

Evidens – begrensende eller opplysende?

*Ring the bells that still can ring.
Forget your perfect offering.
There is a crack in everything.
That's how the lights get in.
(Leonard Cohen)*

AV KARI MARTINSEN

Hvordan kan det ha seg at evidensbegrepet er innsnevret til å bli benyttet innenfor naturvitenskapelige tradisjoner, og i særlig grad synes å være begrenset til medisinsk evidens? Og: hvordan kan det ha seg at denne formen for evidens også har beveget seg inn i andre fagområder?

Kan evidens forstås på flere måter? Dette spørsmålet er påtrengende å stille, ut fra det faktum at begrepet synes å ha blitt gjort ensbetydende med *evidens i den evidensbaserte medisinen*.

Hvis kunnskaper og erfaringer er til å stole på og det er belegg for dem, er de gyldige eller evidente. Men hva skjer med de ulike kunnskapsformer og erfaringer når det kun er kunnskap framkommet ut fra den evidensbaserte medisinen som er gjeldene. Det som i dag kalles «kunnskapsbasert praksis» innenfor helsefagene, er det bære andre ord for den evidensbaserte medisinen kunnskapsregime? Hva slags kunnskap kan vi stole på i slike situasjoner? Hvordan kan vi framskaffe viten som er til å stole på? Og hvordan skal vi språklig uttrykke den?

Diskusjonene om dette synes å ha forstummet. Eller de blir til skinndiskusjoner når de måles mot den evidensbaserte medisinen arbeidsmåte og kunnskapsfrøbringende som best og som gyldighetsnorm.

Når evidens blir evidensialisme

Denne artikkelen tar først opp hva som menes med evidensialisme. Deretter vises til kunnskapsgrunnlaget som

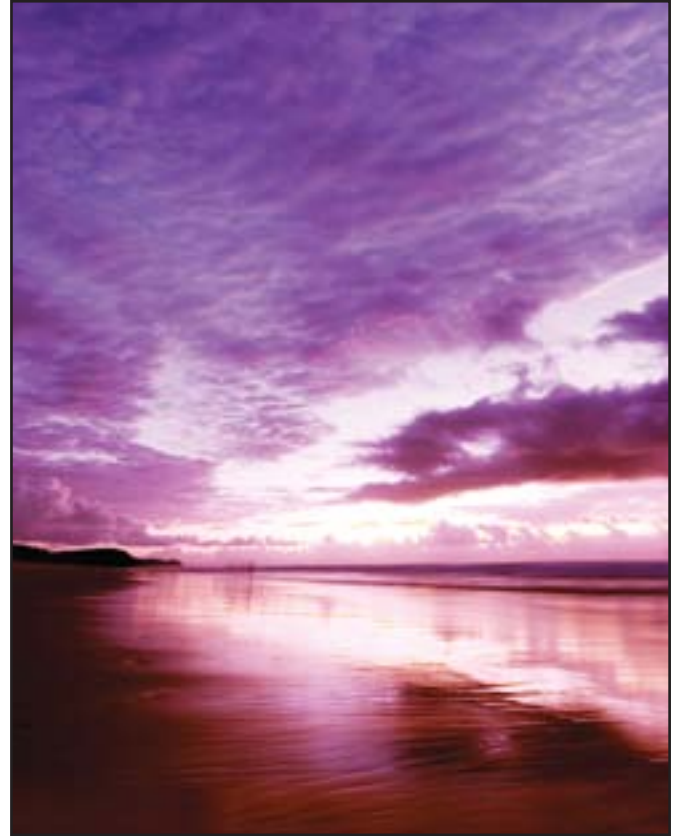


Foto: Ximagination

den evidensbaserte medisinen bygger på, og det redegjøres for det problematiske når gyldighetsgrensene for denne kunnskapens skapelse og anvendelse overskrides. Det er da evidens blir evidensialisme, det vil si en form for evidens, nemlig den medisinske, som førende og bestemmende. Dernest stilles spørsmålet om hvordan det kan være at evidens er blitt til det altomfattende begrepet evidensialisme. Til slutt blir det vist at konsekvensen av dette er en utpreget del av instrumentalisering, både av forskningen som inntar bokholderholdningen, og av den kliniske praksis der sansingen underspilles og det legges press mot å handle etter regler og standarder. Kunnskapen ensrettes. Men et problem blir stående: Til tross for presset, møter mennesket instrumentmaliseringen med motstand.

