

Kunnskapsbasert praksis: Kritikkk på feil grunnlag?

Denne artikkelen imøtegår kritikken som kjem frå ulike hald når det gjeld kunnskapsbasert praksis, og viser korleis mykje av kritikken bygger på ei misoppfatting av kva kunnskapsbasert praksis er.

AV GERETE OLIVE HOLE

Kunnskapsbasert praksis er å bruke kunnskap frå forskning, frå erfaring og frå kjennskap til pasientane og deira ønskjer når ein tek avgjerder innan klinisk verksemd. Alt i 1972 hevda ein at det tok for lang tid før velukka og tilrådde behandlingsmåtar var i ålmenn bruk (1), men omgrepet Evidence Based Medicine (EBM) kom først på 1990-talet, definert som: «... *the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence when making decision about the care of individual patients patient*» (2). Både profesjonsutøveren sitt kliniske skjønn og pasienten sine ønskjer tel når ein vurderer rett handlemåte i kvart tilfelle; og sidan denne tankegangen no vert brukt innan mange disiplinar, har ein i aukande grad gått over til å snakke om evidensbasert praksis. På norsk er det mange som brukar omgrepet «kunnskapsbasert praksis».

Frå starten av var det eit poeng at kunnskap frå forskning, yrkesutøvarens faglege skjønn og pasientens ønskje skal vektleggast like mykje: «*Because it (-EBM) requires a bottom-up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish cookbook approaches to individual patient care.*» (2, s. 72).



Grethe Oline Hole er sosiolog/sykepleier/høyskolelektor ved Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis. goh@hib.no

Samstundes som kunnskapsbasert praksis grip om seg og vert i stadig større grad brukt innan ulike fagfelt, vert tankegangen bak kunnskapsbasert praksis kritisert frå mange hald. I det følgjande skal vi sjå nærare på både nokre av dei kritiske røystene og kva antakingar dei bygger på.

Den vidare framstillinga vert delt i to, der første delen tar for seg det som vert hevda er dei mest vanleg vanskan ein møter når ein skal arbeide kunnskapsbasert, og den andre delen ser meir spesifikt på korleis ein innan norsk debatt har fokusert på sjølve diskusjonen kring «evidensomgrepet».

Generell, ålmenngyldig kritikkk

Innan internasjonal debatt har ein hatt ein mangefasettert kritikkk av kunnskapsbasert praksis. Her vil vi berre kort gjere greie for dei viktigaste ankepunktka.

Det vert hevda det er mange situasjonar innan klinisk verksemd der det ikkje finst god, gyldig forskning som fortel kva ein skal gjere – eller at dei forskingsresultata som er tilgjengelege sprikar i ulike retningar. Det er og vanskeleg å overføre kunnskap frå forskning direkte opp mot ein einskild pasient, og det kan vere barrierar i praksis mot å gjennomføre tilrådde tiltak. Dette er i seg sjølv ikkje nokon grunn til å ikkje arbeide kunnskapsbasert; både det å kritisk vurdere den forskinga som er tilgjengeleg, ta omsyn til pasientens ønske, vurdere heilskapleg kvar enkelt situasjon og bruke faglege skjønn er jo alle viktige element innan kunnskapsbasert praksis.

Eit anna kritisk argument, retta meir direkte mot det å jobbe kunnskapsbasert, er at det tar tid å gjere

dette. Både det å lære seg å arbeide etter desse prinsippa og det å finne tid til å gjennomføre dette i ein travel kvardag er vanskeleg. Mot desse ankepunktka kan ein seie at dette både er eit spørsmål om samarbeid og rutinar i arbeidskollegiet, å utnytte dei kjeldene som er for å finne oppdatert, oppsummert forskning og på andre måtar fremje kunnskapsbasert praksis (3, 4, 5, 6).

Som sagt har den norske debatten i stor grad hatt utgangspunkt i sjølve «evidens»-omgrepet (7, 8, 9, 10, 11); så før vi ser nærare på kritikken, må vi sjå nærare på kva som ligg bak ordet «evidens». Når ein undersøker dei fremste ankepunktka mot kunnskapsbasert praksis, ser ein at norske kritikkarar konsekvent brukar EBP. Nokre seier rett ut det er «uheldig» å snakke om «kunnskapsbasert praksis», då det tilsrør bakanforliggende kunnskaps-tenking (11, s. 32, 12, s.1048). Sidan kritikkarane konsekvent snakkar om EBP, er det denne forkortinga som vert brukt vidare når ein diskuterer dei konkrete utsegna.

