Fysioterapeuten nr. 10/2000:

I en ny serie på fire artikler setter Britt Vigdis Ekeli kritisk søkelys på det evidensbaserte kunnskapssystemet, EBP. Hva er bakgrunnen for at det introduseres som et middel for kvalitetssikring av praksis? Hvorfor har det i løpet av relativt kort tid fått så stort gjennomslag innen medisin og andre helsefag? Hvilken type kunnskap formidler det? Og hvordan er forholdet mellom denne typen kunnskap og den kompetansen fysioterapeuter trenger for å gi pasienter gode faglige tilbud?

Med "kunnskapsbasert fysioterapi" baklengs inn i fremtiden?

Britt Vigdis Ekeli. Høgskolen i Tromsø, Fysioterapeututdanningen.

«Vi presses fra alle kanter». Dette sitatet er fra en artikkel av Jamtvedt og Røsberg (1) der de presenterer en undersøkelse av fysioterapeuters forhold til faglig informasjon. Samtidig introduserer de begrepet kunnskapsbasert eller «evidensbasert» praksis (EBP) som en måte å møte presset på. Jeg deler opplevelsen av at fysioterapifaget – i likhet med andre fag innen helsetjenesten – er presset fra ulike kanter, men er mer usikker på virkemiddelet. Er det ved å benytte prinsippene fra konseptet EBP at fysioterapeuter utvikler et best mulig tilbud til pasienter og styrker fagets troverdighet? Eller er det slik at ideen om EBP tvert imot utgjør en av pressfaktorene? Det at «evidence-based practice» blir oversatt til «kunnskapsbasert fysioterapi» gjør det vanskelig å stille spørsmål ved det evidensbaserte kunnskapssystemet. Hvem kan tvile på behovet for å forankre fysioterapipraksis i en solid kunnskapsbasis? Løftet om at systemet formidler kunnskap utviklet gjennom den «nyeste og beste forskningen», bør overflødiggjøre et hvert spørsmål om dets berettigelse og gyldighet. Allikevel drister jeg meg til å gjøre nettopp det.

I denne første artikkelen fokuserer jeg på det jeg oppfatter som grunnlaget for det evidensbaserte kunnskapssystemet. Jeg starter med en vurdering av Jamtvedt og Røsbergs artikkel (1), fordi den presenteres som et argument for å introdusere «kunnskapsbasert fysioterapi». Deretter går jeg til kilden, «evidensbasert medisin» (EBM), ser på bakgrunnen for den og etableringen av «gullstandarden», som har en så sentral plass innen det evidensbaserte systemet.

I den andre artikkelen ser jeg på EBM i metaperspektiv. Fordi EBM presenteres som et forsknings- eller vitenskapsbasert system, prøver jeg å se nærmere på den vitenskapelige virkeligheten og de fakta som frembringes innenfor denne referanserammen. For å knytte an til en bit av dagens virkelighet i praksisfeltet, presenterer jeg funn fra en undersøkelse jeg har gjort. Materialet er fra samtaler om fibromyalgi med et utvalg allmennpraktiserende leger. Jeg avslutter artikkelen med å spørre om medisinen er et fag som er i strid med seg selv.

I den tredje artikkelen sammenligner jeg den virkelighetsforståelsen EBM representerer med den virkeligheten fysioterapeuter og leger møter i praksisfeltet. Dernest analyserer jeg EBM ved hjelp av Kuhns vitenskapsteoretiske perspektiv.

I den siste artikkelen vender jeg tilbake til fysioterapifaget. Min konklusjon blir at «kunnskapsbasert fysioterapi» tar faget «baklengs inn i fremtiden». Det er behov for å ta i bruk og utvikle kunnskapsformer som er bedre egnet til å gripe det særegne og essensielle i fysioterapifaget. Ved å søke et videre og mer dyptpløyende teorigrunnlag enn det «kunnskapsbasert fysioterapi» representerer, kan fysioterapeuter finne fram til metoder for kritisk analyse og dokumentasjon av fysioterapifaglig virksomhet, som etter min vurdering er mer i overensstemmelse med den virkeligheten som faget representerer og er en del av.

Fysioterapeuters lesevaner og «kunnskapsbasert fysioterapi»

Jamtvedt og Røsberg presenterer en undersøkelse de har gjort blant 453 tilfeldig utvalgte medlemmer av Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF). Hensikten med studien er å kartlegge fysioterapeuters «...lesevaner med hensyn til vitenskapelig litteratur og hvilke kilder som begrunner deres valg av tiltak» (1 s11). Resultatet viste at flertallet baserer seg på det de lærte i grunnutdanningen, egen erfaring, etter- og videreutdanning og råd fra kolleger. Selv om mange har tilgang til flere faglige tidsskrift, leser de få artikler.

Utgangspunktet for undersøkelsen synes å være det presset forfatterne mener at fysioterapifaget står under: Den raske kunnskapsutviklingen, behovet for å holde seg faglig oppdatert til enhver tid, kravet til å dokumentere effekten av behandling, og at fysioterapeuter i økende grad får pasienter og brukere som er godt informert om sykdom og tiltak, og som vil være med å bestemme egen behandling.

Allerede i artikkelens innledning skisseres bruk av «god forskning», slik den formidles av det evidensbaserte systemet, som et egnet middel til å møte disse utfordringene. Selv om det også understrekes at det «... ikke alltid (er) kobling mellom å lese artikler og integrere forsk-ningsresultater i praksis» (1 s10). Artikkelen avsluttes med å påpeke «utdanningsinstitusjonenes og NFFs ansvar for å formidle teoretisk og praktisk kunnskap som så langt det er mulig er grunnet i «evidence» (1 s16). Artikkelen følges opp av en serie med artikler om kunnskapsbasert fysioterapi (2,3,4,5,6). I første artikkel presenteres det evidensbaserte kunnskapssystemet innefor en fysioterapifaglig sammenheng. Hovedbudskapet er at fysioterapeuter i større grad bør bruke forskning som kunnskapskilde for vurderinger og handlinger i praksis, og at det evidensbaserte systemet er skreddersydd for dette. De påfølgende artiklene gjengir retningslinjene for de fem stegene i det evidens-baserte kunnskapssystemet: Spørsmålstilling for å innhente relevant kunnskap, innhenting av kunnskap, kritisk vurdering av kunnskap, anvendelse av «god kunnskap» og evaluering av praksis.

Det evidensbaserte kunnskapssystemet
Bærebjelken i det evidensbaserte systemet er The Chocrane Collaboration. Den representerer en internasjonal gruppe av medisinere - klinikere og forskere - som systematisk går igjennom og vurderer alle nye forskningsresultater innen ulike medisinske felt publisert i 67 internasjonale medisinske tidsskrift (7). Kriteriene for utvelgelse av de undersøkelsene som tas inn i systemet, er de som beskrives som «metodisk gullstandard» innen medisinsk forskning:

«Because the randomized trial, and especially the systematic review of several randomized trials, is so much more likely to inform us and so much less likely to mislead us, it has become the «gold standard» for judging whether a treatment does more good than harm» (8 s5).

Jeg vil komme tilbake til mer detaljer om kriteriene i den tredje artikkelen.

Umiddelbart virker det besnærende å få tilgang til et fikst ferdig kunnskapssystem som kan bidra til å gjøre fysioterapipraksis bedre. Et system som presenterer «gyldig» og «anvendbar» kunnskap gjennom oversiktsartikler basert på den nyeste og beste forskningen. Men hvor er evidensen for at det er denne kunnskapen som gjør oss til bedre fysioterapeuter? Det er ikke vanskelig å være enig i at forskning er viktig, men er det gitt hvilken type forskning som utvikler den mest relevante kunnskapen for fysioterapipraksis? Er den forskningen som presenteres gjennom det evidensbaserte systemet per definisjon gyldig? Slik jeg ser det, er det umulig å svare på disse spørsmålene uten å vite mer om bakgrunnen for EBP-systemet, og hvilken type kunnskap som presenteres der.

