

10

Evidens mellom objektivering og kontekstualisering

Guðrun Brottveit^{a)} (1. forfatter) og *Ingrid Femdal*^{a)}

Evidence between objectification and contextualization

The chapter highlights different ways of understanding evidence-based knowledge in light of the traditional distinction between the natural sciences- and a humanistic view of knowledge. The chapter shows how the evidence concept has moved towards a more unitary scientific view of knowledge. Because of the strong focus on evidence, the view on what is valid research, knowledge and practices have changed in recent years. This, in combination with stricter criteria for what is considered as evidence based knowledge, has moved the health and social care research and practices towards greater standardization and contributed to lose the individual out of sight. Through two stories from practice, the chapter illuminating how the context of treatment affects meeting between the professional practitioner and the

a) Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

recipient of help. A recurrent theme in this chapter is to show the knowledge basis of health and social sciences, what these disciplines are in need of and how we best can safeguard their uniqueness and complexity in an era of ever-changing knowledge requirements.

Innledning

Kravet til evidens i helse- og sosialfagene har økt de siste årene i den hensikt å styrke og kvalitetssikre praksisutøvelsen. Samtidig kritiseres evidens for å være et *styringskonsept* som begrenser praksisutøvernes faglige autonomi, da den innebærer større grad av standardisering i behandlingen. Vårt utgangspunkt er at helse- og sosialfaglig forskning og praksisutøvelse springer ut av et vitenskapsteoretisk grunnsyn, som påvirker profesjonsfagenes tenke- og handlemåter. Med profesjonsfag tenker vi her på yrkesgrupper som sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, velferdsarbeidere, sosionomer og ergoterapeuter.

Flere vitenskapsteoretikere og fagfolk understreker betydningen av en større bevissthet om helse- og sosialfagenes vitenskapsteoretiske idegrunnlag (Fossestøl, 1997; Howe, 1992; Nerheim, 1995; Skjervheim, 1996). I dette kapitlet belyser vi hvorvidt dagens økte krav til evidens er forenlig med helse- og sosialfagenes kunnskapsbehov.

Kapitlet drøfter evidensbegrepets betydning i helse- og sosialfaglig forskning og praksis i lys av et naturvitenskapelig- og humanistisk kunnskapsideal (Nerheim, 1995), basert på ulike tekster om evidens. Videre fremstilles og belyses to ulike caser hentet fra forfatternes praksishverdag. Hensikten med casene er å illustrere hvordan evidens kan få forskjellig uttrykk i praksis. I den første casen møter vi Tone, en ung kvinne som er tvangsinnlagt i en psykiatrisk institusjon. Fortellingen illustrerer hvordan tvang og

standardiserte behandlingsopplegg bidrar til å skape avstand, fremfor nærhet, mellom Tone og hennes hjelpere. Den andre casen omhandler Martin, en voksen mann med diagnosen KOLS som får hjelp og oppfølging fra hjemmesykepleien. Fortellingen viser hvordan evidensbasert kunnskap og faglig profesjonelt skjønn kan kombineres på en fruktbar måte.

Gjennom vår lesning av aktuell faglitteratur om evidens og de to fortellingene fra praksis ønsker vi å belyse evidensbegrepets utvikling og i hvilken grad evidens, slik det fremstår i dag, gir mening i helse- og sosialfaglig forskning og praksis. Vi har valgt ut faglitteratur som på ulike måter tematiserer evidens, og de mest sentrale kildene er Angel (2003), Bang og Martinsen (2013), Cochrane (1972), DiCenso, Bayley og Haynes (2009), Ekeland (2014), Fossestøl (2013), Guyatt mfl. (1992), Marthinsen (2004), Martinsen (2009), Melberg (2002), Rønnestad (2008), Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson (1996), samt Terum og Grimen (2009).

Bakgrunnen for at vi stiller oss spørrende til evidensbegrepets relevans for helse- og sosialfagene, bunner i at evidensbasert praksis bygger på standardiserte behandlingsmetoder som i mindre grad åpner for erfaring og faglig skjønn i praksisutøvelsen. Sistnevnte er vesentlig i praksiser som er opptatt av medvirkning, fellesskap og av å se og møte individet kontekstuell.

Vårt analytiske mål er derfor å belyse utfordringer som oppstår når kravene til erfaringsbasert og evidensbasert kunnskap møtes, og hvorvidt disse er forenlig i helse- og sosialfaglig forskning og praksis. Videre gis en fremstilling av evidensbegrepets fremvekst i helse- og sosialfagene de siste årene.

Fra vilkårlig til forskningsbasert praksis

Det hersker bred enighet om at helse- og sosialfaglig arbeid skal være basert på forskning av høy kvalitet og ikke utelukkende

basert på den enkelte yrkesutøverens intuisjon og faglige skjønn. Intensjonen bak evidens var å hindre vilkårlighet og basere profesjonell praksis på dokumenterbare forskningsresultater (Fossestøl, 2013; Grimen og Terum, 2009). Den skotske legen Archie Cochrane betegnes som «den evidensbaserte medisins far». Allerede i 1970-årene uttalte Cochrane (1972) at bruk av randomiserte, kontrollerte studier (RCT) ville effektivisere det medisinske fagfeltet og gjøre det mer pålitelig. I RCT testes behandlingsopplegg og metoder på et tilfeldig utvalg, som igjen fordeles i en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe. Siktemålet er å sammenligne behandlingsresultatene for de to gruppene og gjøre kliniske studier tilgjengelig for metastudier (Angel, 2003; Melberg, 2002) for å avdekke hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt (DiCenso mfl., 2009).