Evidensialisme

Evidensbasert praksis (EBP) er et begrep som i løpet av de siste 10-15 årene har vunnet en verdensomspennende utbredelse. Evidensbasert praksis (EBP) og evidensbasert medisin (EBM) blir stort sett brukt som likelydende begreper. Den eneste forskjellen er at EBP er mer generelt og omfatter alle helseprofesjonene. EBM brukes hovedsakelig der det refereres direkte til det medisinske fagfeltet (Ekeli, 2002, s. 8)

Rundt århundreskiftet skyllet evidensbegrepet som



Kari Martinsen er psykiatrisk sykepleier, magister i filosofi og dr.philos i historie. Denne artikkelen er et utdrag av foredraget filosofen Kari Martinsen holdt på den norske fagkongressen i ergoterapi i oktober. Den bygger igjen på et kapittel i den nye boken : Å se og innse - om ulike former for evidens av Kari Martinsen og Katie Eriksson (2009)

EBM og EBP som en bølge inn over de ulike helsefag og nye begreper, som kunnskapsbasert praksis, kom til. Begrepene brukes om hverandre og om absolutt alt, og på en inneforstått måte. Hvilket kunnskapsgrunnlag de bygget på, sammenhengen kunnskapen ble vunnet i, er ennå lite diskutert. Det kan synes som om evidensbegrepet i denne betydningen er blitt et totaliserende begrep. Et totaliserende begrep som gjør alle katter sorte. Et utjevneende begrep, der det unike, personlige og forskjellige avvikes. Et begrep som det utelukkende er knyttet noe positivt til. Det er da en får en mistanke om at en står øverfor en ny ideologi med visse totalitære trekk, eller i det minste noe som begynner å minne om en ny –isme (Kristensen og Frederiksen, 2004, s 121).

Nå er det ikke noe galt i å bruke evidensbegrepet. Det er ikke noe galt med en forskning som pøduserer evident kunnskap, det skal jo forskningen gjøre. Men når en ikke spør hvilket kunnskapsgrunnlag den evidensbaserte medisinen bygger på, for dermed å distingvere og sette en forskjell til andre kunnskapsformer, er jo nettopp dette å gjøre alle katter sorte. Da går evidensbegrepet i selvsving som evidensialisme.

Kunnskapsgrunnlaget i den evidensbaserte medisinen

I en søken etter den evidensbaserte medisinen sitt kunnskapsgrunnlag tar jeg utgangspunkt i filosofen Paola de Cuzzani bok *Å lese medisinen* (2003). I det første kapitlet diskuterer hun evidensbegrepet, der hun tar utgangspunkt i den danske velkjente og meget leste bok av Wulff, Pedersen og Rosenberg *Medisinsk filosofi* (1990). Cuzzani skriver:

«Vi vet at skolemedisinen refererer til statistiske sannheter, til de såkalte kontrollerte erfaringene, og at behandling ikke aksepteres før den underkastes kontrollerte forsøk. Men det er fortsatt langt igjen før det er allment akseptert at disse elementene virkelig kjenner tegner den medisinske virksomheten. I 1981 skrev (legen) S.G Johnsen: «Hva kommer det mig ved, at en behandling har en gunstig virkning hos 60 prosent, hvis det overhodet ikke virker på meg selv? Hva kommer i det hele taget statistikk mig ved, når jeg kun er mig selv? Den enkelte patient overrasker mig og man ved ikke rigtig hvordan man skal takle problemerne» (referert i Wulff, Pedersen og Rosenberg) (Cuzzani, 2003, s18).

Sitatet over er et eksempel på at det innenfor legeprofesjonen, før evidensbevegelsen satte fart, har vært røster som stilte seg kritiske til om det medisinske helbædelsesprosjektet lot seg innramme i en sikker og allmenngyldig viten. Det enkelte menneske er noe mer og annet enn kun et statistisk gjennomsnittsmenneske. Cuzzani fortsetter:

«De statistiske «sannhetene» som den evidensbaserte medisinen refererer til, er verken 100 prosent sikre, eller omfatter alle mulige individuelle variasjoner av sykdommens fenomen. Faktakonstatering gjennom statistikk er ikke nok, sier Johnsen, og gir uttrykk for et sterkt ønske: «..vi ved alt for lidt om hva der foregår i det menneskelige legeme. Hvis vi virkelig kvalitativt og

kvantitativt, kemisk og fysisk var i stand til at opstille en komplett og udtømmende beskrivelse af en patient var det slut med overraskelser. Vi ville vide nøyaktig arten og omfanget af en igangværende sygdomsprocess, vi ville kunne oppstille en præcis prognose for den enkelte patient og det ville kunne udarbejdes en både teoretisk og praktisk korrekt behandlingsplan, hvis effekt aldrig ville overraske.» (Cuzzani, s 19).

Cuzzani skriver at hun har brukt eksemplet som legen uttrykker i boken *Medisinsk filosofi* for å peke på en problematikk som er aktuell i den daglige medisinen, og som legene til en viss grad selv synes å ha vært klar over. Det gis ingen kunnskap som kan omfatte alle individuelle variasjoner. Det er også dypt problematisk ut fra forskningsresultater å anbefale teknologier for en praksis. På ett plan er legene klar over dette. Men på den andre siden aksepteres ikke behandling i skolemedisinen før den underkastes kontrollerende forsøk. Forholdet mellom forskning og anvendelse av forskningen blir deduksjon fra biologiske teorier, det vil si teknikk.

