulege og tillitsfulle møtet mellom ein hjelper og den ein skal hjelpe.

Det blir ikkje berre dårleg etikk av slikt, men også dårleg klinisk arbeid sidan vi veit at nemnte tilhøve utgjør 30–40 prosent av behandlingseffekta.

Evidenstyranni

Legekunsten har blitt avvikla, legen ein behandlingstekokrat og vi alle som potensielle pasientar underlagt gjennomsnittets diktatur – alt under dekke av ein EDB-retorikk ikledd vitenskapens klede.

Med ein allusjon til Richard Sennet sitt uttrykk «intimitetstyranni», herskar det eit «evidenstyranni». Tyranni må ikkje her mistydst som ein ytre tvang, men som noko meir subtilt slik det frå gamalt av – i politisk tenking – var eit synonym for «suverenitet».

Det er når alt blir tilvist eit felles, suverent prinsipp at det verkar tyranniserande.

Og slikt tyranni kan oppstå på bakgrunn av ei tru eller overtyding som hevdar ein bestemt målestokk for sanning som suveren.

tje@hivolda.no

Er tidlegare publisert som kronikk i Dagens Medisin 11. okt. 2007.

Trykt med løyve for Naturterapeuten.

«EKKO» 15. mai 2013

Dr. Helene Langevin har påvist en av bindevevets reaksjoner på akupunktur nåler. Hun beskriver at bindevevet trekker til seg nålen, slik at det kjennes som et napp. Hennes forskerteam tar opp ultralydvideo av bindevevets reaksjon på akupunktur. Det beskrives som om bindevevet oppfører seg lik spaghetti som snurrer seg rundt en gaffel.

Fjerner vi knokler, muskler og blodårer fra kroppen, er det lett å tro at kroppen ville kollapse, men bindevevet vil faktisk bidra til at kroppen beholder sin form. Dette vevet binder knokler og muskler sammen og bidrar til at vi kan bevege oss. Alle organer er omgitt av bindevev og dette vevet er en viktig kilde til informasjonsflyt i kroppen.

Når bindevevet snurrer seg rundt akupunktur nålen strekker det seg, og når nålen trekkes ut eller når nålen har sittet lenge nok, trekker vevet seg tilbake. Dette fører blant annet til at det produseres smertestillende stoffer. En interessant observasjon er også at akupunktur gir effekter ut over de symptomene det søkes behandling for.

Dr. Langevin har observert at meridianene ofte befinner seg mellom muskler og at punktene er lokalisert til områder hvor to lag av bindevev møtes. Hun har tidligere vist at det trengs mer kraft for å trekke nålen ut fra slike punkt.

Seniorforsker Terje Alræk ved NAFKAM bidro i programmet med opplysninger om at de har funnet positive effekter av akupunktur på urinveisinfeksjon hos kvinner, en reduksjon på 50 % av plager forbundet med overgangsalder samt god effekt på «jumping knees».

I tillegg nevnte han at av 120 spurte sykehus, oppgir 40 at de tilbyr akupunktur til pasienter.

redaksjon@nnh.no

Kilde : <http://www.uvm.edu/~fuvmpr/?Page=article.php&id=2208>

NRKs Ekko-sending 15.mai 2013