Hensikten med den medisinske, evidensbaserte forskningen var at kunnskap, utviklet gjennom standardiserte studier av klinisk praksis, skulle implementeres i medisinsk behandling. Denne endringen i tenkemåte innebar et paradigemeskifte i medisinsk forskning og praksis. Ifølge Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten utgjør forskningsoppsummeringer en viktig bærebjelke i helsetjenestenes virksomhet²⁹ (og omtales gjerne som klinisk forskning i faglitteraturen. I Cochrane-håndboken påpekes det også at kvalitativ forskning kan styrke, nyansere og gi supplerende kunnskap til standardiserte effektstudier av behandlingstiltak (Berg og Munthe-Kaas, 2013, s. 131). Et slikt syn støttes av Sackett mfl. (1996), som understreker at evidensbasert medisin (EBM) ikke var ment å fungere som en «kokebok» for medisinsk praksis, men at praksis må integrere «the best external evidence with individual clinical expertise and patients's choice» (Sackett mfl., 1996, s. 72). Slik vi

29 <http://www.kunnskapssenteret.no/>

leser dette, åpner evidensbegrepet for at menneskelig erfaring og opplevelser, både fra profesjonsutøverne og de som er mottakere av hjelp, kan bidra til å nyansere den evidensbaserte kunnskapen. Til tross for dette har kravene til evidensbaserte metoder basert på representativitet, målbarhet og etterprøvbare forskningsresultater økt i senere år. Dette har bidratt til større standardisering og et bredere perspektiv på manualstyrte behandlingsprogrammer, også innenfor helse- og sosialfaglige praksiser.

Når det henvises til evidens i helse- og sosialfagene, benyttes ofte begrepene *evidensbasert-* og *kunnskapsbasert praksis* om hverandre. Begge begrepene indikerer at kunnskapen som ligger til grunn for praksis, er basert på forskning. Angel (2003) påpeker imidlertid at begrepet evidensbasert skiller seg fra begrepet kunnskapsbasert ved at det innehar strengere og annerledes krav til vitenskapelighet:

Å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert (...) er ikke uproblematisk uten noen nærmere redegjørelse for hva en legger i forståelsen av kunnskap (...). Begrepet evidensbasert dreier seg om noe mer enn de tradisjonelle begrepene som dokumentert kunnskap, forskningsbasert eller vitenskapelig bevist. Det dreier seg om en helt spesiell metode hvor man stiller spesifikke krav før resultatene godkjennes. Forskningen som godkjennes i evidensbaserte programmer, bygger på randomiserte studier (tilfeldige utvalgsstudier) som legges inn i databaser hvorpå en foretar metastudier (studier av studiene) for å finne ut hvilken behandling som gir de beste resultatene (Melberg, 2002). Derfor blir det for unyansert å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert (Angel, 2003, s. 67).

Slik vi leser Angel, indikerer evidensbasert praksis, i sterkere grad enn kunnskapsbasert, at kunnskapen som legges til grunn for praksis, er basert på forskningsresultater som er vitenskapelig

dokumentert, gjennom randomisering og (re)testing (Guyatt mfl., 1992). Mens betegnelsen kunnskapsbasert praksis ikke nødvendigvis betyr at forskningen er basert på standardiserte metoder, har vært (re)testet og/eller lar seg bevise vitenskapelig.

Store deler av helse- og sosialfaglig praksisforskning er basert på humanvitenskapelige idealer, der menneskelig erfaring og subjektive opplevelser innhentes og gjøres til gjenstand for studier. Når vi her anvender begrepet praksisforskning, så peker det tilbake på kvalitativ forskning knyttet til profesjonsfagenes yrkesvirksomhet. Erfaringer fra yrkesutøvere og personer som mottar hjelp, danner her et viktig kunnskapsgrunnlag for å utvikle *idealtypiske modeller* for praksisfeltet. Selv om praksisforskning ikke baseres på randomiserte studier eller gir grunnlag for en objektivt og generaliserbar kunnskap, kan den allikevel gi verdifull viten og ha overføringsverdi til beslektede praksisfelt.

Ifølge Ekeland (2014) eksisterer det et spenningsforhold mellom kunnskapssyn med forankring i et objekt- og et subjektontologisk grunnsyn. *Objektontologien* legger mest vekt på sykdomstilstanden, eller selve diagnosen, noe som kan bidra til objektivisering av pasienter. Objektontologien bygger på randomisert empirisk forskning, der objektivitet, standardiserte metoder og generaliserbarhet står sentralt. Vi velger her å betegne denne kunnskapsformen for *naturvitenskapelig evidensbasert kunnskap*, som i sin reneste form betyr beviselig kunnskap. Dette står i kontrast til et humanvitenskapelig kunnskapsideal der *subjektontologien* har sin forankring. Her utgjør subjektivitet, kontekst og medvirkning en viktig del av kunnskapsgrunnlaget (Nerheim, 1995). Et subjektontologisk grunnsyn er opptatt av helhetstenkning, enkeltindividet og dets subjektive forståelse av egen helse og livskvalitet som en viktig ressurs i praksisutøvelsen.

Helse- og sosialfaglige praksiser er, i større grad enn medisinske fag, basert på individuelt tilpassede behandlingsopplegg som ikke egner seg for klinisk (re)testing og generalisering i samme grad. Profesjonsfagene krever fleksible metoder som fanger opp nyanser og mangfold både i praksisutøvelsen og forskning. Denne kunnskapsformen betegnes her som *humanvitenskapelig erfaringsbasert kunnskap*, nettopp fordi subjektontologien er opptatt av enkeltindividets opplevelser, subjektive behov og menneskelig erfaring.

I neste del belyser vi hvordan dagens forståelse og praktisering av evidensbegrepet forholder seg til profesjonsfaglige praksiser, samt mulige konsekvenser av en evidensbasert praksis for disse fagene.