På jakt etter «evidensen»
Evidensbasert praksis har i løpet av kort tid blitt et verdensomspennende kunnskapssystem som har vunnet gjennomslag i store deler av det medisinske miljøet. Det blir markedsført som et system som skal sikre bedre behandlingstilbud til pasienter og brukere, samtidig som det bedrer kostnadseffektiviteten innen helsetjenesten (8,9,10). Men hvor er «evidensen» for at det er slik? Jeg starter jakten på denne «evidensen» i Jamtvedt og Røsbergs artikkel om fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen (1). Slik jeg forstår det, representerer materialet fra denne studien en viktig begrunnelse for å satse på «kunnskapsbasert fysioterapi» som et middel for å bedre kvaliteten på fysioterapipraksis. Her er det noe som ikke stemmer. Det er sikkert riktig, både at fysioterapipraksis kan bli bedre og at fysioterapeuter trenger å styrke den teoretiske forankringen av praksis, men hvor er dokumentasjonen for sammenhengen mellom EBP-systemet og kvaliteten på praksis?

Selve undersøkelsen sier bare noe om hvordan fysioterapeuter begrunner praksisen sin og hvilke lesevaner de har i forhold til faglige artikler. Hvordan kan man ut fra det trekke konklusjon om hva fysioterapeuter bør lese for å bli bedre praktikere, slik jeg tolker følgende:

«Brukerperspektivet står sentralt i dagens helsevesen. Det innebærer blant annet at brukerne har krav på den beste, mest effektive fysioterapibehandling. Utøvelsen av «evidens-» eller kunnskapsbasert fysioterapipraksis forutsetter at kunnskap fra relevant forskning av god kvalitet i større grad integreres i beslutningsprosessen. Denne kunnskapen må erstatte tro, autoritet og sterke meninger» (1 s16).

Slik jeg ser det, har forfatterne lagt inn en del skjulte premisser for å komme frem til en slik konklusjon. Med andre ord, de trekker slutninger som går utover det datamaterialet gir grunnlag for. Det svekker studiens gyldighet. De implisitte premissene er, slik jeg ser det, for det første at fysioterapeuter som ikke holder seg

oppdatert om nyere forskning gjør en tvilsom jobb i forhold til pasienter. For det andre at bruk av forskningsbasert fysioterapi vil gi mer dokumentert behandlingseffekt. For det tredje at det evidensbaserte kunnskapssystemet formidler den type kunnskap som må til for å imøtekomme de to første premissene.

Hvordan kan man hevde at «kunnskapsbasert fysioterapi» viser veien til en bedre praksis uten å ha sett nærmere på fysioterapipraksis og gjort en analyse av hvor det eventuelt svikter? En studie av fagutøvelsen i alle dens varianter ville vært bedre egnet til å dokumentere hvilke kunnskapsbehov som må dekkes for å gi pasienter et bedre fysioterapitilbud. Det samme ville for eksempel en sammenlignende studie av pasienters tilfredshet med behandlingen hos fysioterapeuter som henholdsvis driver og ikke driver EBP. Mitt poeng er at studien til Jamtvedt og Røsberg ikke gir et troverdig grunnlag for å hevde at «kunnskapsbasert fysioterapi» er det som skal til for å gi brukerne den beste og mest effektive fysioterapibehandling.

Med andre ord, jeg synes ikke at jeg gjennom denne undersøkelsen har fått god nok evidens for at EBP vil kunne bidra til kvalitetsheving av fysioterapipraksis. I sitatet ovenfor blir det gjort et poeng av at kunnskap fra relevant forskning av god kvalitet må erstatte «... tro, autoritet og sterke meninger» i den fysioterapifaglige beslutningsprosessen. Etter min vurdering er ideen om «kunnskapsbasert fysioterapi» nettopp basert på dette: Troen på at det er i resultatene fra nyere forsk-ning at fysioterapeuter finner det sikreste grunnlaget for god praksis. Det evidensbaserte systemet tillegges autoritet fordi det formidler forskningsresultater som er fremkommet ved forsøk som er gjennomført i tråd med «gullstandarden». Derfor har man sterke meninger om at «kunnskapsbasert fysioterapi» er et potent middel til å løse fagets dokumentasjonsproblem og gi pasientene et bedre fysioterapitilbud.

Bakgrunnen for evidensbasert medisin

I min videre søken etter evidensen for sammenheng mellom bruk av det evidensbaserte kunnskapssystemet og god klinisk praksis, går jeg til jeg går til kilden, «Evidence Based Medicine» (EBM). I løpet av det siste tiåret er det kommet en anselig mengde bøker og artikler om dette emnet, inkludert to egne tidsskrift. Det ene av disse «Evidence-Based Medicine» inngår i kildematerialet mitt. Allikevel er det boken «Evidence Based Medicine. How to Practice & Teach EBM» (8) som utgjør hovedkilden. Jeg har valgt denne boken fordi den så ofte refereres når det er snakk om EBM.

Det som særpreger EBM-litteraturen er at den i stor grad har karakter av å være veiledning i hvordan man kan bruke EBM innen ulike medisinske spesialdisipliner. Det er vanskeligere å finne en eksplisitt teoriforankret eller vitenskapelig begrunnelse for hvorfor EBM har så stor relevans og gyldighet i forhold til kvaliteten på klinisk praksis. I boken «Evidence Based Medicine. How to Practice & Teach EBM» (8) henvises det til to forhold som indikerer hvilket grunnlag EBM er bygget på. Det første er forfatternes egne erfaringer som leger og forskere. Det andre er det filosofiske grunnlaget EBM er forankret i.

Erfaringer og tro

I forordet til boken presenterer alle forfatterne sine begrunnelser for å være med å utvikle og skrive om EBM: Allerede på 1960-tallet oppdaget Sackett at epidemiologi og biostatistikk kunne gjøres relevant for klinisk praksis. Omtrent 20 år senere ble han bevisst på hvordan basale elementer fra disse fagområdene kunne styrke den kritiske vurderingsevnen hans og omsettes i kliniske handlinger. Richardson ble under sin praksis i studietiden oppfordret av en lærer til å lese en artikkel for å finne ut hva han skulle gjøre med en pasient. Rosenberg forteller at han hadde vansker med å bestemme hva som var de mest sentrale spørsmålene i kompliserte kliniske problemstillinger. Det var heller ikke så lett å omsette for-skningsresultater han leste om, til individuell pasientbehandling. I EBM fant han det rammeverket han trengte for å kunne bruke forskningsresultater i klinisk praksis. Haynes ble opptatt av forholdet mellom evidens og praksis i andre året på legestudiet etter å ha hørt en forelesning om Freuds teorier. Foreleseren kunne ikke legge fram bevis for at disse teoriene var korrekte. Denne opplevelsen førte til at Haynes valgte en karriere hvor han kombinerer praksis og forskning i klinisk epidemiologi for selv å finne evidens, bare for å oppdage at evidensen ikke kom til nytte i praksisfeltet slik den burde (8).

Når jeg velger å bruke så pass mye spalteplass på å videreformidle forfatternes erfaringer, er det fordi at jeg oppfatter dem som sentrale i utviklingen av EBM. Det er interessant at de legger så stor vekt på å fortelle sine personlige historier, og at det er i disse historiene de forankrer sin overbevisning om at EBM kan bidra til bedre klinisk praksis. Slik disse historiene blir fortalt, og det at de fungerer som begrunnelse for EBM, gjør at de får karakter av vitnesbyrd. I Bokmålsordboken (11 s680) blir begrepet «vitnesbyrd» beskrevet som «bekjennelse fra troende». Dette stemmer dårlig overens med ideen om sikrest mulig evidens. Men heller ikke Sackett med flere dokumenterer sammenhengen mellom EBM og bedre klinisk praksis på en mer vitenskapelig måte, slik jeg ser det. I et intervju med Jamtvedt og Røsberg (12) gjør de et poeng av at «kunnskapsbasert fysioterapi» skal erstatte

tro og erfaring. Så langt virker det tvert i mot som om tro og erfaring utgjør en viktig del av fundamentet for EBM.