Vitskaplege prov / «evidence of knowledge»

Etymologisk stammar «evidens» frå det å sjå, å vite, og er i norsk daglegtale det same som: «klar, innlysande, åpenbar» (13), mens det i debatten kring kunnskapsbasert praksis vert brukt synonymt med «vitskapleg bevis». Innan vitskapen var «bevis» lenge sett som funn frå empirisk-analytisk forskning, der ein testa ei hypotese under kontrollerte vilkår der føremålet var å prøve ut ein intervensjon. Med utgangspunkt i deduktiv teori avklarar og definerer ein generelle



Foto: Mitry Shironosov

omgrep, der er klare reglar for klassifikasjonar og ein presenterar funn som predikasjon: «Dersom slik, skjer så!». Dermed utvikla ein instrument for å utforske kva som skjer når ein manipulerar omgjevnadane.

Men ein såg etter kvart at ein ikkje fekk svar på spørsmål kring korleis menneska opplever fenomen eller forklaring på menneskelege handlingar ved hjelp av slik forskning; og det voks etter kvart fram ei rekke andre forskingsmetodar (14). Det var ein heftig debatt mellom ulike forskingstradisjonar på 1970-talet – den såkalla «positivisme-striden», men det er no semje om at gyldig forskingsbasert «evidens» kjem frå alle forskingsparadigma; alt etter kva ein vil ha kunnskap om.

Og når det gjeld mellommenneskeleg samhandling, til dømes innan ergoterapi, er det klart at ein treng kunnskap frå mange kjelder for å meistre mangfaldet i utfordringane ein møter (15, 16). Når «evidens for best tilgjengeleg kunnskap» for ei yrkesgruppe, som til dømes ergoterapeutar, ikkje handlar om effektspørsmål; men om «kvifor» og «korleis» – må ein gå til forskning frå andre paradigme enn det naturvitskaplege for å finne svar. Det er ingen grunn til å

hevde at kunnskapsbasert praksis ein-sidig bruker 'evidensen; prova', berre om kunnskap frå det naturvitskaplege paradigmet, slik det meste av den norske kritikken har utgangspunkt i. Alt i 1998 slo ein fast at:

«Qualitative research can contribute to evidence-based practice in a number of ways; challenge taken-for-granted practices; illuminate factors that shape client and clinical behaviour; suggest new interventions based on clients experiences, identify and evaluate optimal outcomes of care; enhance understanding of organisational culture and the management of change; and evaluate service delivery» (Popay & al, 98, oppsummert i 17, s. 37).

Denne aksepten for at vitskaplege prov må kome frå mange ulike kjelder når ein skal avgjere kva som er «rett handlemåte innan» profesjonell praksis, er ein av grunnsteinane innan kunnskapsbasert praksis. Ei merksemd kring kva *kjernes spørsmål* som ligg til grunn for det du vil ha meir kunnskap om, vil hjelpe deg i leitinga etter denne kunnskapen. Samstundes skal ikkje forskingskunnskap vere einerådane for dine handlingar i møtet med den einskilde pasient/brukar;. Også andre kjelder for kunn-

skap skal spele inn; klinisk kunnskap og tidlegare erfaringar du har gjort deg som yrkesutøvar, kva ønske pasienten/ brukaren har, kva situasjon er det, kva rammer er det kring dette møtet? Alt dette må spele inn i høve til kva for avgjerder du tek!

Dette ligg også til grunn for ønsket frå mange hald om å bruke omgrepet «kunnskapsbasert praksis» for å tydeleggjere at kunnskap frå mange kjelder skal virke saman; ikkje berre forskingskunnskap.