Helse- og sosialfagene - mellom et naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskapsideal

Helse i et naturvitenskapelig perspektiv forklares kausalt og klassifiseres innenfor dikotomien syk/frisk, der helse gjøres til gjenstand for diagnostisering og behandling etter objektive kriterier (Nerheim, 1995). En slik tilnærming bidrar til et distansert og objektivert menneskesyn. Mens et humanvitenskapelig kunnskapsideal innebærer synet på mennesket som selvstendige, handlende subjekter og som noe langt mer enn sin lidelse, sin diagnose og sin situasjon (Skærbæk og Nissen, 2014). Innenfor dette perspektivet utgjør kontekst og menneskers livshistorier, ressurser og medvirkning viktige fundamentet i behandlingen. En slik tilnærming til helse- og sosialfaglig arbeid innebærer derfor et brudd med predefinerte kliniske forståelsesmåter og den evidensbaserte medisinske objektiverende kunnskapssyn.

Et humanvitenskapelig kunnskapssyn fokuserer ikke i samme grad på diagnostisering og årsaksforklaringer, men er i større grad basert på medvirkning og opptatt av å forstå og fortolke enkeltindividers helse og reaksjonsmønstre i lys av konteksten de er en del av. Å betrakte enkeltindividet som medvirkende i eget behandlingsopplegg var også sentralt i opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008). Hensikten med planen var å styrke tjenestetilbudet, fremme enkeltindividets uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv og bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer (Rønnestad, 2008; Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Opptrappingsplanen ble lansert i en periode da evidensbasert praksis var i ferd med å etableres i fagmiljøene. Den var en viktig kilde til å fremme betydningen av enkeltmenneskets medvirkning i egen behandling. I artikkelen «Fra subjekt til objekt – og tilbake?» viser Ekeland (2014) hvordan opptrappingsplanen har lyktes med å bidra til en sterkere oppmerksomhet om enkeltindividet. Samtidig stiller han spørsmål ved om senere års praktisering av evidens har beveget oss tilbake til en diagnoseorientering i psykisk helsearbeid. Ekeland (ibid.) understreker at et kunnskapssyn basert på moderne styringslogikker, rebiologisering, medikalisering og diagnostisering bidrar til objektivering av enkeltmennesker og øker risikoen for *inhumanitet* i behandlingen. Som en konsekvens av dette vil synet på enkeltindividet som subjekt i eget behandlingsopplegg svekkes. Å imøtekomme behovet for et helhetlig og individuelt tilpasset hjelpetilbud utfordrer profesjonsutøverens refleksive, analytiske og kommunikative evner og dennes fagprofesjonelle skjønn (Ekeland, 2014).

Store deler av helse- og sosialfagenes praksiser kan ikke baseres på forutbestemte behandlingsmanualer, men kjenne-tegnes av en *stilltiende kunnskapsmengde* (Brottveit, 2007), som

både kan bestå av *innlærte ferdigheter*, for eksempel innlærte teknikker/strategier i yrkesutøvelsen (Polanyi, 1958) og *faglig innsikt*, basert på profesjonsutøverens erfaringer, faglige skjønn og forståelse av egen praksisvirkelighet. Den stilltiende kunnskapen omtales i det videre som erfaringsbasert kunnskap. Ifølge Giddens (1984) handler mennesker ofte ut fra en umiddelbar viten (know how) om hva som «føles» riktig i en gitt situasjon, uten at deres handlinger lar seg begrepsfeste eller begrunne eksplisitt. Fossetøl (2013) understreker nettopp dette poenget når hun hevder at helse- og sosialfaglige praksiser preges av en *situativ kunnskap* som først og fremst hører øyeblikket til. Et viktig kjennetegn ved den stilltiende kunnskapen er at den er subjektiv, erfaringsnær og kontekstspesifikk, og at den derfor ikke kan studeres objektivt. Praksisforskningen handler først og fremst om å fange opp og å systematisere praksiserfaringer som kan bidra til fornyet innsikt i profesjonsfagernes praksisvirkelighet. Det er derfor viktig at kunnskaps- og metodeutvikling i praksisdisiplinene skjer i nær dialog med praksisfeltets profesjonsutøvere og de som mottar ulike tjenester (Brottveit, 2007; Nerheim, 1995).

Praksisforskningen er derfor basert på et annet kunnskapsgrunnlag enn et randomisert kontrollert forskningsdesign, der siktemålet er å studere behandlingseffekter, årsaksvariabler og kausalforklaringer, for eksempel ved utbredelse av sykdom. Den erfaringsbaserte praksisforskningen og den evidensbaserte, kliniske forskningen har begge et felles mål om å styrke profesjonell praksis. Økt innsikt i og forståelse for praksisfeltets kompleksitet, større kunnskap om den enkeltes erfaringer og behov samt utvikling av manualstyrte behandlingsprogrammer er av stor betydning for praksisfeltet. En viktig utfordring i spennet mellom erfaringsbasert og evidensbasert kunnskap er å oppdage gråsonene mellom dem og å kunne kombinere

mellommenneskelig innsikt og skjønn med formalteoretisk kunnskap og standardiserte behandlingsmetoder når det er behov for dette.

I vår lesning av faglitteraturen om evidens merker vi oss evidensbegrepets sterke forankring i et naturvitenskapelig, evidensbasert kunnskapsideal og hvordan evidensbasert praksis på relativt kort tid har spredd seg fra klinisk medisin til å omfatte stadig flere helsefaglige, men også sosialfaglige praksisfelt. Dette understøttes av Marthinsen (2004), som understreker at evidensbasert kunnskap er innovasjoner i nyere tid ved at den er bærer av nye og uttestede løsningsmuligheter som stadig flere faggrupper implementerer i sine praksiser. Manualstyrte metoder vil sannsynligvis møte sin begrensning i behandlingen av psykisk psyke og/eller sykdomstilstander som krever innsikt og kunnskap om enkeltmenneskers særegne liv og historier (Hole, 2008; Marthinsen, 2004). Marthinsen (2004) påpeker også en særlig utfordring knyttet til den evidensbaserte medisins sterke vekt på evidens – i betydningen bevis:

Et bevis må føres – det må argumenteres for det. Noe ikler seg bevisets drakt. Beviset inngår dermed i de sosiale konstruksjonene og står ikke uavhengig av den sosiale virksomheten. Vitenskapen har til tider forsøkt å ignorere denne påkledningen ved å opptre som «objektiv» (Marthinsen, 2004, s. 292).