Tro og dokumentasjon

Vi står dermed overfor det paradokset at et system som har som mål å formidle det ypperste av medisinsk forskning, gjennomført etter de strengeste metodiske kriterier, selv er etablert på grunnlag av tro og erfaring. Hvis EBM er ment å fungere som et metasystem for klinisk praksis, er det underlig at man ikke legger de samme strenge dokumentasjonskravene til grunn for det. Slik jeg ser det, innfører man altså et verdensomspennende kunnskapsformidligs-system som vil kunne få en enorm betydning for mange pasienter uten å undersøke hvilken «effekt» det vil ha. Det virker for utrolig, for selvmotsigende. Til tross for det synes EBM ikke bare å få innpass, men å bli mottatt som det middelet som endelig skal sikre at klinisk praksis i størst mulig grad blir basert på «sikker kunnskap».

Hvis det altså ikke anses som nødvendig å dokumentere EBMs kvalitetsforbedrende virkninger, kan det bety at man tillegger den kunnskapen som formidles gjennom systemet en apriorisk status. Det vil si at man på rent fornuftsmessig grunnlag kan slutte at denne kunnskapen er gyldig, uten å behøve å dokumentere den gjennom erfaring eller forsk-ning. Det synes altså som om vi har å gjøre med en type kunnskap som per definisjon, i kraft av sin karakter eller måten den er utviklet på, vurderes som gyldig. Ved nærmere ettertanke er vel dette allerede bekreftet gjennom den stadige henvisningen til «gullstandarden» i EBM-litteraturen. Jeg vil derfor se nærmere på grunnlaget for utviklingen av denne standarden.

Etableringen av «gullstandarden»

I den første setningen i introduksjonskapitlet til «Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM» skriver Sackett, Richardson, Rosenberg og Haynes:

«Evidence-based medicine, whose philosophical origins extend back to mid-19th century Paris and earlier, is the conscientious explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individual patients» (8, s2).

I en bisetning blir vi henvist til å finne EBMs filosofiske røtter i det som hendte i Paris i første halvdel av 1800-tallet. Seks sider senere får vi vite at det er arbeidene til Louis, Bichat og Magendie forfatterne her sikter til. Dette er tre leger som på hver sin måte var med å forandre medisinen. Bichat (1771-1802) er kjent for sitt arbeid med patologisk anatomi og sin vevslære. Magendie (1783-1855) var opptatt av eksperimentell fysiologi, og Louis (1787-1872) begynte å bruke kontrollgrupper og statistisk metode innen legevitenskapen (13,14,15).

Når Sackett og hans medforfattere kaller disse legenes arbeid for EBMs «philosophical origin» viser det to ting: For det første at de etablerte den omtalte «gullstandarden» som har blitt et møns-ter for all senere kunnskapsutvikling innen medisin. For det andre indikerer det en snever forståelse av filosofibegrepet i dobbel forstand. Med det mener jeg at «filosofi» her bare henviser til idegrunnlaget for medisinen selv. I moderne tid er filosofi vanligvis forstått som en metavitenskap. Det vil si at den filosofiske teorien klarlegger og drøfter grunnprinsipper som er felles for alle vitenskaper. Fra et overordnet perspektiv setter filosofien, i denne betydningen, søkelys på de enkelte fagvitenskapene. Filosofisk teori gjør det dermed mulig å vurdere sammenhengen mellom den delen av virkeligheten som hver enkelt vitenskap beskjeftiger seg med og den metodikken som benyttes for å bringe frem mest mulig gyldig kunnskap om den delen av virkeligheten. Dermed er jeg ved den andre sneverheten, det at man, når man snakker om «the philosophical origin» bare fokuserer på metoden for den medisinske kunnskapsutviklingen, uten å filosofere over de fenomener eller det feltet metoden skal utvikle kunnskap om. Sackett med flere bruker altså ikke filosofibegrepet for å si noe om medisinens virkelighetsforståelse eller drøfte dens metodikk i en vitenskapsteoretisk sammenheng. For dem er det nok å vise til at Bichat, Magendie og Louis gjennom sine arbeider satte standard for all senere medisinsk forskning, uten å vurdere hvilken del av virkeligheten som utforskes ved hjelp av denne «gullstandarden» og hvor gyldig det som måles ved hjelp av standarden er for denne virkeligheten.

Til tross for disse innvendingene mot den måten Sackett med flere bruker filosofibegrepet på, blir det på et annet plan svært meningsfullt at de bruker det. Slik jeg ser det, skapte de tre legene ikke bare en metodisk standard for den medisinske forskningen vi kjenner i dag, de la grunnlaget for fagets identitet og selvforståelse. Gjennom sine måter å arbeide på, skapte de normen for vitenskapelighet innen den medisinske kulturen. Eller kanskje riktigere - de var med å skape denne kulturen. Normen er eksplisitt og implisitt overført fra generasjon til generasjon av leger og forskere som en "naturlig" måte å tenke og handle på. Derfor vil jeg i det følgende presentere noen sentrale trekk ved Bichats, Magendies og Louis' arbeid.

Døden, blikket og stedet
Dette er min kortversjon av Bichats metodiske tilnærming. Målet for arbeidet hans var å få mest mulig sikker kunnskap om sykdom og sykdomsprosesser. Foucault, som i «The Birth of the Clinic» (16) har skrevet om hvordan den moderne medisinen oppsto, legger vekt på at legevitenskapen skiftet retning med Bichat. Tidligere var legenes vurdering av pasientens sykdom og prognose basert på kunnskap innsamlet ved sykesengen. Legene observerte den syke og sammenlignet det de så med liknende tilfeller de hadde sett tidligere eller hørt om fra kolleger. Ved å se etter samsvar og mønstre i symptombildene kunne de gjøre vurderinger om sykdomsutvikling og behov for behandling.

For Bichat var ikke dette godt nok. Han var ute etter mer sikker kunnskap om sykdom. I begynnelsen av 1800-tallet ble det lettet på de religiøse restriksjonene med hensyn til obduksjon av døde mennesker. Det ble Bichats mulighet. Han utførte mer enn 600 obduksjoner, og kunne ved selvsyn konstatere synlige sykdomsforandringer i organer og vev, det endelige beviset på tilstedeværelse av sykdom. Bichat nøyde seg ikke med å se på organer. Han identifiserte 21 ulike typer vev og kunne vise hvordan sykdom forandret samme type vev, selv om det var lokalisert i ulike organer. Fra nå av ble derfor vevet regnet som den grunnleggende anatomiske enheten. (16 s122-199,17). Senere har denne prosessen fortsatt nedover og innover til celler, celleorganer og så videre.

Fakta og bevis
Magendie regnes som pioner innen eksperimentell fysiologi. Ved å isolere og kontrollere livsprosessene gjennom å skape standardbetingelser i laboratoriet, gjorde han viktige oppdagelser, blant annet om nervesystemets baner. Han opponerte mot vitalismen, en retning innen medisinen, som gikk ut i fra at det fantes en egen livskraft i levende organismer som ikke var tilstede i ikke-organisk natur (18). Magendie mente at begrepet «livskraft» var et ord som måtte forklares, og at ingenting kunne forklares uten eksperimenter på levende dyr. Det alene hadde beviskraft (13). Gjennom kontrollerte eksperimenter fant han også frem til den lokale virkningen av ulike medikamenter. «Vitenskapens mål» sa han, «er å erstatte fenomener med fakta og inntrykk med bevis» (14 s140).

Kontrollgrupper og statistikk
Louis var på jakt etter mer sikkerhet i behandlingen av pasienter. Han arbeidet på et sykehus for lungesyke og søkte å skaffe bevis for den effekten årelating hadde på ulike lungelidelser ved å ha en kontrollgruppe som ikke fikk årelating. Det var imidlertid problematisk, fordi ingen på den tiden turte å la være å årelate lungepasienter. Derfor undersøkte han i stedet to grupper pasienter som ble årelatt på ulike tidspunkt etter sykdomsdebut. Han kvantifiserte funnene, og får æren for å innføre statistisk metode i medisinen. Louis mente at teorier og resonnementer bare kunne bevises gjennom grundig statistisk analyse av medisinske bevis og at statistikk kunne brukes til å gi overbevisende resultater der man ikke kunne utføre eksperimenter (13,14,15).

