

# Evidensbasert praksis – EIN GOD STRATEGI?

Om eg avgrensar meg til metodar som kan kallast sosiale og psykoterapeutiske, kan svaret hentast nettopp frå "evidensforskinga" sjølv – og det er eintydig nei! Det finst ikkje empirisk evidens for evidensbasert praksis på dette feltet, inkludert slik behandling overfor psykiske lidningar av ulikt slag, skriv Tor-Johan Ekeland, professor, dr.philos. ved Universitetet i Bergen.

**A**v og til må ein undre seg over kvar nyord kjem frå, og kvifor enkelte av dei spreier seg hurtig og byggjer seg opp til kraftfull retorikk. «Evidensbasert praksis» er eit slikt nyord som på relativt kort tid har blitt nytta som varedeklarasjon for praksisutøving på stendig fleire felt i den vestlege kulturkrinsen, ikkje berre i helsevesenet. Og evidensevangeliet lyd påfallande samstemt frå WHO, nasjonale helsetilsyn, profesjonsaktørar og forskarar av ulikt slag med bod om ein kvalitets-sikra praksis som byggjer på vitenskap. Om fagfolk helde seg til evidensbaserte metodar, kan ein skilje ut det som ikkje har livsens rett og sikre at brukarane får tilgang til "best mulig" behandling, heiter det. Kan ein vere kritisk til dette? Ein ikkje berre kan, ein bør vere det. Mistydingane er mange, og eg skal her peike på nokre av dei.

## RCT på toppen av hierakiet

La meg først utdjupe kva eit system for evidensbasert praksis går ut på. For å forenkle det heile kan vi seie at det er tale om tre nivå. Det første nivået er forskingslitteraturen slik den ligg føre i vitenskaplege tidsskrift. Det neste nivået er eit seleksjonsnivå, det vil seie ulike system som etter visse kriterium vel ut og legg til rette forkinga slik at praktikaren kan gjere seg nytte av den. I medisinen er Cochrane-biblioteket eit døme på eit slikt seleksjonssystem. Seleksjonskriteria vert gjerne referert til som "gullstandard", eit hierarki av



Dr.philos. Tor Johan Ekeland.

metodekrav ein set for å deklare forskinga som evidensbasert. I toppen av hierarkiet er RCT-designet. Evidensbasert har såleis blitt synonymt med denne typen design. Det siste nivået er eit styringsnivå som på ulike måtar skal sikre at praksisfeltet tek i bruk denne kunnskapen; anten gjennom tilråding, direkte pålegg, gjennom sertifisering, eller slik at berre evidensbaserte metodar gir rett til refusjon og offentleg støtte.

## Evidensbasert lydnad

At nokon lagar system som gir praktikaren lettare tilgang på kunnskap er allment ein god ting, og ein kan i prinsippet ikkje vere usamd i at ein kritisk vurderer kva slags praksis samfunnet bør støtte. Det avgjerande spørsmålet er likevel om ein

evidensbasert praksis gir ein betre praksis. Evidenstillhengarane har tatt dette for gitt (ipso facto), men i realiteten er dette eit empirisk spørsmål som ikkje er dokumentert. Ein del av grunnleggjarane av konseptet innser no dette, og er sjølv forskrekka over nokre av fylgjene av det dei sette i gang. Det gjeld først og fremst styringsnivået og det aukande presset mot standardisering av praksis og disiplinering av utøvarane til å vise evidensbasert lydnad. Det fører med seg at andre kunnskapstilgangar blir marginalisert, og at klinikaren sin autonomi blir svekt. Mange vil meine at det er på tide. Det dei då gøymer er at pasienten sin autonomi vert svekt samstundes. Det kritiske er likevel at i slik direkte overføring til praksis overser ein den evidensbaserte kunnskapen sine grenser, og at forskning og praksis prinsipielt er to ulike typar kontekstar.

## Kontekstfrie metodar finnes ikkje

I prinsippet er "evidens-forskinga" ikkje noko nytt. Gullstandard er berre uttrykk for at ein har skjerpa metodekrava til det som alltid har vore målet i biomedisinen: å utvikle det eg vil kalle kontekstfrie metodar. Det vil seie, gitt ein spesifikk diagnose, å påvise at ei behandling verkar, og at verknaden opptreir uavhengig av legen som yter ho, uavhengig av pasientane, og uavhengig av kontekstuelle tilhøve. Kan ein påvise ein slik samanheng, impliserer det ein kausalitet mellom be-

handling og verknad, noko som gir grunnlag for generalisering. Vi kan seie at kunnskapen har fått teknologikarakter. Dette er modellen for å teste medikament, og RCT-designet er beste måten å gjere dette på. Men sjølv ved medikament er ikkje overføringa til praksis utan vidare enkel. Ein må huske på at eit slikt studie viser at behandlinga har verka på eit statistisk gjennomsnittsindivid. Slike individ finst ikkje i klinisk praksis, og variasjonen i verknadsprofil kan vere stor frå pasient til pasient. I praksis finst det heller ikkje kontekstfrie metodar. Tilhøvet mellom lege og pasient kan ha avgjerande innverknad på spesifikk medisin. Den evidensbaserte kunnskapen er også utvikla på reine diagnosar, mens i store delar av medisinen arbeider ein med samansette problem det ikkje finst eintydige evidensbaserte svar på. Frå USA kjem det rapportar om at legar helst unngår slike vanskelege pasientar. Jussen spøker i bakgrunnen. Har du arbeidd evidensbasert er sjansane større for at legen har ryggen fri om nokon skulle klage. Og det gjer dei.