Bevis relateres i denne sammenheng til jussens og naturvitenskapenes bruk av fakta som ugjendrivelige, noe som gir mindre rom for fortolkning og faglig skjønnsutøvelse. På denne måten bidrar de tradisjonelle forståelsesmåtene av evidensbaserte metoder og praksis til å bevege oppmerksomheten i retning av en naturvitenskapelig tilnæringsmåte, der randomisering, hypotesetesting og bruk av kausale forklaringsmodeller danner et viktig grunnlag for kunnskapsutvikling og praksisutøvelse.

Marthinsen (2004) understreker at konteksten lett kan bli fraværende innenfor et naturvitenskapelig kunnskapsideal, som følge av «et metodisk hierarki hvor forskningsgjennomgang av flere uavhengige randomiserte kontrollforsøk rangeres høyest. Listene det opereres med, beveger seg gjerne ned mot mer kvalitative studier, men de mest ekstreme utelater alt som ikke er såkalt empirisk forskning» (Marthinsen, 2004, s. 293).

Marthinsen (2004) stiller seg særlig kritisk til noen av de mest fundamentalistiske tolkningene av evidens og understreker at det finnes klare likhetstrekk mellom dagens evidenstenkning og naturvitenskapenes positivismebegrep, som blant annet gjenspeiles i naturvitenskapens sterke vekt på objektivisme og beviskrav. Han hevder at den evidensbaserte medisinske kunnskapsidealer har fått så stor utbredelse at det er behov for en kritisk diskusjon om hva som er gyldige kunnskapskriterier for helse- og sosialfagene (Marthinsen, 2004).

I likhet med Marthinsen (2004) stiller også Martinsen (2009) seg kritisk til senere års økte krav om evidensbasert praksis i helse- og sosialfagene. Hun betegner denne utviklingen som *evidensialisering* og understreker at evidens gir liten mening hvis det ikke relateres til den aktuelle praksiskonteksten. Fravær av kontekst gjør den medisinske tilnærmingen til evidens mindre egnet for helse- og sosialfaglige praksiser som har sin vitenskapsteoretiske forankring i humanvitenskapene, som igjen er en del av hermeneutikken. Ifølge Nerheim (1995) innebærer det hermeneutiske forståelsesidealet:

(...) evne til å «se ut over» ens egen språkkompetanse ved å mestre nye situasjoner, og å se seg selv i stand til å kommunisere med personer helt forskjellig fra en selv. Det dreier seg om noe langt mer enn en kompetanse til å beherske tolkningsprosessen mellom materialet og hypotesen (Nerheim, 1995, s. 271).

Videre understreker Nerheim at: «(...) hermeneutikken angår forholdet til erfaring og helhetsforståelse på et i prinsippet mer fundamentalt plan enn forholdet mellom en tolkningshypotese og dens materiale» (Nerheim, 1995, s. 273). Slik står det hermeneutiske forståelsesidealet i et motsetningsforhold til et naturvitenskapelig, positivistisk inspirert forklaringsideal, som baserer sine tolkningshypoteser og testinger på en «objektivt» gitt virkelighet. På bakgrunn av dette stiller vi spørsmål ved om deler av helse- og sosialfagenes praksiser står i fare for å miste sin faglige autonomi og særegne kunnskapsgrunnlag dersom profesjonsutøvelsen blir gjenstand for større standardisering? Gjennom to fortellinger, hentet fra forfatterens praksishverdag, ønsker vi å vise hvordan *kontekst* og valg av *behandlingsstrategier* kan innvirke på møtet mellom den profesjonelle og den som er mottaker av hjelp. Våre roller i møte med hovedpersonene i fortellingene er henholdsvis miljøterapeut i psykiatrisk institusjon og sykepleier i kommunehelsetjenesten.

Fortellinger fra praksis

Møtet med Tone - å sitte vakt

Da jeg første gang møtte Tone, hadde hun et langvarig rusmisbruk og flere tilfeller av alvorlig selvskading bak seg. Hun var tvangsinnlagt i en psykiatrisk institusjon for unge schizofrene. I perioder ble hun plassert på skjermet avsnitt, en liten enhet på lukket avdeling som ble benyttet for spesielt urolige pasienter. På skjermet avsnitt lå Tone fastspent i belter for å hindre selvskading. Rommet var lite og nakent og bestod kun av beltesengen,

et lite bord og to stoler. Terminologien som ble brukt blant miljøterapeutene som hadde ansvaret for Tone på skjermet avsnitt, var «å sitte vakt på henne». Miljøterapeuten satt som regel i god avstand fra sengen til Tone. Målet med behandlernes og miljøterapeutenes tilstedeværelse i rommet var å gi Tone medikamentell behandling, forhindre selvsykdom og å påse at skjermingstiltaket foregikk prosedyreriktig.

Tone ble klassifisert som en urolig og periodevis farlig pasient, på bakgrunn av sine symptomer og diagnose som schizofren. De ansatte ble bedt om å holde avstand til henne. Jeg satt ofte «vakt på» Tone. Begrepet «å sitte vakt på» bidrar i seg selv til å skape distanse og fravær av kontakt mellom Tone og hennes hjelpere. Avstanden mellom oss i det lille, nakne rommet var til å ta og føle på. En høstdag jeg kom inn til Tone, ropte hun ut i rommet: «Hva skal jeg gjøre nå når jeg verken kan ruse eller skjære meg?» Utsagnet opplevdes hjerteskjærende og smertefullt. Det nakne rommet, beltesengen og situasjonen Tone og jeg befant oss i, innbød i liten grad til mellommenneskelig samvær eller samtale. At både rusmisbruk og selvsykdom kan være uttrykk for «normale» reaksjoner på en vanskelig livssituasjon, eller en måte å dempe psykisk smerte på (Urnes, 2009), var ikke noe tema i møte Tone.