Cuzzani utdyper dette forholdet mellom forskning og anvendelse av forskningen slik:

«Hva betyr det for medisinen å være en vitenskapelig virksomhet? Er behandling deduksjon fra biologiske teorier? Med andre ord, er medisinen kun en teknikk i positivistisk forstand? Hvilken rolle spiller empirien i medisins vitenskapelighet? Og hva betyr empirien i medisinen? Den evidensbaserte medisinen vil svare: kohortstudier, randomiserte undersøkelser. Med andre ord, statistiske metoder som dataenkjennelse.» (Cuzzani, s 18).

Den evidensbaserte medisin bygger på et kunnskapsgrunnlag fremkommet ut fra statistiske metoder og randomiserte forsøk. Selv om det er problematisk å omsette denne kunnskapen på individnivå, synes likevel statistiske beregninger å ha en tendens til å erstatte den enkelte leges erfaringer. Begrunnelser hentes fra et matematisk fundament og det som kan objektivt registreres gjennom målinger. Avgjørelser ut fra legens sansende blikk blir transformert til kontrollert observasjon. Resultater fra eksperimenter og laboratorium blir generalisert til klinisk praksis. Veien fra forskning til anvendelse er uproblematisk kort.

Mesteren og elevene

I dag er Cochrane Collaboration-sentrene selve bærebjelken i den evidensbaserte medisins arbeid med å skaffe kunnskap ut fra randomiserte klinisk kontrollerte forsøk, slik at travle praktikere skal kunne få en oversikt over den nyeste forskningen og anvende den i sin praksis. Cochrane Collaboration er en internasjonal sammenslutning av grupper, hovedsaklig medisinerne, spredt over hele verden. De gjennomgår og vurderer alle nye forskningsresultater innen det medisinske feltet som publiseres i nærmere angitt internasjonale medisinske tidsskrifter, og legger dem i databaser. (Ekeli 2002, s 11, s 35, s48)

Det var den engelske epidemolog Archie Cochrane som

faglig

i 1970-årene gikk i bresjen for å framskaffe kontrollerte vitenskaplige behandlingsmetoder med tanke på å avskaffe uvirksomme og fremme virksomme terapier. Men legen Cochrane ville noe annet med medisinen enn det som er lagt ned i Cochrane-sammenslutningene og deres databaser. Den danske filosofen Uffe Juul Jensen viser til en interessant forskjell mellom mesteren og elevene, eller hvordan elevene tar det som passer av mesterens tenkning om medisinske kritiske plass i samfunnet ut av sin sammenheng for å kunne bruke det som passer i en internasjonal bevegelse der det viktigste kun er å vise til dokumentasjon for effekt av behandlingstiltak. Jensen skriver at når Cochrane skrev boken *Effectiveness and Efficiency* var den et bidrag i samfunnsdebatten om problemene i den medisinske virksomheten, og det var denne sammenhengen det var viktig både å diskutere og ikke glemme.

Jensen skriver om legen Cochrane blant annet:

«Læsning af bl.a. Cochranes erindringer bekræfter indtrykket af en læge, der på en og samme tid føner moderne videnskabelige holdninger og en menneskelig holdning og tro på betydningen af menneskelig fællesskab også i spørgsmål om menneskelig sundhed. [...] Cochrane knyttede sine forhåbninger til en forening af videnskabelig indsats og et menneskeligt samfundsmæssigt og politisk engagement og en endnu levende fællesmenneskelig solidaritet» (Jensen 2004a, s. 29, s. 36; se også Jensen 2004b).

(Jensen 2004)

Det hender at elevene ikke alltid følger mesteren. Det kan også være frigjørende og nyskapende å bryte ut. Men i dette tilfellet hadde det vært klokt å følge mesterens ord.

Evidens i helsefagene

Den evidensbaserte medisinen sitt anliggende har således vært og er å innhente kunnskap ut fra statistikk og randomiserte forsøk, og å omsette den i klinisk praksis som sikker kunnskap.

Denne problematikken blir ikke mindre når helsefagene i stor utstrekning tar den evidensbaserte medisinske arbeidsmåte og kunnskapsgrunnlag som fundament og ideal for sin forskning og praksis. Helsefagene konstruerer i denne sammenhengen til og med et nytt begrep «kunnskapsbasert praksis», som om ikke all profesjonell praksis har vært og er kunnskapsbasert. Denne problematikken er presist satt fingeren på og problematisert av den norske fysioterapeuten og antropologen Britt-Vigdis Ekeli. I boka *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* (2020) skriver Ekeli:

«Våren 2000 skyllet EBP-bølgen over det norske fysioterapeutmiljøet. 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 hvil-

ken kunnskap dette systemet er bærer av. Det var i det hele tatt sparsomt med refleksjon over forholdet mellom idealene som styrer forskningen som utgjør EBP-systemets kunnskapsbase, og de faglige utfordringene fysioterapeuter møter i praksisfeltet.» (Ekeli, 2002, s3).