Snever talking av EBP

Som kjent legg ein innan kunnskapsbasert praksis vekt på å stille gode, spissa kjernes spørsmål alt etter kva det er ein vil vite noko meir om. Det er lagt vekt på å medvite leite etter kunnskap som kjem frå eit mangfald av forskingsmetodar. Slik ser vi at kunnskapsbasert praksis er mykje meir enn effektstudiar, kunnskapsbasert praksis bygger på gyldig kunnskap frå alle forskingstradisjonar. Men kritikarane av EBP brukar ein svært snever definisjon av «evidens», og hevdar at EBP berre handlar om å måle effekten av det du gjer:

«... you need to measure the outcome of the (teaching) activity in questions,

and you need a procedure of relating the measured outcomes to the activity to make the relation an evidence.» (8, s. 89)

Dermed gjer dei EBP samsvarande med å måle effekten av noko, og det er best utført ved hjelp av RCT-studier. Slik kan ein seie at EBP bygger på heilt bestemte kriterier for kunnskap og kriterier for korleis kunnskapen skal praktiserast.

Kritikarane hevdar at ut frå eit snevert kunnskapssyn legg EBP vekt på å finne ut «Kva det er som verkar?». Med RCT-studier som «gullstandard» rangerer ein dei ulike forskingstradisjonane i eit metodehierarki (7, 8, 9, 10, 18, 19) og set kunnskap frå andre tradisjonar (altså kvalitativ forskning) i bås som ugyldig kunnskap (5, 7). Slik tener EBP til å fremme ei «smal reduksjonisme» som ignorerer klinisk vurdering og har overdriven tru på kvantitative, epidemiologiske og statistiske metodar. Klinisk skjønn og pasientens ønskjer vert nedvurdert eller er heilt fråverande (19).

Når ein i kritikken refererer til «metodehieraket» og «gullstandard», ser ein bort frå at det er klårt sagt at slik rangering berre gjeld særskilde kjernesporsmål: «*These levels and grades speak only to the validity of evidence about prevention, diagnosis, prognosis, therapy, and harm*» (20).

Rangering av kunnskap er meningslaus når ein stiller spørsmål der ein har svar frå andre forskingsparadigme enn for spørsmål knytt til effekt av tiltak. I desse tilfella må ein ha heilt andre strategiar når ein vurderer kva ein skal legge vekt på i eigen praksis (16, 17, 21).

Samstundes må det seiast at det fram til no har vore mykje lettare å finne gode, kvalitetssikra oppsummeringar av kvantitativ forskning enn frå kvalitative studiar. Sjølv om ein innan kunnskapsbasert praksis legg stor vekt på å systematisere og gjere kunnskap frå alle aktuelle kjelder tilgjengeleg, er det på mange måtar vanskelegare å sikre at ein har funne alle aktuelle studiar og fått oversikt over fagfeltet i høve kvalitativ forskning. Det krev ekstra merksemd for dei som skal orientere seg her (22) sjølv om det stadig vert betre oppdatert tilgang til kunnskap på desse andre områda.

Kunnskapsbasert praksis og fagleg skjønn

Det er og ei uttrykt skepsis til bruk av «guidelines», eller retningslinjer av di bruken av desse vil gå utover det faglege skjønn. EBP vert sett som ein måte å kontrollere profesjonell praksis ved å avgrense autonomien som tradisjonelt høyrer til klinisk yrkesutøving. Det vert hevda at evidensbasert praksis, med ein tenkemåte prega av forskning, i koplinga mot klinisk praksis vil utøve «definisjonsmakt» i forhold til korleis praksis (i. e. «best practice») skal utøvast (9, s. 29). Med utgangspunkt i biomedisinsk forskning legg ein til rette for kvalitetssikra praksis og sikrar best mogeleg behandling ut frå standardiserte tilbod. Slik vil EBP styre praksis, både ved tilrådingar, men også ved at retningslinjene gjev høve til overvaking og kontroll. Kritikarane held fram at retningslinjer og tilrådde metodar kan overprøve det kliniske skjønn ved at refusjon og dekking av utgifter ved behandling vert knytt opp mot EBP. Slik vil EBP legitimere behandlingsmetodar som er knytt opp mot RCT studiar – og underkjenne kunnskap frå andre forskingsregime (9), og subjektivitet og klinisk skjønn vert med dette sett som underordna kunnskapskjelder (11).

Kritikarane hevdar at EBP representerer eit behandlingssystem som overprøver fagleg skjønn. Alternativt kan ein sjå kunnskapsbaserte retningslinjer som eit godt hjelpemiddel for å grunnje dei einskilte vurderingane ein til ei kvar tid må gjere i praksis. Når både arbeidsstaden og den einskilte arbeidstakar er oppdatert på gjeldande tilrådingar, tener retningslinjer som kvalitetssikring av verksemda i ein travel kvardag. Men retningslinjer skal heile tida prøvast opp mot klinisk skjønn og pasientens ønskjer, og dermed må den einskilte ergoterapeuten grunnje dei vala ho gjer. Dermed kan bruk av retningslinjer tvert imot bidra til å fremje reflektert praksis (23, 24).