Behandlingen hun fikk, i tillegg til det skjermede tvangstiltaket, var rusmestring og medikamentell behandling som ofte gjorde henne «roligere» på en sløvende måte. Smerten som lå bakenfor hennes selvsykdom og rusmisbruk, ble i liten grad tematisert, og rusmestringsprogrammet besto hovedsakelig av regelmessige urinprøver og vektlegging av endring av rusvanene. Det var først og fremst hensynet til avdelingens og Tones sikkerhet som ble ivaretatt gjennom behandlingsopplegget.

Møtet med Martin - å være i dialog

Martin hadde vært plaget med en kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS) i flere år og mottok hjemmesykepleie fire ganger om dagen. Han hadde kronisk hoste, betydelige pusteproblemer og holdt seg stort sett i ro i hjemmet sitt for å unngå ytterligere forverring ved aktivitet. Dette bidro til at Martin ble mer og mer sosialt isolert. Martin og jeg hadde flere samtaler om hans ønsker og behov med tanke på hvordan han skulle mestre hverdagen med KOLS. Gjennom disse samtalene ble det formidlet at han ofte følte seg tungsindig, trett og sliten. Han var redd for å dø fordi han opplevde å ikke få puste. I samråd med Martin kontaktet jeg en fagutviklingssykepleier for råd og veiledning om hvordan vi best kunne hjelpe Martin. Fagutviklingssykepleieren fant frem til metastudier om hvilke behandlingsmetoder som gir økt mestring hos mennesker med KOLS ved hjelp av en Cochrane-oversikt. Studiene viste at opplæring og veiledning i pusteteknikk for mennesker med KOLS og langvarige helseutfordringer har bidratt til økt livskvalitet, bedre mestring av hverdagsrutiner og færre sykehusinnleggelses (Zwerink mfl., 2014).

Det ble utarbeidet et opplæringsprogram i samarbeid med Martin, basert på kunnskap om hva som vurderes å være de beste pusteteknikkene ved KOLS. Pustetreningsprogrammet ble tilpasset Martins individuelle behov og mestringsevne, og det ble lagt til det tidspunktet på dagen da han følte seg mest opplagt. Det spesialtilpassede treningsprogrammet ble journalført slik at andre ansatte i hjemmesykepleien også kunne følge utviklingen og bistå Martin i det individuelle behandlingsopplegget. Dette styrket kontinuiteten og reduserte vilkårligheten i oppfølgingen av behandlingsopplegget med Martin. Etter noen uker ga Martin uttrykk for at han hadde det bedre og opplevde økt livskvalitet som følge av pustetreningsprogrammet.

Med de to fortellingene ønsker vi å illustrere hvordan ulike praksiser kan få helt forskjellig utfall i møte med enkeltindividet. Fortellingen om Tone er ment å vise hvordan bruk av diagnoser, i kombinasjon med tvangstiltak, medikamentell behandling og et manualstyrt rusmestingsprogram, bidro til å skape avstand og fjerne det *mellommenneskelige rommet* mellom Tone og hennes hjelpere. Hennes «rop ut i rommet» tilsa at hun hadde behov for hjelp til å bearbeide livssmerten hun sannsynligvis bar på. Likevel synes bruk av dialog og faglig profesjonelt skjønn å være fraværende i møte med Tone. Dette medførte at hun, i motsetning til Martin, ikke ble medvirkende i eget behandlingsopplegg. I stedet fikk hun tilbud om *medikamentell behandling* for å dempe uro og psykiske symptomer, adferdskontroll for å forhindre selvskading og *standardisert behandling* for sitt rusmisbruk.

Tones historie illustrerer hvordan en *objektivert tilnærming* lukker for dialog og medvirkning i eget behandlingsopplegg. Dette bidro igjen til at verdifull informasjon om hennes liv og psykiske helse gikk tapt. Tone ble en gjenganger i det psykiatriske behandlingssystemet med hyppige innleggelse når rusen, smerten og livet ble for vanskelig. Når langvarige psykisk lidelser blir gjenstand for diagnostisering, medisinerer, tvang og kontroll fremfor medmenneskelighet og omsorg, bidrar til det objektivering av den andre og til å skape inhumanitet i behandlingsopplegget (Ekeland, 2014).

Med fortellingen om Martin ønsker vi å synliggjøre viktigheten av at valg- og organisering av behandlingsopplegg baseres på dialog, klinisk skjønn og samarbeid mellom hjelper og den som er mottaker av hjemmetjenesten. Martin fremstår som hovedpersonen i eget behandlingsopplegg, der både utformingen av pusteøvelsene, treningstidspunktet og omfanget ble tilpasset hans *subjektive* behov. Selv om Martins behandlingsopplegg var manualstyrt, ble det gjort individuelle tilpasninger som skapte

trygghet og forutsigbarhet for Martin. Behandlingen viste også å ha god effekt på hans mestringsopplevelse.

Historien om Martin skiller seg fra Tones på et vesentlig punkt. Han var *frivillig* mottaker av hjelp i sitt eget hjem, mens Tone var *tvangsinnlagt* i en psykiatrisk institusjon. Felles for historiene er imidlertid at begge bar på en psykisk smerte som følge av egen helsetilstand, selv om deres livssituasjon og bakgrunn ellers var høyst forskjellig. Begge historiene viser betydningen av å bli sett og møtt som selvstendige individer av sine profesjonelle hjelpere, men i møte med Tone ble dette problematisk som følge av måten behandlingen ble gjennomført på.