Evidensbasert praksis skal gjøre den profesjonelle bedre i stand til å møte økende krav om effektivitet, dokumentasjon og kvalitetssikring. Dette skal skje gjennom forskning som bygger på at det skjer noen enkle og uproblematisk reduksjoner. Evidensbasert praksis er lik evidensbasert medisin, er lik forskningsbasert, er lik kunnskapsbasert, er lik anvendbarhet i klinisk praksis etter føreskriving, handlingsanvisning, prosedyrer eller regler. Det er en teknisk anvendelse. Dette er igjen lik effektivitet og kvalitetssikring. Dette er en innsnevring og en manglende problematisering både av forskningen, kunnskapsbegrepet og av den kliniske praksis. Det er rett og slett evidensialisme.

Evidensialismen viser seg også i sykepleiefaget. Den samme evidensbølgen skyllet på samme tid som for fysioterapifaget også over sykepleiefaget. Dette kan vi lese om i fagtidsskriftet *Sykepleien* i flere artikler fra 2000 og utover. Konstruksjonen av og innholdet i begrepet «kunnskapsbasert praksis» ble til og med støttet av offentlige myndigheter ved at en egen lærestol, et professorat i kunnskapsbasert praksis ble opprettet i ved Høgskolen i Bergen i 2007, medfølgende godkjenning av et mastergradsstudium i nettopp kunnskapsbasert praksis. Hva rommer så kunnskapsbasert praksis? I beste fall kan kunnskapsbasert praksis utlegges som et begrep som har i seg flere former for kunnskap der disse må utfordres og vises i sin egen rett, og derfor med ulike måter å arbeide med evidens på. En må hele tiden kritisk spørre om det som undersøkes faktisk lar seg undersøke på den måten som det gjøres, og der ulike kunnskaps- og evidensformer kan komme i konflikt med hverandre. Alt kan ikke gjøres gyldig på samme måten, eller underlegges *en* form for evidens. Men det er dette som er problemet. Det blir ikke vist til *ulike og likeverdige* evidensformer. Evidens er evidens. Begrepet «kunnskapsbasert praksis» skjuler at målestokken for evidens er i den evidensbaserte medisinen

Problematikken og budskapet synes derfor å være det samme som det som her er nevnt for fysioterapifaget: Evidensbasert sykepleie grunnis i evidensbasert medisin, og forskningsbasert knyttes til denne arbeidsmåten. Evidensbasert blir også her likestilt med kunnskapsbasert praksis, som skal være forskningsbasert. Men verken forskningen eller kunnskapsbegrepet problematiseres, heller ikke anvendelsen av forskningen. Det konstruerte begrepet «kunnskapsbasert praksis» rommer absolutt alt, og er det noe som mangler kan det bare puttes inn. Det er et fleksibelt, totaliserende og positivt begrep. Det er et ideologisk begrep. I ideologiens navn er problemtenkning, spørsmål og undring forstummet.

Hvordan kan det være at evidensbasert medisin er blitt tillagt så stor betydning?

Den evidensbaserte medisin og kunnskapen den fremskaffer og bygger på, kan ikke ha fått en slik utbredelse og

gjennomslagskraft hvis ikke offentlige myndigheter og profesjonene selv støtter opp om dette. Derfor er evidensdiskusjonen ikke samfunnspolitisk uskyldig. Det bygges en allianse mellom samfunn (politiske myndigheter) og profesjoner som er både utfordrende og vanskelig. Dette er ikke noe nytt, slik har det vært siden profesjonene ble oppfunnet i nyere tid: Profesjonene eksisterer på bakgrunn av et sosialt mandat fra samfunnet, av samfunnets behov for deres ytelser, samtidig som profesjonene kan være med til å prege samfunnsutviklingen med sine kunnskaper (Hoeck, 2002). Det nye i dag er en sterk offentlig styringslogikk, ikke bare mot det som er nyttig og godt for flest mulige, men det som kan gi økonomisk avkastning (Fredriksen, Beedholm og Martinsen, 2007). Den dominerende rasjonalitet i helsevesenet i dag er den strategiske og økonomiske, hvor alle må vise, og ikke minst målbar vise, sin verdi i effektivitetens og økonomiens navn. Det er i denne sammenhengen at den evidensbaserte medisinske forskningen er kommet i forgunnen. Med kostnadsvekst i helsesektoren er det økte krav til forskning og profesjoner om at tiltakene virker, i betydningen er økonomisk besparende. Offentlige myndigheter kan på sin side sette makt bak sine krav og knytte forskningen og de standardiserte prosedyrene til økonomiske sanksjoner. Kostnadskontroll koples til standardiserte prosedyrer.