Men det er viktig at kvar einskild profesjon er tydeleg på at retningslinjer er tilrådingar og er merksam på faren for at instansar med mindre kunnskap til fagfeltet bruker desse for å «diktere» særlege behandlingsformer. I sitt ferske charter om «Evidence-Based Practice in Psychology» skriv til dømes American Psychological Association (APA) Presidential Task Force eksplisitt:

«APA also recognize the risk that guidelines might be used inappropriately by commercial health care organizations not intimately familiar with the scientific basis of practice to dictate specific forms of treatment and restrict patient access to care.» (25, s. 1129)

EBP og nye styringsregime

Ei tredje kritikk retta mot EBP er at dette tener til å legitimere den bedriftsøkonomiske tankegangen som kom i kjølvatnet av New Public Management tankegangen i norsk helsevesen (9, 11, 26).

Slik kan EBP sjåast som ein måte å forankre klinisk verksemd i ein formalisert økonomisk rasjonalitet. Viktig omgrep innan den aktuelle helsepolitiske reforma er autonomi, openheit («transparens») kring alle avgjerder som vert tatt og ei profesjonalisert leiing. Her vil det evidensbaserte behandlingssystemet gå inn i styringsregimet knytt til ei einskapleg leiing ved å knytte «vitskapleg klinisk verksemd» saman med kravet om auka innsyn og måling av resultat. Dette er også kopla saman med «kvalitetsforbetering og kvalitetssikring» som også vektlegg ytre, objektive standardar. Slik vil den nye måten å tenke både økonomi og leiing på gjere at EBP kan bidra til å forsterke nye liberalistiske tendensar innan offentleg verksemd, og ein kan få ein «instrumentalistisk og snever» praksis.

Internasjonalt vert dette sett i samanheng med det som vert kalla ein «neo-positivistisk» trend, ein ny metodologisk fundamentalisme som følgjer i kjølvatnet av Bush-administrasjonen sine retningslinjer i USA (27). Dermed hevdar ein at dette kan føre til at store og viktige område ikkje vert utforska – eller vert utforska ved feil metodar (7). Ein må ta denne kritikken på alvor og sikre seg at ikkje prinsipp og omgrep frå kunnskapsbasert praksis vert ukritisk brukt for å hindre og avgrense det mangfaldet ein treng for å skaffe sann og gyldig kunnskap på alle områder.

Avslutning

Som vi har sett, vert kunnskapsbasert praksis frå mange hald sett som synonymt med å ha fokus på effekt – «kva verkar?». Til dømes vart «Senter for profesjonsstudier-kon-

feransen 2007» ved Høgskolen i Oslo arrangert 6. desember 2007 med tittelen: «Profesjonsutøvelse – hvordan kan en vite at den virker?».

Konferansen vart avertert med følgjande undertekst: «Det stilles i økende grad spørsmål ved kvaliteten på profesjonsutøvelsen i utdannings-, helse- og sosialsektoren. Spørsmålet rører ved tilliten til profesjonene fra både klienter og politikere. Et svar har vært å stille krav om evidensbasert praksis ... Kommer kravet om evidensbasert praksis i konflikt med grunnleggende trekk ved profesjonsutøvelse? Hvordan kan en vite om profesjonsutøvelse «virker»? ...»

Dette er sentrale spørsmål som alle profesjonar sjølve må søke å finne svar på. Men det er viktig at ein har heilt klart for seg kva kunnskapsbasert praksis er – og ikkje minst kva det ikkje er! Ein god start er gjerne å lese David Sackett (2) sin meir enn ti år gamle «editorial» i BMJ i staden for å ta utgangspunkt i antakingar som bygger på einsidig og snever tolking av kva kunnskapsbasert praksis er! □