Martins historie viser derimot hvordan medvirkning, bruk av dialog og mellommenneskelig profesjonelt skjønn, i kombinasjon med evidensbasert kunnskap, kan bidra til mestring og økt livskvalitet. Fortellingen om Martin er dermed et illustrerende eksempel på at evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap kan komplementere hverandre. Det er nettopp i skjæringspunktet mellom de to kunnskapsformene at grunnlaget for et relasjonelt rom, mellom den profesjonelle og den som mottar hjelp, kan skapes.

Samlet sett viser fortellingene om Tone og Martin betydningen av at praksisutøvelsen kontekstualiseres og tilpasses den som mottar hjelpen. Den profesjonelle har derfor et stort ansvar for å utøve et fagetisk skjønn og å anvende den til enhver tid mest relevante fagkunnskapen.

Har vi mistet noe på veien?

Tatt i betraktning de siste årenes utvikling innenfor profesjonell praksis er det nærliggende å spørre om helse- og sosialfagene er i ferd med å utvikle seg i retning av en manualstyrt behandlingspraksis som gir mindre rom for å utøve faglig profesjonelt skjønn og reell medvirkning. Noe av bakgrunnen for at evidensbasert

kunnskap har fått større innpass, også i helse- og sosialfaglige praksiser i senere år, kan blant annet skyldes kritikken mot erfaringsbasert kunnskap som en usikker kunnskap fordi den ikke lar seg generalisere og objektivere på samme måte som observerbare data. Mens noe av problemet med evidens, slik vi leser faglitteraturen som stiller seg kritisk til evidensialiseringen, er at kriteriene for hva som godkjennes som evidensbasert praksis, synes å ha blitt skjerpet. En annen innvending mot evidensbasert tilnærming er at den ofte fremmes uten at dens form og innhold presiseres og/eller tilpasses den konteksten den er ment å virke innenfor. Dette bidrar både til å snevre inn begrepets betydning og til å gjøre dets meningsinnhold mer uklart.

Den sterke fremveksten av evidensbasert praksis i helse- og sosialfagene må videre ses i sammenheng med profesjonsfagenes akademiseringsprosess og kunnskapsproduksjon de siste 25 årene. Som en konsekvens av dette har kravene til kunnskapsbasert viten og dokumentert praksis økt. På den ene siden har akademiseringen bidratt til større forskningsaktivitet og en styrking av profesjonsfagenes yrkespraksis. På den andre siden har kravene til dokumentert praksis bidratt til en behandlingspraksis som ikke alltid er forenlig med profesjonsfagenes idegrunnlag (Brottveit, 2008). Sistnevnte kan ses som en følge av evidensbølgen og de strenge vitenskapelige kravene som synes å dominere helse- og sosialfaglig praksis og forskning i dag. Den tradisjonelle betydningen av evidens – i naturvitenskapelig forstand – synes i mindre grad å være tilpasset disse fagenes kunnskapsbehov.

Gjennom vår lesning av faglitteraturen om evidensbaseringen i helse- og sosialfagene merker vi oss at positivismedebatten (Øfsti, 1986), som pågikk fra 1930-årene og til langt ut i 1980-årene, er vekket til live igjen. Positivismekritikken den gang gikk ut på om det overhodet er mulig å tilstrebe vitenskapelig objektivitet, noe

som bidro til at human- og samfunnsvitenskapene fikk større legitimitet i vitenskapelig virksomhet. Debatten og den påfølgende kritikken mot enhetsvitenskapene resulterte også i at fortolkende vitenskaper, som hermeneutikken, fikk større anerkjennelse (Nerheim, 1995). Ifølge Øfsti (1986) bidro dette til et paradigmeskifte i synet på hva som er gyldig kunnskap. Til tross for dette ser vi hvordan vitenskapelig tenkning fortsatt er preget av et positivistisk grunnsyn. Dette har blitt særlig tydelig gjennom evidensbølgen og senere års tilbakevendende debatter om hva som er gyldige kriterier for kunnskap og helse og sosialfaglig forskning og praksis. Spørsmålet vi stiller oss, er om evidensialiseringen har gått for langt i en positivistisk retning, og om kritikken som i dag rettes mot evidensbasert praksis, kan leses som en følge av dette.

Som vist gjennom fortellingen om Tone vil en manualstyrt praksis i mange tilfeller komme til kort. Spesielt i tilfeller der den psykiske lidelsen har et uklart eller mangefasettert symptom-bilde. Når diagnoser og symptombehandling settes i spill uten tilstrekkelig dialog med den behandlingen omhandler, står den profesjonelle i fare for å tape helhetsspektivet av syne (Brottveit, 1995). Tranøy (1986, s. 59) understreker nettopp betydningen av å skille mellom «fagspesifikke» tilnæringsmåter og standardiserte behandlingsprogrammer i profesjonell praksis. Videre hevder han at det må utvikles fagspesifikke metoder som tilpasses profesjonsfagenes mandat og vitenskapelige virksomhet.

Som vi var inne på, plasserer store deler av helse- og sosialfagenes praksiser seg innenfor et humanvitenskapelig kunnskapssyn der yrkesutøverne står overfor krevende etiske og faglige utfordringer. Det forutsetter fagspesifikke metoder, kunnskap og innsikt som strekker seg utover en objektivert viten, fordi profesjonsfagenes yrkespraksis først og fremst handler

om å forstå og fortolke tilstander, sosiale handlinger og fenomener i lys av den konteksten de er en del av (Nerheim, 1995).