Effektmålingsinstrumenter koples til penger. Diagnoser koples til penger (Martinsen, 2005). I denne sammenhengen er det at den evidensbaserte medisinske forskningen og anvendelsen av dens resultater har dokumentert sin nytte samfunnsøkonomisk ved at institusjonene som denne forskningen gir klar institusjonsgevinst for, synes å bli modell for samfunnet i sin helhet. Myndighetene baserer derfor i stor grad sine avgjørelser på denne type forskningsbasert kunnskap. Den skal fremme effektivitet og lønnsomhet. Den er også kalt sikker kunnskap, objektiv kunnskap eller kunnskap vunnet gjennom ulike effektmålinger av forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak, og der kunnskap kan settes opp i et evidenshierarki. (Martinsen sykepleien 2008) Øverst i evidenshierarkiet er systematiske oversikter og metanalyser over flere godt utførte randomiserte studier og nederst klinisk erfaring, hvis dette overhodet er med: Det er videre en anvendelseorientert forskning der forskningsresultatene skal være uproblematiske både å fremskaffe i ulike databaser og å anvende. Dette er ikke en hermeneutisk anvendelse der det å forstå er anvendelse i betydningen å forstå det en har forstått på andre måter (Løgstrup, 1984, s. 46, Alsvåg og Førland, 2007, s 18-19). Det er en teknisk anvendelse etter foreskrivende og handlingsanvisende regler og prosedyrer. Travle praktiskere, som er blitt kritisert for ikke å lese og å anvende nok forskningslitteratur, skal hele tiden kunne skaffe seg kunnskap innenfor den nyeste og best oppdaterte forskningen. Intensjonen er at den kliniske praksis skal bli mer forskningsbasert og dermed forbedret. Dette gjelder for leger, men også for sykepleiere.

Evidensbasert sykepleie i legens klinikk

Den problematikken som oppfinnelsen «kunnskapsbasert praksis» står innenfor, kan kortfattet uttrykkes slik:

Kunnskapsbasert praksis skal være forskningsorientert, (underforstått innenfor den evidensbaserte medisinen sitt regime), og en skal komme til synlige og brukbare resultater i forskningen. Forskningen presses inn i former som gjelder for den evidensbaserte medisinen. Det skal skje en hurtig oppdatering på forskningsresultater via databaser, fortrinnsvis utarbeidet for evidensbasert medisin.

Forskningen skal være anvendbar, og kunnskapen skal kunne styres inn mot klinisk problemløsning, effektmålingsinstrumenter, prosedyrer, sjekklistor og teknikker. Forskningen blir innsnevret til utelukkende å bidra til økt handlingsberedskap med vekt på, i beste fall, klinisk problemløsning ved å tilpasse seg den medisinske modell for forskning og formidling.

Som ideologisk, eller tildekkende konstruksjon, blir begrepet «kunnskapsbasert praksis» både et offentlig styringsredskap og et belønningssystem. «Kunnskapsbasert praksis» brukes i offentlig styringslogikk der det blant annet heter at «helsetjenesten ikke må bygge arbeidet sitt på metoder som ikke har effekt» (St.m. 26, 1999-200). Underforstått at resultater kan dokumenteres ut fra målingen av effekt av ulike tiltak og at de er kostnadsbesparende. Når dette oppfylles gis ulike offentlige belønningssystemer, som innsetter sykepleierne i legenes klinikk som legens lydige hjelper ved på en underordnet måte å delta i hans kunnskapsinnhenting og anvendelsen av den. For det er legens arbeid som prisfastsettes. Heien av syke har ingen egen kostnadsramme. Sykepleien koster intet, den har ingen synlig praksis. Den gjør seg synlig på medisinsens premisser, underordnet i legens klinikk. I denne sammenhengen er det tankevekkende når den danske sykepleieforskeren Karin Anna Petersen treffende skriver at sykepleierne har beveget seg fra å være pleieassistenter for legene til nå også å være forskningsassistenter for dem (Petersen, 2003). Sykepleierne har i moderne tid alltid vært i legens klinikk, men har de hele tiden vært der på en underordnet måte?

Instrumentaliseringen

Presset mot at forskningen skal anvendes, at tiltakene som iverksettes skal virke ut fra objektive, målbare kriterier, sammen med den politiske styringen av forskningen der forskningen selv også skal gi økonomisk avkastning gir noen problemer: Skjønnnet har en tendens til å bli satt til side i forskning så vel som i klinisk praksis, og dermed mister disse praksiser sine selv- og samfunnsrefleksive potensialer. For i begge praksisene er skjønn viktig. Det er ikke slik at skjønn settes opp mot vitenskapelig praksis, men heller hva som særpreger skjønnnet i en vitenskapelig og i en klinisk praksis, og hvordan en skjønner i de ulike praksiser (Petersen, 1995a, s.14-28, og 1995b, s.123 f.).