Objektivitet og kontroll
Det er altså framveksten av den patologiske anatomien, den eksperimentelle fysiologien, det kontrollerte forsøket og de statistiske beregningene som danner grunnlaget for den moderne medisinen. Det er de synlige sykdomsforandringene som fra nå av gjelder som bevis på sykelige tilstander. Med andre ord, det er ved å studere de merkene sykdommen har satt på kroppens organer og vev at legene får vite sannheten om sykdommen. Det er legens observasjon av den døde pasientens organer og vev som gir sikker og objektiv kunnskap. Gjennom det blir lokalisasjonen for de sykelige forandringene et sentralt anliggende i den diagnostiske prosess. Samtidig skyves pasientens subjektive symptomer i bakgrunnen. For å dokumentere effekt av behandling er det ikke lenger nok å spørre pasienten om hvordan han har det. Fra nå av flyttes fokus til sammenligning med kontrollgrupper og kvantifisering av forskjellene på ulike målbare variabler ved hjelp av statistisk analyse. Det er altså ved å gjenskape og kontrollere livsprosessene i laboratoriet og bruke kontrollgrupper at man mener å få sikker kunnskap om hvordan kroppen fungerer og medikamenter virker. Sykdom betraktes med andre ord som biologisk fenomen og fremstår som naturgitt kategori ut ifra hvordan den manifesterer seg i vev og organer.

At denne måten å tenke på er implisitt tilstede innen dagens medisin får vi bekreftelse på i følgende sitat av de danske legene Wulff og Gøtzsche, sistnevnte leder av Det Nordiske Cochrane Center:

«Vi er nu så indlevet i det tankesæt, der rodfestedes i begyndelsen af 1800-tallet, at det er svært at fatte, i hvor høj grad der var tale om revolusjonær nytænkning. Tidligere var sygdommen blevet identificeret med patientens sygdomsbillede, inklusive de subjektive symptomer, men nu blev den i stedet anskuet som noget, der var lokaliseret et sted inne i kroppen i form av en patoanatomisk læsion. Man interesserede sig naturligvis fortsat for patienternes subjektive symptomer, men fra nu af så lægen det som sin opgave at forklare symptomerne ved påvisning af abnorme objektive fund. Objektivitet blev et tegn på videnskabelighed» (19 s63).

Et annet sted i boken heter det:
«Tidligere var seksjons- (obduksjons-) hyppigheten på danske hospitaler meget høj, hvilket bevirkede en løbende kvalitetssikring av klinikernes virke» (19 s107).

Oppsummerende: For å finne opphavet til EBM henvises vi til den medisinske vitenskapens vugge i Paris tidlig på 1800-tallet. Gjennom den patologiske anatomien, den eksperimentelle fysiologien, det kontrollerte forsøket og statistikken etableres her malen for hvordan man kan frembringe «sikker» og «objektiv» kunnskap om sykdom og behandling. Selv om medisinen i dag er helt annerledes, er den tro mot det vitenskapsidealet fra den gang. Det er objektiv kunnskap basert på «sikre», hovedsakelig visuelle data som gjelder. Konkrete, påvisbare sykdomstegn har forrang framfor pasientens subjektive symptomer. Det festes mer lit til sykdomstegn som produseres i laboratoriet enn til det som oppleves ved «sykesengen». De tallene som statistikken kan frembringe har større «beviskraft» enn pasientens utsagn. Det er når det levende, uberegnelige livet kontrolleres, i laboratoriene eller ved hjelp av døden, at man har muligheten til å få fram den «sikreste» kunnskapen om kropp og sykdom.

Ut fra dette kunnskapsidealet har det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket, i alle dets varianter, vokst fram. Blikket som observerer sykdomsforandringer i organer og vev er ved teknologiens hjelp blitt enda skarpere, raskere og sikrere gjennom røntgenutstyr, computertomograf, skop tilpasset ulike organer, og ultralydapparatur. Ved hjelp av stadig mer «følsomt» laboratorieutstyr og bedre og mer nøyaktige statistiske systemer oversettes og abstraheres sykdomsforandringer i vev og kroppsvæsker til vitenskap-ens språk, og framtrer med det enda mer konkret og overbevisende som «fakta».

Hva er «fakta»?
«Fakta» synes altså å være målet for den metodiske veien som Bichat, Magendie og Louis staket ut. «Faktum» er et begrep vi har hentet fra latin og som viser til en kjensgjerning som bygger på håndgripelig bevis. Den medisinske vitenskapen leter etter «bevis» for sykdomsprosesser og behandlingseffekter. Ved å følge de strenge metodiske kriteriene som ligger i forlengelsen av Bichat, Magendies og Louis arbeid mener man å sikre at «fakta» fremtrer mest mulig upåvirket av tilfeldigheter og forskerens subjektivitet. Ved å skape standardbetingelser i laboratoriene og korrekt sammensetning av test- og kontrollgrupper, får man den mest «pålitelige» kunnskapen. Målet synes altså hele tiden å være å avdekke «fakta» - fravriste naturen, objektivt påviselige og reproduserbare «fakta». Men er det det man gjør? Avdekker den medisinske vitenskapen fakta eller skaper den fakta? Jeg vil komme tilbake til dette i neste artikkel.

La meg gjøre det klart: Hensikten min med å stille disse spørsmålene er ikke å mistenkeliggjøre intensjonene med den medisinske forskningen eller etableringen av EBM. Jeg har ingen grunn til å tvile på dens mål om å søke etter et stadig bedre grunnlag for å forstå, kurere og forebygge sykdom. Og på mange områder har man oppnådd stor suksess med denne metoden. Samtidig mener jeg at det er behov for å se nærmere på grunnlaget for denne forskningen. For å gjøre det nytter det ikke å gå dypere inn i det Sackett kaller det filosofiske grunnlaget for EBM. Vi må heller prøve å se det fra et metapers-pektiv. I neste artikkel prøver jeg å gjøre det ved å trekke inn tanker om vitenskapelig virkelighet og sosialantropologiske studier av slik virkelighet.

Litteratur

1. Jamtvedt G, Røsberg A: Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen. Fysioterapeuten 1999, 66(3), 10-6.
2. Jamtvedt G, Hilde G, Risberg MA: Kunnskapsbasert fysioterapi. Forutsetter brobygging mellom praksis og forskning. Fysioterapeuten, 2000, 67(1), 22-5.
3. Hilde G, Jamtvedt G: Kunnskapsbasert fysioterapi. Første trinn er å formulere gode spørsmål. Fysioterapeuten 2000, 67(2), 19-21.
4. Jamtvedt G, Hilde G, Nordheim L: Kunnskapsbasert fysioterapi - å lete etter forsk-ningsbasert kunnskap. Fysioterapeuten 2000, 67(3), 15-20.
5. Jamtvedt G, Hilde G: Kunnskapsbasert fysioterapi – introduksjon til kritisk vurdering. Fysioterapeuten 2000, 67(5), 19-22.
6. Jamtvedt G, Hilde G: Kunnskapsbasert fysioterapi – kritisk vurdering av et randomisert kontrollert forsøk, RCT. Fysioterapeuten 2000, 67(6), 7-12.
7. McKibbon KA, Wilczynski NL, Walker-Dilks CJ: How to search for and find evidence about therapy. Evidence-Based Medicine 1996, 1, 70-2.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
9. Gray JAM: Evidence-based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1996.