Ifølge Bang og Martinsen (2013, s. 231) må evidens, sett fra et humanvitenskapelig kunnskapsideal, ta høyde for at en praksis er perspektivrik, mangfoldig og kontekstavhengig. Videre understreker forfatterne, i likhet med flere, at det er mye som tyder på at slike verdier har en begrenset plass i dagens tradisjonelle forståelse av evidensbasert praksis, til tross for at den var ment å romme både et brukerperspektiv og faglig skjønn (Cochrane, 1972). Slik vi leser den kritiske faglitteraturen om evidens, presiseres det at den kontekstuelle og erfaringsbaserte kunnskapen må anerkjennes og gis større legitimitet. Erfaringer fra praksis utgjør, som vi var inne på, nettopp en viktig basis for utviklingen av helse- og sosialfagenes praksiskunnskap, slik Grimen (2008) understreker. For å dra veksler på erfaringsbasert kunnskap må den bearbeides og gjøres tilgjengelig for profesjonsutøverne gjennom forskning og fagutvikling. En måte å systematisere praksisforskningen på er å konstruere *prototype narratives* (Skærbæk og Nissen, 2014), som kan virke gjenkjennende for både yrkesutøvere og brukere og dermed ha overføringsverdi for beslektede praksisfelt. Narrativer fra praksis kan også utgjøre et viktig grunnlagsmateriale i utviklingen av individbaserte behandlingsopplegg – ved at de kan bidra med ny innsikt og åpner for refleksivitet i måten å nærme seg den andre på.

Til tross for utstrakt forskningsvirksomhet i de siste årene har helse- og sosialfagene fortsatt behov for en teori- og metodeutvikling som kan bidra til å styrke profesjonsfagenes handlingspraksis og identitet som selvstendige praksisdisipliner og teoretiske fagområder (Brottveit, 2007, 2008). Sett fra et praksisperspektiv fremstår en rendyrket naturvitenskapelig tilnærming til evidens som utilstrekkelig, fordi helse- og

sosialarbeideres praksisutøvelse ofte handler om å ta stilling i øyeblikket, bygge relasjoner og å utvikle individuelt tilpassede behandlingstilbud til dem det gjelder. I mange tilfeller er det verken fruktbart eller mulig å overføre vitenskapelige forskningsmetoder og behandlingsmanualer fra naturvitenskapelige disipliner, som for eksempel skolemedisin, til helse- og sosialfagene. Profesjonsfagene har behov for å utvikle egne metoder i kombinasjon med evidensbasert kunnskap, for å kunne styrke og legitimere sitt kunnskapsgrunnlag. Etter vårt syn handler profesjonell praksis om hele tiden å vurdere behovet for å integrere og tilpasse ulike kunnskapsformer med tanke på å styrke praksisutøvelsen til beste for de som er mottakere av ulike tjenester. Det er imidlertid mye som tyder på at evidensbasert kunnskap og metoder, slik disse fremstilles i deler av den utvalgte faglitteraturen og i myndighetenes retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 2), ikke er tilpasset helse- og sosialfagenes kompleksitet og særegenhet. For å si det med Fossetøl (2013, s. 57) så er kunnskapsbehovet i sosialfaglig arbeid forskjellig fra naturvitenskapelige fag.

Praksisforskningen har derfor en viktig oppgave med tanke på å styrke profesjonsfagenes egenart og å utvikle det dialektiske spillet mellom helse- og sosialfagenes *praksisteori*, *epistemologi* og *metateori* i nær dialog med praksisfeltet. Å utvikle profesjonsfagenes metateori vil også gjøre det mulig å begrepsfeste praksis, gjennom å betrakte fagfeltet ovenfra, og å pendle frem og tilbake mellom et praktisk og teoretisk nivå i praksisutøvelsen (Brottveit, 2007).

Evidens i fornyet drakt

På bakgrunn av hva dette kapitlet så langt har fremstilt og belyst, spør vi om det er behov for en utvidet og mer alternativ

forståelse for hva som er gyldig kunnskap og forsvarlig praksis i helse- og sosialfagene? Dersom evidensbasert og erfaringsbasert forskning og praksis blir utsatt for ensidig kritikk, bidrar dette til å opprettholde motsetningsforholdet mellom dem som to uforenlige kunnskapsformer. Slik evidensbasert kunnskap fremstilles i store deler av faglitteraturen, åpner den i liten grad for det kontekstuelle og erfaringsbaserte. Å presse helse- og sosialfaglig forskning og praksis inn i en evidensbasert støpeform kan bidra til at viktig kunnskap og metoder som ikke lar seg dokumentere, objektivere og etterprøve vitenskapelig, forkastes til fordel for klinisk testede behandlingsprogrammer og metoder som ikke imøtekommer fagfeltets kunnskapsbehov. Det vil igjen få konsekvenser for helse- og sosialfagenes praksisutøvelse, da allmenne formalteoretiske forståelsesmodeller alene ikke kan gripe det *erfaringsnære* ved praksisdisiplinenes virksomhet (Brottveit, 2007, s. 302). Helse- og sosialfaglig arbeid handler mye om tilstedeværelse i det blivende – i det som skjer i øyeblikket, og i rommet mellom den profesjonelle yrkesutøveren og den andre (Fransson og Brottveit, 2015).

I helse- og sosialfaglige praksiser er utøvelse av kultursensitivitet, etisk dømmekraft og faglig skjønn, i kombinasjon med forskningsbasert viten, som både kan være av humanvitenskapelig og naturvitenskapelig karakter, sentralt. Fossetøl (2013) understreker nettopp betydningen av å forholde seg til kunnskap kontekstuellet når hun sier at det «(...) er lett å tape av syne at den høyt ansette generaliserte kunnskap må filtreres gjennom yrkesutøverens praktisk/etiske blikk når den skal anvendes» (Fossetøl, 2013, s. 13).