I skjønnnet gjelder det å opparbeide en distanse – eller et rom – i forhold til egen tenkning og i forhold til det som skal skjønnes. Skjønnnet er et fortolkningsarbeid som både er et selvarbeid og en selvobjektivering, der språket er virksomt. Da er det viktig at språket i skjønnnet kan være med på å gi skjønnnet det rommet som er nødvendig for å kunne utføre et resonnement, foreta en vurdering og føre en rasjonell argumentasjon for det som skal skjønnes. Men

tendensen er at en beveger seg fra skjønn til teknikk, fra overbevisning til overtalelse, fra refleksjon til bokholderattityde der det overordende er å holde orden på datamengden, ikke tenke og være åpen for innfallene. Forskning blir teknikk, og en kan spørre om dette virkelig er forskning. Eller sagt annerledes, det legges for stor vekt på metoder og den tekniske anvendelsen av dem. En stiller i liten grad kritiske spørsmål til egen virkelighetsforståelse og arbeidsmåte. Det synes å være en manglende viten og innsikt til å sette seg inn i det sosiale feltet metoden skal brukes på. Dermed kan metoden brukes ureflektert og uten krav om skjønn og situasjonsanalyse.

Metoden synes i tillegg å blir mer enn en metode, da den støtter opp om et vitenskapsideal som blir normativt og styrende både for forskningen generelt og for klinisk praksis. Vitenskapen kommer først, deretter klinisk praksis. Dette kommenterer den norske psykologen Tór-Johan Ekeland 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 framsetet.» (Ekeland 1999, s. 1039).

Det er ikke vitenskapen som utøver en kritisk gransking av klinisk praksis, og heller ikke som etterprøving av praksis som er problemet. Problemet er tanken om en vitenskapelig klinisk praksis, at vitenskapen skal konstituere og absoluttere hvilken praksis som skal gjelde.

Det er dette fenomenet den norske filosofen Skjervheim kalte «eit instrumentalistisk mistak» da han på begynnelsen av 1970-tallet kritiserte den strategiske, eller som han kalte den, den pragmatiske fornuft. Der er å overordne instrumentell fornuft som retningsgivende for alle virksomheter og relasjoner. Det er grenseoverskridende.

Dermed skjer en teknifisering og en tiltakende regelstyring av klinisk praksis. Den kliniske praksis styres av standarder og regler utviklet fra forskning. Det skjer en manualisering av praksis, som Ekeland (1999) uttrykker det. Manualiseringen av praksis blir et styringskonsept for å avgrense og å vanskeliggjøre praksisutøverens bruk av skjønn og varierte uttrykksmåter. Dette rammer også språket. (Martinsen, m 2005). En forholder seg til mennesker som lider og trette kroppar ut fra manualer og standardiserte prosedyrer og i et språk som er et stivnet begrepspråk der all stemning har forlatt det. Subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir marginalisert. Mennesket reduseres til et gjennomsnittsmenneske. Før ved å bruke manualer uten skjønn leter en etter det som er likt og som faller inn under standardens kriterier. Det forskjellige blir kun målbart mer eller mindre på en skala. Fenomener påtvinges ensartethet. Undringen blir borte, en undring som stiller spørsmålet annerledes: hvordan kan det være at noe fremstår variert og spesielt (Martinsen, 2005, s 91-93, s. 95).

Eller uttrykt slik: All kunnskap skal være forskningsbasert, og forskningsresultatene skal kunne anvendes. I dette ligger en overtalende maktfull tone: Det kan bli kontroll av praksis (Martinsen, 2005, s 93). Kunnskapen innsnevres, den kliniske praktikers sansende, situasjonsbestemte nærvær gjøres problematisk. Forskning for praksis er pro-

blematisk både for forskningen og for den kliniske praksis. Dersom forskning skal være forskning, kan den si noe om en praksis, kanskje kan en forske med praksis, men ikke foreskrive teknologier for en praksis.

Kunnskaper i sin egen rett

Uavhengig av den evidensbaserte bølgen skriver den franske filosofen Paul Ricoeur om forholdet mellom vitenskap/forskning og praksis at det er en «dødbringende tanke....at der eksisterer en vitenskap for praksis....Få ideer er i dag sundere og mer befriende end den, at der findes en praktisk fornuft, men ikke en vitenskap for praksis» (Hermansen og Rendtorff, 2002, s. 161). Dette skriver Ricoeur i sitt essay Den praktiske fornuft fra 1979, der hans prosjekt er:

«...at opbygge et praktisk fornuftsbegreb, der kunne tilfredsstillende følgende to krav: Det må fortjene at blive kaldt fornuft, men må også bevare nogle kendetegn, så det ikke kan reduceres til videnskabelig-teknisk rationalitet» (Ricoeur, s149).

Poenget til Ricoeur er at argumentasjonen må stå i forhold til det en vil vise, den praksis som analyseres, eller det standpunkt en ønsker å fremme, og igjen med Ricoeur «...at man i hvert tilfælde bør afstemme den øvervejede disiplins strenghedskrav med objektets krav» (Ricoeur s. 161). Ellers gjør vi et «instrumentalistisk mistak», for igjen å si det med Skjervheim.