10. Levi R: Evidensbaserad sjukvård. Vård på säkrare grund. Lund, studentlitteratur, 1998.
11. Landrø MI, Wangensteen B (red): Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok. Oslo, Universitetsforlaget, 1988.
12. Nylund HK: Forskning er relevant! Fysioterapeuten 1999, 66(3), 8-9.
13. Gotfredsen E: Medicinens historie (3utg). København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch, 1973.
14. Margotta R: Medisinens Historie. Oslo, Notabene Forlag, 1996.
15. Nilsson I, Peterson HI: Medicinens Idehistoria. Stockholm, SNS Förlag, 1998.
16. Foucault M: The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception. London, Routledge, (1973) 1993.
17. Encyclopedia America, International Edition. New York, Americana corporation, 1965.
18. Holmestrand A, Strømer L, Tvedten E, Vogt H (red): Aschehougs konversasjonsleksikon nr 19. Oslo, Aschehoug & co, 1974.
19. Wulff HR, Gøtzsche PC: Rationel Klinik (4 utg). København, Munksgaard, 1997.

Fysioterapeuten nr. 11/2000:

Med «kunnskapsbasert fysioterapi» baklengs inn i fremtiden?

Medisinen – et fag i strid med seg selv

Britt Vigdis Ekeli, Høgskolen i Tromsø, Fysioterapeututdanningen.

Dette er andre artikkel i en serie på fire som setter kritisk søkelys på «kunnskapsbasert fysioterapi». Den forrige artikkelen gjennomgikk rasjonalet for det evidensbaserte kunnskapssystemet. Forfatteren la spesiell vekt på å beskrive etableringen av forskningsidealet som systemet bygger på: det randomiserte kontrollerte forsøket.

Intensjonen med forskningen er å avdekke objektive «fakta» ved sykdom og den menneskelige kroppen. Men er det det den gjør? Og hva er «fakta»?
I denne artikkelen prøver jeg å svare på disse spørsmålene. Først vurderer jeg evidensbasert medisin (EBM), som er utgangspunktet for «kunnskapsbasert fysioterapi», i forhold til tanker om vitenskapelig virkelighet. Deretter ser jeg EBM i forhold til en bit av virkeligheten i dagens helsetjeneste, ved å presentere data fra en undersøkelse jeg har utført. Som del av et større arbeid har jeg snakket med allmennpraktiserende leger om deres erfaringer med fibromyalgipasienter. På bakgrunn av spriket mellom de verdiene og normene EBM bygger på, og de utfordringer disse legene mener at mennesker med kroniske muskulære smertetilstander representerer, stiller jeg spørsmål om medisinen er et fag i strid med seg selv.

Virkelighet og vitenskap

I forrige artikkel viste jeg at EBMs røtter er solid plantet i den medisinske vitenskapen. Filosofen Schutz (1) og sosiologen Bourdieu (2) gjør begge et poeng av at vitenskapen representerer en særegen form for virkelighet. Når forskeren utøver sin virksomhet, settes dagliglivets virkelighet i parentes. Det vil si at han trer inn i en virkelighet som styres av andre normer, motiver, forutsetninger og forforståelser enn dagliglivets (2).

Men både vitenskapens verden og dagliglivets verden er befolket med de samme menneskene. Er det da ikke en overdrivelse å snakke om skilte meningsunivers? At vitenskapen har sine egne prosedyrer og regler for å få frem resultater, er både forståelig og rimelig. Likevel vil jeg med støtte i Schutz og Bourdieus tanker hevde at det randomiserte kontrollerte forsøk – ofte omtalt som «gullstandarden» innen EBM – representerer, opprettholder og reproduserer den medisinsk-vitenskapelige virkeligheten, forskjellig fra dagliglivets virkelighet.

Det som preger dagliglivets virkelighet er at den er subjektiv og intersubjektiv. Den er vår felles virkelighet, som skapes og utvikles gjennom samspill mellom tenkende, handlende, kroppslige, følende og meningssøkende mennesker. Med andre ord, den er relasjonell. I vitenskapens virkelighet settes forskerens subjektivitet til side og forskeren etablerer et forhold til sitt «objekt» på «gullstandardens» premisser. I objektstatusen forsvinner også den eller de utforskedes subjektivitet. Med bakgrunn i forskningsproblemet gjøres bare visse deler av «objektet» relevant i situasjonen, andre deler som kan virke forstyrrende inn på observasjonene og målingene kontrolleres og resten er irrelevant.

Så vidt jeg kjenner til har problemstillinger knyttet til denne transformeringen – fra pasient, i en virkelighet, til «forsk-ningsobjekt» i en annen – vært lite drøftet. Hvor gyldige er forskningsresultater som er skapt av vitenskapelige normer innenfor den virkeligheten pasienten befinner seg i? Hvilke fenomener knyttet til menneskers sykdom og helse kan medisinsk vitenskap egentlig utvikle kunnskap om, når metoden krever at «den menneskelige faktor» fjernes fra forsk-ningsobjektet? Medisinens empiristiske grunnsyn snevrer synsfeltet for forskningen inn til observerbare fenomener, fortrinnsvis slike som kan skaleres på en eller annen måte. Dermed faller mye av det som gjør oss til mennesker, det som er del av vår intersubjektive virkelighet, utenfor vitenskapens synsfelt. Om mennesket som relasjonelt vesen ikke er interessant for den medisinske forskningen, er vi det uansett selv om vi i vitenskapens virkelighet omdannes til «objekter».

Den medisinske vitenskapens virkelighet

Det er mange sider ved den vitenskapelige virkeligheten som samsvarer med det sosialantropologiske kulturbegrepet. Med andre ord, medisinsk vitenskap kan forstås som en egen kultur, befolket med leger og forskere. En kultur med egne verdier, normer og mønstre for tenkning og handling som regulerer atferden, og

som overføres fra generasjon til generasjon som «selvfølgelige» måter å oppfatte og forholde seg til virkeligheten på.

Å skape fakta

Ut fra en slik forståelse dro filosofen Latour på feltarbeid til et meget kjent og prestisjefylt medisinsk forskningslaboratorium i USA. I de to årene han oppholdt seg der gjorde han nøye nedtegninger av alt som skjedde i laboratoriet. Han observerte hvordan vevsprøver, hovedsakelig fra dyr, kom til laboratoriet og ble behandlet og renset ved hjelp av ulike kjemikalier og tekniske innretninger gjennom et uttall av prosesser. De ekstraherte og syntetiserte substansene ble så sendt gjennom spektrografer, computere og så videre, og kom ut som kurver og tabeller. Formene på disse avgjorde om eksperimentene hadde vært suksessfulle eller ei. Når man oppnådde det ønskete resultatet, var prosessen i laboratoriet slutt. Det vil si, når de substansene man søkte hadde manifestert seg gjennom diagrammer med spesielle former, hadde de bevist sin eksistens og ble betraktet som «fakta». Senere ble disse «faktaene» publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Latour analyserte materialet sitt sammen med sosiologen Woolgar og konkluderer med at det forskerne i hovedsak gjør, er selv å skape, produsere og reprodusere naturens skjulte «fakta» (3).

Å forme virkeligheten

Sosialantropologen Byron Good kom til samme konklusjon etter å ha jobbet med medisinsk antropologi i mange år (4). Ved School of Medicine ved Harvard University gjorde han en studie hvor han fulgte studentenes utdanningsprosess over flere år. Hans teoretiske utgangspunkt var filosofen Cassirers tanker om hvordan ulike virkeligheter, i likhet med kulturer, formes etter de normene eller prinsippene som anses sentrale. Mennesket blir en del av den aktuelle kulturen gjennom praksis, det vil si ved å utføre handlinger som tar utgangspunkt i, og bygger opp under de sentrale normene. Dette kaller han «formative praksiser» (5,6). I det perspektivet kan legeutdanningen betraktes som «formativ praksis» der medisinens normer blir internalisert. For å undersøke medisinsk kultur og virkelighet bruker Good legestudentenes egne beskrivelser av hvordan de lærer medisin, og hva som skjer med deres oppfatning av kropp og sykdom i løpet av studiet (4).

I sin analyse fokuserer Good på «seeing», «writing» og «speaking» som viktige deler av den formative praksisen». Gjennom disse aktivitetene lærer studentene å se, forstå, og uttrykke seg om virkeligheten på en medisinsk måte (4 s71). Det å utdanne seg til lege blir ofte sammenlignet med det å lære et fremmed språk, men det dreier seg om noe langt mer enn å lære nye ord på ting i dagliglivets verden. En av studentene formulerte det slik: «... because learning new names for things is to learn new things about them» (4 s74).