Referanser

1. *Cochrane, A*: Effectiveness and Efficiency Medical Society of Medicine Press, 1978/99
2. *Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., Richardson, W., S.*: Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 312: 7023, pp 71–2, 1996
3. *Dixon-Woods, M., Bonas S., Booth A., Jones D. R., Miller T., Sutton A. J., Shaw R. L., Smith J. A., Young B.*: How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective Qualitative Research 6:1, s 27–44, 2006
4. *Straus, S. E., McAlister, F. A.*: Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms CMAJ Canadian Medical Association Journal 163: 7, s 837–841, 2000
5. *Rappolt, Susan*: The Role of Professional Expertise in Evidence-Based Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy
6. *Welch, Amanda*: The challenge of evidence-based practice to occupational therapy: a literature review. The Journal of Clinical Governance, 10 : 4, s 169–176
7. *Boge, J, Martinsen, K*: Kritiske kommentarar til evidensbasert undervisning og praksis. Vård i Norden, 26: 2, s 32–35, 2006
8. *Brusling, Christer*: Evidence Based Practice in teaching and teacher education, Agora nr 8 – tidsskrift for forskning, utvikling og idéutveksling in professions, 2006. (Tilgjengeleg på <http://cvustork.dk/filer/evidencebased-practiceinteachingcb.pdf>) henta 28 Sept 2007)
9. *Ekeland, T-J*: Autonomi og evidens-basert praksis. Arbeidsnotat nr 6, Senter for Profesjonstudiar, HiO, 2004
10. *Kinn, L G.*: Evidence basert praksis- et tveegget sverd for ergoterapeuter? En drøfting av problematiske sider ved evidensbasert ergoterapi. Essay i vitenskapsteori VNN-FU 2005. (Tilgjengeleg på [tps://bora.hib.no/bitstream/10049/86/1/Kinn-evidensbasert-praksis.pdf](https://bora.hib.no/bitstream/10049/86/1/Kinn-evidensbasert-praksis.pdf)). Henta 28 sept 07)
11. *Martinsen, K., Boge, J.* (2004): Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. Tidsskriftet Sykepleien, 13:, s 58–60
12. *Ekeland, T-J* : Evidence-based treatment: Quality control or an instrumentalistic mistake. Tidsskrift for Norsk Psykologforening Vol 36 (11) Nov 1999, s 1036–1047, 1999
13. *Ordnnett.no* (Tilgjengeleg på <http://www.ordnett.no>, henta 28 september 2007)
14. *Wallace, R A., Wolf, A*: Contemporary sociological theory: continuing the classical tradition. Prentice-Hall, 1986
15. *Denzin, N. K., Lincoln, Y. S.*: Handbook of Qualitative Research. Sage Publ, 2000
16. *Malterud: K* (2001): The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet: 358: 9279, s 397–400
17. *Herbert, R, Jamtvedt, G., Mead, J., Chalmers, I.*: Practical evidence-based physiotherapy. Elsevier, 2005
18. *Tse; S*: From rhetoric to reality: use of randomised controlled trials in evidence-based occupational therapy Australian Occupational Therapy Journal,47:4, s 181–185, 2000
19. *Ballinger, C, Wiles, R*: A critical look at evidence-based practice. British Journal of Occupational Therapy. Vol 64 (5) s 253–255.
20. The Oxford Centre for Evidence Based Medicine (Tilgjengeleg på <http://www.cebm.net/index.asp> (henta 28 september 2007)
21. *Nortvedt M.W., Graverholt, B., Jamtvedt, G. og Reinar, L.M.*: Å arbeide og å undervise kunnskapsbasert. Arbeidsbok for sykepleiere , Akribe forlag, 2007
22. *Hole, G.O.; Norheim, L.V.*: Den som leitar skal finne. Tidsskriftet Sykepleien 1:2007, s 34–35
23. *Benner, P*: Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis TANO / Munksgaard, 1995
24. *Schön, D A*: The reflective practitioner: how professionals think in action Avebury, 1991
25. *APA*: Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, American Psychological Association 2006. Gjengitt i Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 44: 9, s 1129–1142, 2007
26. *Johannessen, Birte Folgerø*: Ledelse og Evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Arbeidsnotat Rokkansenteret desember 2004. (Tilgjengeleg på <https://bora.uib.no/bitstream/1956/1345/1/N22-04%5b1%5d.pdf>). Henta 28 sept 07)
27. *Denzin, Norman K*: Commentar: the first International Congress of Qualitative Inquiry Qualitative Social Work 4:1, 5–111, 2005