Karin Anna Petersen har i en årrekke arbeidet med den samme problematikken som både Skjervheim og Ricoeur reiser, om ulike kunnskapsformer som eksisterer i sin egen rett og at det er en dødbringende tanke at det skulle eksistere en vitenskap for praksis. Petersen tenker videre med den danske legen Henrik Wulff om fenomenet «rasjonell klinikk» og med den franske sosiologens Pierre Boudieus profesjons- og samfunnsanalyser. Petersen argumenterer for at det er ulike logikker i en vitenskapelig og i en klinisk praksis, at anvendelsen av vitenskapes resultater er en komplisert prosess, og ofte verken mulig eller ønskelig (se evidensbok, 2005, s108). Det er viktig å spørre hva gyldig kunnskap er for de ulike praksiser (forskningspraksis, klinisk praksis), under hvilke betingelser kunnskapen er gyldig, hvordan den er fremskaffet, og om forskningskunnskap overhodet kan anvendes og i tilfelle hvordan. Direkte å anbefale teknologier eller fremgangsmåter for en konkret praksis ut fra forskningsresultater fører til et press mot instrumentalisering.

Dessuten følger ikke praktiske handlingsanvisninger automatisk ut fra vitenskapelige forklaringer, men krever en annen læreprosess på andre premisser.

Ricoeur skriver at et praktisk fornuftsbegreb må kvalifiseres. Petersen argumenterer for det samme. Det gjør også hennes mangeårige kollega sosiologen Staf Callewaert når han hevder at den praktiserende sykepleier må oppfinne sin egen praksis (Gjallerhorn, 2007, nr 53). Det gjelder å oppfinne den kliniske praksis etter at praktikerne har lyttet til hva forskningen har og si, og ikke minst, til hva de som profesjonen skal stå til tjeneste har å fortelle. I den kliniske praksis kan en i denne sammenhengen referere til forskning, men ikke hente praktiske løsninger defra. For kli-

nisk praksis er ikke anvendt forskning. Forskningen skal påvise hvordan det kan være at verden er og blir annerledes enn vi forteller hverandre. Men det vet praktikerer også, derfor må hun oppfinne sin praksis. Kvalifisere den praktiske fornuft, og ikke si «slik som forskningen har vist, så...»

«I den kliniske praksis er det viktig å påvise at det ikke forholder seg slik som forskningen viser», uttaler Staf Callewaert i et intervju til det danske tidsskriftet *Gjallerhorn* (2007, nr 5, s.54). «Praktikerne skal ikke bare taste på en computer, men tenke og resonnerer selv», fortsetter han. En kan heller ikke håndtere en praktisk situasjon ut fra resultater fra kontrollerte forsøk. Praksis må hele tiden oppfinnes, praktikerer har andre måter å finne ut av situasjonen på enn forskeren, uansett hvilken form for forskning det dreier seg om.

Motstand mot instrumentalisering og ulike krav til evidens

Det er en motstand i den kliniske praksis mot instrumentaliseringens regelfølgelse. Det som kalles evidensbasert (EBP) og som jeg har vist er blitt til det omfattende begrepet evidensialisme, kan ikke gjennomføres. Det møtes med motstand. Livet og de levende, sansende kroppene motsetter seg instrumentaliseringen. I den kliniske praksis oppfinnes egne praksiser. De følger ikke regler, men regelmessigheter ut fra sammenhenger praksisen inngår i. Å hevde at praksis skal ansvarliggjøres ut fra prosedyrer vil møte motstand. For den kliniske praksis er ikke grunnfestet på prosedyrer, men på komplekse, varierte og mangfoldige situasjoner der det er viktig å feste lit til hva øynene ser, ørene hører, nesen lukter, kroppene berøres av og der fagligheten er innskrevet i sykepleiekroppene.

I etterpåklokskapens navn blir dette tydelig, ja det viser seg å være til å stole på. For menneskelige handlinger er ikke formålrasjonelle. Den tyske samfunnsforskeren Max Weber, som nettopp er kjent for sine analyser av formålrasjonaliteten i det moderne vesten, måtte medgi at menneskelige handlinger lar seg ikke beregne, kontrollere eller settes opp i mål-middel-skjemaer. For våre handlinger gjelder for Weber konsekvensparadokset, det vil si at menneskelig handling er irrasjonell i forhold til de gode hensikter. Handlinger kan føre til resultater som går stikk i strid med de motiver som ligger bak dem, skrev Weber i sine analyser av vestens rasjonalitet i *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*, en bok som ble utgitt i 1920 (Weber 1920, 1973, Bruun, 1996, s37-38). Det vil alltid være noe vi ikke kan kontrollere og vanskelig kan sette prislapp på. Det er fenomener vi ikke kommer utenom og som alltid vil være med oss. Det er menneskets opplevde lidelse og smerte og skam, og de syke som ikke kan repareres, de «resultatløse pasientene» som sykepleieforskeren Herdis Alvsvåg (1985) har kalt disse, og døden. Dette er bare noen av de mer u håndgripelige fenomener som tilsettes og skjules i medisinenes rom, i legens klinikk.