I utdanningen lærer studentene å se på kroppen på en bestemt måte, eller rettere, de lærer å forholde seg til en kropp som er skapt i medisinens bilde. Det er en kropp som er forskjellig fra den som er uttrykk for levd og levende liv. Den er annerledes enn den kroppen som er oss i det daglige livet, den som bærer våre tanker, fremtidsdrømmer og erfaringer, som samhandler med andre mennesker og interagerer med miljøet omkring oss. Gjennom det medisinske blikket blir kroppen vurdert som det biologiske grunnlaget for sykdomsprosesser. Mennesket blir ikke bare vurdert, men konstruert som «et medisinsk tilfelle», en pasient, i forhold til normene i den medisinske kulturen. «This reconstruction of the person is essential to a student becoming a competent physician» (4 s73). Ikke slik at de erfarings- og atferdsmessige sidene av menneskers liv blir oversett, i hvert fall ikke av gode klinikere, men de blir betraktet som noe som ligger utenfor det virkelige interessefeltet for medisinen (4 s70).

Good dokumenterer gjennom sine analyser hvordan medisinen skaper sitt objekt og hvordan legeutdanningen «...is a process of coming to inhabit a new world.»(4 s70). I vårt hjemlige fagmiljø tar Eline Thornquist opp de samme problemstillingene i sin siste bok: «Klinikk, kommunikasjon og informasjon» (7).

Oppsummert: Ved å innta et metaperspektiv på medisinen ser vi at den metodiske «gullstandarden», som medisinske forskere selv karakteriserer som EBMs filosofiske grunnlag, ikke bare avslører biologiske «fakta». Det er en metode som i stor grad skaper sine egne «fakta». Det vil si at «fakta» er produkter av handlinger og prosesser som er utført i tråd med medisinens egen logikk. Dette er prinsipper som har sin gyldighet innenfor et medisinsk meningsunivers. Hvordan fungerer disse prinsippene og «faktaene» som grunnlag for å forstå syke mennesker og deres lidelser? Jeg vil i det følgende antyde et mulig svar på dette spørsmålet ved å referere litt fra deler av mitt eget materiale fra fibromyalgiprosjektet.

«Det viser seg at det fins ikke objektive kriterier i klinisk praksis»

Intensjonen med prosjektet var i utgangspunktet å se på forholdet mellom biomedisinen og mennesker med kroniske muskelsmerter. Bakgrunnen var en undring over at medisinsk forskning, som synes å ha hatt så stor suksess med å identifisere og kurere mange sykdommer, ser ut til å komme til kort når det gjelder å forstå og kunne hjelpe mennesker med denne typen plager. Jeg valgte å fokusere på fibromyalgi fordi dette er en lidelse

det har vært forsket relativt mye på de siste 20-30 årene. Den manifesterer seg ikke gjennom objektive tegn, verken på røntgenbilder eller i blodprøver, men er karakterisert ved vedvarende kroppslige smerter og tretthet. Fibromyalgi er klassifisert som en symptomdiagnose i International Classification of Primary Care (ICPC), og en syndromdiagnose i the International Code of Diagosis (ICD) (8). Medisinske eksperter har utviklet et sett med kriterier som må oppfylles for at diagnosen kan stilles:

«... basert på størst mulig statistisk sannsynlighet for at en gruppe pasienter som man på forhånd trodde hadde diagnosen, skulle få den. Det må være generaliserte smerter av en viss varighet spredt til de fleste av kroppens områder. Videre må 11 av 18 nærmere spesifiserte tenderpunkter gi smerter ved palpasjon av fire kilos trykk.» (9 s20).

Dette gir fibromyalgi, slik jeg ser det, en interessant mellomposisjon. På den ene siden er den anerkjent som diagnose i det medisinske klassifikasjonssystemet, på den andre er den ikke en «riktig» diagnose.

Jeg samlet informasjon, hovedsakelig gjennom samtaler, ustrukturerte dybdeintervju, med 15 kvinner med fibromyalgi og syv tilfeldig utvalgte allmennpraktikere fra samme region som kvinnene. Dessuten var jeg deltagende observatør under en to ukers helsereise arrangert av Norges Fibromyalgiforbund (NF). Jeg hentet også informasjon fra skriftlig materiale i form av medisinske forskningsrapporter og organet til NF, «Fibromyalgi» (10).

Hypotesen før jeg startet prosjektet, var at legene har den samme forståelsen av fibromyalgi som den som formidles i medisinske forskningsrapporter. Jeg forventet også samsvar mellom «fibromyalgi-informantene» og det synet som bæres frem i «Fibromyalgi». Slik var det ikke. Jeg fant en slags «meningsallianse» mellom budskapet i medisinsk litteratur og «Fibromyalgi», og mellom «fibromyalgi-kvinnene» og allmennpraktikerne. Jeg kommer tilbake til dette etter presentasjonen av noen av tankene som de syv allmennlegene, tre kvinner og fire menn, delte med meg.

De usynlige smertene

Noe av det som kjennetegner fibromyalgi er altså at medisinsk forskning ikke har funnet kroppslige tegn som kan bekrefte et biologisk grunnlag for pasientens smerter. Her er legenes tanker om de usynlige smertene. Alle navne er fiktive.

«Jeg velger å høre på det de sier, jeg velger å tro på det de sier. ... det er også veldig konsistente svar de kommer med på spørsmålene mine, de er ikke avvikende, man får ikke mistanke om at de simulerer.» (Hagen)

«Hva slags gevinst har de av å late som de har vondt? De har ikke noen gevinst av å late som de har vondt. Den eneste det går ut over er dem sjøl, så hvorfor skal de ikke fortelle sannheten?» (Hansen)

«Jeg oppfatter det som helt reelle smerte. ... Jeg oppfatter at de har vondt, og at det er smerter som plager dem så mye at det påvirker hverdagen deres.» (Lund)

Disse utsagnene forteller at legene mener at pasientenes smerter er reelle. Det er imidlertid interessant å se hvordan de begrunner dette standpunktet. De bruker begreper som «oppfatter...som, velger å høre..., velger å tro...», og resonnerer seg fram til det. Jeg antar at de hadde brukt andre ord hvis de kunne begrunne smertene ved å vise til funn på et røntgenbilde. Ikke desto mindre mener de at smertene er reelle. På hvilket grunnlag gjør de det? For det første lytter de til det pasientene formidler, de ser og oppfatter at de har det vondt. I tillegg bruker de «teori» og forforståelse fra dagliglivet: Pasientene svarer konsistent på alle spørsmålene de stiller. Erfaringer fra dagliglivet og jussen sier at det da er grunn til å feste lit til uttalelsene. Dessuten – hvilken gevinst har pasientene av å late som de har vondt? I siste instans er det jo bare de selv det går utover.

Dokumentasjon i praksisfeltet

Krav til dokumentasjon av «medisinske sannheter» er gitt i «gullstandarden» – det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket. Standardisering og objektivitet er sentrale begreper i denne sammenhengen. Hvordan stemmer dette overens med den kliniske hverdagen til informantene mine?