### Tru på metoden viktig

Og kva med rusbehandling? Spørsmålet blir om det i slik behandling finst metodar som har teknologikarakter, eller ein rimeleg stabil kausalitet mellom tiltak og resultat, slik at generalisering er tilrådeleg. Om eg avgrensar meg til metodar som kan kallast sosiale og psykoterapeutiske, kan svaret hentast nettopp frå "evidensforskinga" sjølv – og det er eintydig nei! Det finst ikkje empirisk evidens for evidensbasert praksis på dette feltet, inkludert slik behandling overfor psykiske lidningar av ulikt slag. Det er eintydig at dei spesifikke metodane ein nyttar i slik

behandling berre forklarar ein liten del av resultatet (10-15 prosent av utfallsvariansen). Same kva metode ein nyttar er dessutan behandlar og klienten si tru på metoden, viktigare enn sjølve metoden. Tyder dette at metoden er uviktig – eller at det berre er det relasjonelle som tel? Ein kan lett kome til den mistydinga om ein ikkje skjønar at alle forskingsdesign gjer nokre samanhengar synlege, men undertrykkjer andre. Den metodiske og tekniske kunnskapskapitalen er framleis viktig, og metoden kan i enkelttilfella vere heilt avgjerande. Poenget er at verknaden er så bunden av kontekstuelle tilhøve at den forsvinn som feilvarians i RCT-design. Difor er det ikkje grunnlag for generalisering; og standardisering er heilt feil strategi. Grunnen er enkel: Vi er vesen med intensjonar og tolkar verda. I mellommenneskeleg samhandling (som slik behandling er) eksisterer ikkje kausalitet. Vi oppfører oss ikkje som biljardkuler, men reagerer og agerer utifrå meining og grunnar.

### Ein liten kvit frakk i dei fleste

Det er om lag femti år med empirisk behandlingforsking som ligg bak det eg her har sagt. Likevel har mange tungt for å ta implikasjonane inn over seg. Grunnen er nok historisk. Profesjonar som kan smykke seg med kunnskap som har teknologikarakter har alltid blitt gitt status og makt i samfunnet – og i helse- og sosialfeltet er der ein liten kvit frakk i dei fleste.

At mest alle profesjonar no spring etter evidensfrakken, har eg to samspelande hypotesar om. Tilhøvet mellom profesjon og samfunn er basert på tillit, og det er mangt som tyder på at denne tilliten har slått brester dei siste tiåra. Profesjonane

sitt virke har blitt kritisk granska og utfordra. Ein kan snakke om ein tillitsbrest. For å reparere denne tillitsbresten oppstår det eit behov for legitimering. Å skyte praksisen sin inn under vitskap, til dømes gjennom varemerket "evidensbasert", er ein viktig legitimeringsstrategi i vår kultur. Den andre hypotesen er knytt til dei nye styringslogikkane for offentleg sektor som sidan åttitalet har spreidd seg i mange vestlege land (gjerne omtala som New Public Management), og blitt kraftig synleg i helsevesenet etter omlegging til føretak.

Eit sentralt poeng i NPM er økonomisk effektivisering gjennom resultatstyring og resultatfinansiering kopla mot marknadsmekanismar. Vi skal alle konkurrere for å bli flinkara, og pasientar og brukarar er blitt kundar. Denne situasjonen aukar presset på "produksjonsteknologien". Den bør sjølvsagt vere effektiv og gje ønska verknad – og er den billig er det endå betre. Om slik teknologi finst, og evidensmakarane gir jo bod om det, er det sjølvsagt at ein kvar styringsbyråkrat vil ivre for å standardisere den.

Ein kan jo ikkje ta seg råd til at alle skal drive med skreddarsaum etter eigen design når konfeksjon gir best resultat, vil ein kunne sei frå det haldet – logisk nok. Då er det best at gode fagfolk sjølv sluttar å briske seg lik keisarar; tar av seg dei jålete evidenskledda og forklarar sakleg og skikkeleg at det beste (og i det lange løp billegaste) framleis er gamlemåten: skreddarsaum i samdesign med klienten. Dette er forskingsbasert kunnskap.

*tje@hivolda.no*

*Artikkelen er tidlegare publisert som kronikk i "Folket".*

» Ein må huske på at eit slikt studie viser at behandlinga har verka på eit statistisk gjennomsnittsindivid. Slike individ finst ikkje i klinisk praksis, og variasjonen i verknadsprofil kan vere stor frå pasient til pasient.