Mennesket lar seg ikke instrumentalisere, det lar seg ikke styre etter regler. Evidensialismen er ikke evident, den er ikke til å stole på, fordi den går ut over sitt gyldighetsområde – skjønt den evidensbaserte medisinen naturligvis

viser til evidente innsikter innenfor sitt gyldighetsområde.

Ricoeur skriver at en disiplins strenghetskrav må stå i forhold til det objekt, eller det fenomen, som skal undersøkes. Det vil si at det er uakseptabelt å overføre krav som stilles til evidens innenfor ett område, til et annet, hvor de samme kravene ikke kan oppfylles. Vi er i situasjonen beskjeftiget med det ene og det andrø på forskjellige måter, som krever å bli etterprøvd ulikt med hensyn til evidens (Martinsen, 2005, s 52-54). Det er viktig å overskride forståelsen av den medisinske evidens i ergoterapifaget, nettopp fordi ergoterapi også er en kunnskapsbasert profesjon, som fordrer at en forstår evidens på flere måter. □

Litteratur

- Leonard Cohen, utdrag fra sangen «Anthem». Trykt i *Stranger music. Selected Poems and Songs*. London: Random House, 1993: 373. Sunget inn på platen «The Future».)
- Ekeli BG. Evidensbasert praksis. Tromsø: Eureka forlag, Høgskolen i Tromsø, 2002.
- Frederiksen K, Kristensen JE. Når utviklingsmuligheter bliver til udviklingsvang – udvikling som pædagogisk, eksistentiel og økonomisk mantra. I: Bjerg K, Bønløkke M, Kobow E, Zeitler U. Perspektiver på udvikling. Århus: Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen, 2004.
- Cuzzani P. Å lese medisinen. Oslo: Spartacus, 2003.
- Jensen U. Evidence, effectiveness and ethics. *Cochrane's legacy*. I: Mooney G, Kristiansen IS, red. Evidence based medicine. In whose interests? London: Routledge, 2004a: 20–32.
- Jensen U. Tro, håb og sundhed. I: Hvidt NC, Johansen C, red. Kan tro flytte bjerge? Om religion og helbred, København: Gyldendal, 2004b: 15–36.
- Hoec B. Evidensbaseret sygepleje – kan evidensbegrebet rumme sygeplejen? *Klinisk Sygepleje* 2002; 17 (1): 4–33.
- Frederiksen K, Beedholm K, Martinsen K. Metadebatten der forsvandt. I: Frederiksen K, Lomborg K, Wind I, Zeitler U, red. Perspektiver på forskning. Århus: Udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen, 2007: 43–55.
- Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
- Martinsen K. Innfallet og dets betydning i liv og arbeid. *Klinisk Sygepleje* 2008; 22 (1): 20–32.
- Løgstrup KE. *Ophav og omgivelse*. København: Gyldendal forlag, 1984.
- Alvsvåg H, Førland O. Refleksjoner og utdanning og kunnskap i sykepleie. Innledning i: Alvsvåg H, Førland O, red. Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe, 2007.
- Stortingsmelding nr. 26 (1999–2000). Om verdier for den norske helsestena. Tilråding frå Sosial- og Helsedepartementet, 22. desember 1999.
- Petersen KA. Sygepleje – Sygeplejeforskning – Fra plejeassistent til forskningsassistent eller teoretisk empirisk forskning om sygepleje. *FASID Akademiske Sygeplejersker* 2003; 7: 40–63.
- Petersen KA. Ligheder og forskelle i nyere teorier om praktikernes erkendelsesgrundlag. I: Petersen KA, red. *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. København: Akademisk forlag, 1995b: 81–100.
- Ekeland T-J. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak? *Tidsskr. Nor Psykologforening* 1999; 36: 1036–1047.
- Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
- Hermansen M, Rendtorff JD, red. *En hermeneutisk brobygger. Tekster af Paul Ricoeur*. Århus: Forlaget Klim, 2002.
- Ricoeur P. Den praktiske fornuft, 1979. I: Hermansen M, Rendtorff JD. *En hermeneutisk brobygger. Tekster af Paul Ricoeur*. Århus: Forlaget Klim, 2002.
- Petersen KA. Dominikaneren og pietisten. I: Petersen KA, Høyen M, red. *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu – æresbog til Staf Callewaert*. København: Forlaget Hexis, 2008: 77–108.
- Callewaert S. Man kan instrumentalisere mennesker. Intervju med Staf Callewaert i anledning af hans 75-års fødselsdag i juni 2007. *Gjallerhorn. Tidsskrift for professionsudannelserne* 2007; 5: 48–54.
- Weber M. *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*. Oslo: Gyldendal, 1973. [Oppr. publ. 1920.]
- Bruun HH. Værdi og værdifrihed i Max Webers sociologi. *Dansk Sociologi* 1996; 4: 31–40.
- Alvsvåg H. *Har sykepleien en fremtid? Et oppgjør med den teoretiske sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget, 1985.