«... altså først har jeg en samtale, først så kommer de ofte med problemene, ikke sant. Og så skjønner jeg at dette er mer omfattende enn det de hadde tenkt og det jeg hadde trodd når de bestilte time. Så snakker vi så langt vi rekker på den første timen, også pleier jeg å sette av en egen time, 20-30 minutter, til bare samtale. Da snakker vi om hvordan det begynte og hvor det først satte seg fast, og hva de trodde det var, og hva slags behandling de fikk, og hvordan det har bredt seg utover....Også har vi ofte en time da, kort tid etterpå hvor jeg tar en full klinisk undersøkelse. Så sier jeg da noe om hva jeg tenker om det jeg finner...» (Hagen)

«Man prøver å høre om – fiske litt om det kan være noe – om de har noen sosiale problemer, om det kan være på arbeidsplassen eller hjemme. Om de har noen traumer, noen skikkelige belastninger, ja eventuelt med barna og sånne ting, også andre traumer, tapsopplevelser og masse sånt rart.» (Holm)

«Jeg syns jo for så vidt at anamnesen er jo kanskje det som er vel så viktig som at de har disse triggerpunktene... Du må være overbevist om at du skjønner problemet sånn at du ikke tviler på at de har vondt, for det har også vært et problem, at de ikke har blitt tatt helt på alvor...Den viktigste delen av behandlingen er å prate og forklare hvordan man oppfatter at dette henger sammen. Og da er det jo veldig ofte at det er helt tydelig at det har de på en måte tenkt på sjøl, eller at de nesten har tenkt på det, det er jo enkelte brikker som faller på plass, ja det er tydelig at du møter dem hjemme, og du får nesten verifisert diagnosen på den måten også...Det viser seg at du har jo ikke sånn derre objektive kriterier i praksis, men du har jo nedsatt bevegelighet og sånne ting som du kan dokumentere ved klinisk undersøkelse. Selv om du ikke får noen objektive funn ved laboratoriesvar og røntgen.» (Moe)

Vi ser at legene er opptatt av dokumentasjon i den praksisen de driver. Når en av dem legger vekt på at hun allerede fra første møte med pasienten, før prøvesvar og søkning i EBM-basen, «skjønner at dette er mer omfattende...enn det jeg hadde trodd da de bestilte time», er det imidlertid noe annet enn objektiv «faktakunnskap» som ligger til grunn for vurderingen. Dokumentasjonen av pasientens plager kan, ut fra disse sitatene, knyttes til tre forhold: Dialog, kontekstualisering og klinisk undersøkelse. Vi ser at alle, eksplisitt eller implisitt, betrakter samtalen og kontakten med pasienten som sentral. De understreker viktigheten av at de skjønner pasientens problem og får innsikt i hvordan pasienten selv forstår problemene sine. Å få tak i den sammenhengen plagene inngår i, fremheves også gjennom vektleggingen av anamnesen. Den kliniske undersøkelsen er sentral i dokumentasjonen av kroppslige forhold. Det uttrykkes tydeligst av Moe, som også stiller spørsmål ved relevansen av objektive kriterier i praksis.

Ser vi på de begrepene legene bruker, finner vi ord som «å skjønne problemet», «prøve å høre om», «fiske litt» og «oppfatter at dette henger sammen». Dette er utsagn som er knyttet til subjekt-opplevelser, sansninger og kognisjoner i intersubjektive sammenhenger. Gjennom ordsammenstillingen «dokumentere ved klinisk undersøkelse» gis dokumentasjonsbegrepet et annet innhold enn det som ligger i «gullstandarden». De legene jeg snakket med fant altså den nødvendige dokumentasjonen for kroppslige plager ved å inngå i et kommunikasjonsfellesskap med pasienten i den kliniske undersøkelsen.

Diagnosen

I løpet av de siste vel 20 årene har mye «gullstandard-designet» medisinske forskning vært rettet mot å finne objektive tegn som kan bekrefte fibromyalgi-diagnosen. Selv om flere funn er gjort, blant annet med hensyn til endring i konsentrasjonen av nevrotransmittere, har man så vidt jeg vet, ennå ikke oppnådd resultater som er tilfredsstillende nok til å fastslå sikre diagnostiske tegn. Til tross for dette er altså fibromyalgi etablert som diagnose med plass i de internasjonale diagnosesystemene. Det kan på den ene siden tolkes som en anerkjennelse av det kliniske bildet som pasienter med utbredt kroppslig smerte og tretthet representerer. På den andre siden kan det ses som et uttrykk for medisinens behov for å klassifisere de fenomenene den forholder seg til, selv om det betyr å gå på akkord med egne vitenskapelige kriterier. Overbevist om diagnosens betydning innenfor medisinsk praksis og forskning ble jeg derfor overrasket over de synspunktene informantene mine formidlet:

«Det er sjelden at jeg gir pasienter diagnosen fibromyalgi. Jeg liker best å snakke om kronisk smertesyndrom, eller spenningssyndrom...Jeg synes at et kronisk smertesyndrom og en del forklaringer omkring hvordan jeg oppfatter at et sånt syndrom har oppstått, er et mer fruktbart utgangspunkt for samarbeid med pasienten...Jeg kan jo alle de her tradisjonelle kriteriene for fibromyalgi. Jeg er ikke så forferdelig opptatt av om det er mange nok triggerpunkter eller ikke...Det er veldig mange som har det samme, fellespunktet for dem alle er at de har for stor belastning ut fra sine egne forutsetninger.» (Lund)

«Jeg synes de formelle kravene til fibromyalgidiagnosen er sånn diffuse...og jeg er veldig i tvil om den diagnosen vil hjelpe dem, jeg tror antagelig at det ikke vil hjelpe...Jeg bruker aldri den diagnosen, min erfaring er at det blir så kronifiserende… Kroniske muskelsmerter bruker jeg.» (Aas)

«Jeg synes ikke at det er så veldig mange som passer inn i det klassiske fibromyalgi-bildet, Jeg bruker ikke fibromyalgi som diagnose overfor trygdekontorene, jeg bruker kronisk smertesyndrom, og så beskriver jeg nærmere hva det gjelder. Da sier jeg hvor det sitter. Jeg beskriver en utvikling av smerter og myalgier som går over tid, som ikke går tilbake, som ikke viser tegn til bedring. Jeg synes ikke at det galt å gjøre det sånn...Når det gjelder objektive tegn, så finner du jo ofte noe da. Du finner ofte smertefulle punkter, og du finner det igjen og igjen på samme sted. Jeg synes når ting har stått en viss tid og vært så invalidiserende, da er det bra nok fra et medisinsk synspunkt.» (Hagen)

Legene forkaster stort sett fibromyalgidiagnosen og forklarer det ut fra to forhold: Det ene rettet mot diagnosen, den andre mot pasienten. Kriteriene for diagnosen oppfattes som diffuse og lite relevante for den pasientgruppen det gjelder. Lund er for eksempel mer opptatt av det hun oppfatter som felles for mennesker som har disse plagene, nemlig misforholdet mellom belastninger og forutsetningene til å tåle dem, enn å telle ømme punkter. Legene har erfart at diagnosen bidrar til å kronifisere problemene og hindre et fruktbart samarbeid med pasienten. Derfor foretrekker de å bruke mer dagligdagse begreper som kroniske muskelsmerter, kronisk smertesyndrom og spenningssyndrom på plagene. Det gir dem større mulighet til å etablere dialog med pasienten om forståelsen av smertene. Hagen mener til og med at en mer beskrivende fremstilling av symptomer og kliniske funn bør være akseptabelt, også fra et medisinsk synspunkt, og i forhold til offentlig forvaltning.

Problemforståelse og behandling
En viktig intensjonen med den medisinske forskningen er å lokalisere årsak og finne fram til effektiv behandling av sykdom. Informantene var også opptatt av bakgrunnen for plagene for å kunne hjelpe fibromyalgipasientene på en mest mulig hensiktsmessig måte:

«Du kan sette en sprøyte et bestemt sted som har vært veldig vondt, og det samme med fysioterapi, kan gå inn å få lavere spenning i muskulaturen i perioder. Men, de bakenforliggende årsaker, med den personligheten de er, og det livsforløpet dette mennesket har hatt, hvis man ikke får gjort noe med det, eller personen får innsikt i det, så vil spenningen bygge seg opp på nytt, så smertebildet kommer tilbake...Og da faller jo en del ting på plass. Da skjønner man at dette er en prosess som har pågått over mange år, kanskje hele deres voksne liv. Det er en sammenheng mellom den personligheten de har og hva de har vært igjennom i livsforløpet sitt, så det er på en måte å reversere det, det er ikke gjort på en, to, tre. Det kan ingen sprøyte eller noen medisin gjøre, det må i så fall være en langsiktig prosess som du kan starte på, og hvor det er håp om en gradvis bedring, men det er noe som man må være forberedt på kan ta tid, altså.» (Moe).