Slik vi leser Fossetøls tilnærming til kunnskap, må den til enhver tid tilpasses konteksten den virker innenfor. Synet på hva som er avvik, god eller dårlig helse, vil sannsynligvis variere på tvers av praksisdisipliner og den tradisjonelle skolemedisinens

tilnærming til helse og sykdom. Dersom evidensbegrepet skal ha gyldighet for helse- og sosialfaglig praksiser, må det åpnes for at erfaringskunnskapen får tilsvarende status som evidensbasert kunnskap. Bang og Martinsen (2013) understreker i likhet med Fossetøl (2013) behovet for en bredere og mer fleksibel definisjon av evidensbegrepet som ivaretar profesjonell erfaring og faglig skjønn i kombinasjon med fagkunnskap basert på evidens. Forfatterne hevder at det kan bidra til å sikre det de betegner som kunnskapsbasert praksis av høy kvalitet. Bang og Martinsen (2013) anvender her samlebegrepet kunnskapsbasert – ved at det rommer en praksis som både bygger på evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap.

Som et alternativt begrep til naturvitenskapens evidensbaserte kunnskapsbegrep foreslår vi *erfaringsbasert evidens*, der praksisforskning i kombinasjon med brukererfaring og utøvelse av et faglig profesjonelt skjønn fremstår som gyldig kunnskap i likhet med den evidensbaserte kunnskapen. Samtidig er det viktig å understreke at bakgrunnen for å lansere begrepet erfaringsbasert evidens ikke må leses som et forsøk på å skape en ny motsats til den naturvitenskapelige formen for evidens. Nettopp ved å differensiere mellom og anerkjenne at det eksisterer ulike former for evidens, åpnes det samtidig for at ulike kunnskaper kan kombineres, komplementere hverandre og eksistere side om side.

Avslutning

I dette kapitlet har vi argumentert for en utvidet og inkluderende forståelse av hva som er *gyldig kunnskap* i helse- og sosialfagene. En evidensforståelse, som utelukkende baseres på enhetsvitenskapelige idealer, bidrar til å lukke fremfor å åpne for vitenskapelig virksomhet og mangfold. Med inkluderende

tilnærming menes her en praksis som både åpner for kontekst og en kombinasjon av ulike kunnskapsformer. Det forutsetter at helse- og sosialfagernes kunnskapsgrunnlag baseres på både praksisforskning og evidensbasert forskning. I den videre debatten om hva som er kriterier for gyldig forskning og praksis, må profesjonsfagene, i likhet med naturvitenskapelige fag, kunne legitimere sin virksomhet på egne premisser. Til dette trengs det fruktbare, alternative begreper for å fremme det særegne og kontekstspesifikke ved helse- og sosialfagene, slik at disse fagene kan ivareta sin faglige integritet.

Referanser

- Angel, B. Ø. (2003). Evidensbaserte programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 23(2), s. 66–72.
- Bang, B. og Martinsen, B. (2013). Evidens i sygeplejen. En begrepsanalyse af evidens i nordisk sygepleje. *Nordisk Sygepleje Forskning*, 4, s. 219–235.
- Berg, R. C. og Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2).
- Brottveit, G. (1995). Når legen blir mer opptatt av diagnosen enn av dialogen. *Impuls Tidsskrift for psykologi*, (49), 2.
- Brottveit, G. (2007). *Seksuelle overgrep mot barn : en fortolkende tilnærming til barnevernsarbeidernes forståelse*. PhD-avhandling, Det juridiske fakultet, Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo.
- Brottveit, G. (2008). Sosialt arbeid – et fag i spenningsfeltet. *Fontene*, s. 72–79.
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- DiCenso, A., Bayley, L. og Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence based nursing*, 12(4), s. 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt–og tilbake?Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (03), s. 211–220.

- Fossestøl, B. (1997). Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid* (17). <http://www.idunn.no/ts/nsa>”Nordisk sosialt arbeid
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene forskning*, 2, s. 55–66.
- Fransson, E. og Brottveit, G. (2015). Rådsmøtet som event. *Psyke & Logos*.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Grimen, H. og Terum, L. I. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I: H. Grimen og L. I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., Irvine, J., Levine, M., Levine, M., Nishikawa, J., Sackett, D., Brill-Edwards, P., Gerstein, H., Gibson, J., Jaeschke, R., Kerigan, A., Neville, A., Panju, A., Detsky, A., Enkin, M., Frid, P., Gerrity, M., Laupacis, A., Lawrence, V., Menard, J., Moyer, V., Mulrow, C., Links, P., Oxman, A., Sinclair, J. og Tugwell, P. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 268(17), s. 2420–2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Hole, G. O. (2008). Kunnskapsbasert praksis: Kritikk på feil grunnlag? *Patient Care*, 2, s. 72.
- Howe, D. (1992). *An introduction to social work theory : making sense in practice* (Vol. 24). Aldershot: Ashgate. <http://www.kunnskapssenteret.no/> (lest 18.11.16)
- Marthinsen, E. (2004). “Evidensbasert” - praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(04), s. 2–14.
- Martinsen, K. (2009). Evidens - begrensende eller opplysende. I: K. Martinsen og K. Eriksson (red.), *Å se og å innse : om ulike former for evidens*, s. 81–156. Oslo: Akribe.
- Melberg, H. O. (2002). Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode? *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 19(1), s. 59.
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon : paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Rønnestad, M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. B. og Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), s. 71–72.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* (ny utgave). Oslo: Aschehoug.
- Skærbæk, E., og Nissen, M. (2014). *Psykososialt arbeid : fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet, M. o. H. a. C. S. (1999). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.
- Terum, L. I. og Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlag.
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129(9), s. 872–876. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
- Øfsti, A. (1986). Argumentation, Erklären und Verstehen. I: T. Nordenstam, D. Böhler, og G. Skirbekk (red.), *Die Pragmatische Wende : Sprachspielpragmatik oder Transzendentalpragmatik?* (Vol. 631). Frankfurt am Main: Suhrkamp.