«Man ser jo hvilken type person de er, hvor samvittighetsfulle og pliktoppfyllende de er og, ja, det er ofte personer som ikke har stor grad av kontroll over ting...Så spør jeg en del om hvordan hverdagen deres er, hva slags forpliktelser de har og hva de gjør når de skal ta vare på seg sjøl. Og da er de ofte svar skyldig. Jeg har egentlig kommet til den erkjennelse gjennom mange år at, det som har vært gjort av forskning på fibromyalgi eller smertesyndrom, at konvensjonell medisin har ingenting å tilby dem, stort sett ingenting.» (Lund)

«For dette her er jo en sykdom, tror jeg, som liksom gjennom et langt samspill kan komme til en forståelse hos noen, og da føre til en bedring, ikke noe sånn dramatisk, men en langsom bedring slik at de føler at de får et litt bedre liv...For man må bruke mye tid, prate om ting, for forståelsen kommer så langsomt.» (Bakke)

«Folk som er vant til å bruke kroppen, de har en veldig stor beskyttelse. Jeg tror det beskytter mot å få sånne plager, det er jeg overbevist om. Det tror jeg går på at, jeg overfører i hvert fall veldig mye av sånn som jeg selv har det til mine pasienter, og jeg merker sjøl hvordan god fysisk aktivitet er den beste psykoterapi for meg, og jeg tror at det er sånn for folk flest. (Aas)

Jeg har ikke interessert meg for forsk-ning på fibromyalgi nå.. Jeg interesserte meg for det tidlig på 90-tallet, da var det liksom sånne mitokondrier, og de dissekerte det helt ned. Senere har jeg ikke lest så mye om det, nei...Hvis noen kunne komme opp med en god forklaring så ville jeg være veldig glad for det, men jeg tror vel at det er veldig mange forklaringer på sånne smerter... Jeg opplever at når jeg har gjort en grundig og god undersøkelse, og jeg sier til pasienten «nå er det ikke mer jeg kan gjøre, nå får vi snakke om hvordan du har det ellers», så godtar de fleste det og synes at det er greit.» (Hagen)

Forskningen på fibromyalgi har, i tråd med «gullstandardens» idealer, stort sett vært fokusert på å finne biologiske endringer som kan knyttes til årsak og føre til behandling. Mine informanter er opptatt av samspillet mellom pasienten som person og hennes eller hans omgivelser i dagliglivet. Sammenhengen mellom årsaksforhold og behandling får de fram ved å peke på at plager som er utviklet gjennom livsløpet ikke lar seg reversere på en, to, tre. I beskrivelsen av den behandlingen de har best erfaring med, legger de vekt på «å prate om ting, at personen får innsikt» i de sammenhengene plagene inngår i og at «forståelsen kommer langsomt».

Gjennom sitatene får vi også innblikk i legenes rasjonale for sin kliniske tilnærming. Ut fra sin erfaring er de kommet til den erkjennelsen at konvensjonell medisin ikke har noe å tilby disse pasientene. Når Hagen har brukt alle de metodiske tilnærmingene hun har med seg fra legeutdanningen, står hun igjen med, og i, dagliglivets intersubjektive virkelighet: «nå får vi snakke om hvordan du har det ellers». Denne virkeligheten er også sentral i Aas' tilnærming: «jeg overfører i hvert fall veldig mye av sånn som jeg selv har det til mine pasienter».

Oppsummerende vil jeg peke på tre forhold som kan bidra til å forstå den kliniske virkeligheten disse legene beskriver. For det første de begrepene de bruker. De er i hovedsak andre enn dem som er internalisert gjennom

medisinerstudiets praksis. Det kommer tydeligst fram i den massive forkastingen av diagnosen og dens kriterier. I stedet foretrekker de beskrivende ord. De mangler riktig nok den spesifisitet vi vanligvis forbinder med medisinsk nomenklatur, men er i følge legene bedre egnet til å gripe og begripe de fenomenene de ser i praksis. Disse begrepene ligger nærmere de som brukes i dagliglivets språk. Gjennom den måten de bruker språket på synliggjør legene seg selv som subjekter og behandlingssituasjonen som en intersubjektiv prosess. Dermed er vi ved det andre punktet. Legene betrakter, eller har som ideal, at konsultasjonen med disse pasientene bør være samspill og dialog. Det kommer blant annet fram i den vekten de legger på å skjønne pasientens problemer. Kommunikasjonsfellesskapet mellom pasient og lege fremstilles også som en viktig del av behandlingen; at pasienten utvikler innsikt i egne plager og samspillet mellom liv og plager. For det tredje får vi et innblikk i det rasjonalet som legene begrunner sin praksis overfor denne pasientgruppen i. Vi ser at fibromyalgipasientene er dårlig tilpasset de «redskapene» legene er utstyrt med. Derfor bruker de erfaringskunnskap, basert både kliniske erfaringer og erfaringer fra dagliglivet, som forankring for sine vurderinger.

Ut fra dette er det ikke så vanskelig å se «meningsalliansen» mellom allmennlegen og fibromyalgipasienten. Vi ser også spriket mellom medisinen, slik den fremtrer i forskningsrapporter, og den praksis som legene beskriver. Førstnevnte er et produkt av den vitenskapelige virkelighetsforståelsen, mens legene beskriver og bruker begreper fra en virkelighet som ligger nær dagliglivets. For å forstå «meningsalliansen» mellom budskapene i medisinsk litteratur og organet til NF, «Fibromyalgi», må vi trekke inn et nytt perspektiv, nemlig forholdet mellom medisin og samfunn. Fremveksten av den vitenskapelige medisinen bidro til å befeste medisinens stilling i samfunnet, og det virker som om den stadig styrkes. Medisinens virkelighetsforståelse er i stigende grad også blitt myndigheters og vanlige menneskers forståelse av kropp og sykdom (7,11,12,13,14). Det betyr etter hvert at forestillingen om synlige, objektive sykdomtegn er blitt et «allment krav» for å akseptere mennesker som syke. Synlige tegn som «beviser» at det er noe galt med kroppens biologi, gir sykdom legitimitet. Man får inntrykk av at det gjøres til et moralsk spørsmål (15). I dette perspektivet blir «meningsalliansen» mellom fibromyalgipasientenes interesseorganisasjon og den vitenskapelige medisinen mer forståelig.

Medisinen – et fag i strid med seg selv?
Det bildet av medisinsk praksis som legene tegner, stemmer dårlig overens med de kravene «gullstandarden» setter. I stedet for den objektive forsker som betrakter sitt objekt på en objektiv måte, møter vi her leger som gjør sine vurderinger på grunnlag av klinisk undersøkelse og samtale, basert på samhandling med pasienten. I stedet for å la seg styre av objektive kriterier legger de vekt på å skjønne pasienten. De har et reflektert forhold til diagnosebegrepet. For dem er det viktigere å bruke begreper som fungerer konstruktivt i samarbeidet med pasienten, enn definerte diagnoser som passer inn i medisinske klassifikasjonssystem. De foretrekker begreper som kan bidra til at pasienten utvikler forståelse for plagene sine, og bli bedre i stand til å leve med dem. Legene er ikke så opptatt av objektive sykdomstegn. For dem syntes det viktigere å se de kroniske smerteproblemene i et prosess-, samspills- og livsperspektiv. De går heller ikke av veien for å aktivisere sin egen erfaring og hverdagskunnskap i det diagnostiske og behandlingsmessige arbeidet.

Hvor representative informantene er for allmennpraktiserende legers forståelse av kroniske smerteproblemer er usikkert, så jeg skal passe meg for å trekke bombastiske konklusjoner. Utsagnene deres indikerer imidlertid at de praktiserer medisin på en måte som avviker ganske kraftig fra de idealene den medisinske forskningen bygger på, og som de har lært å kjenne gjennom studiet:

«Jeg mener at jeg tar pasientene på alvor, at jeg respekterer at dette er plager det er tungt å leve med, men for mange (leger) er det også litt fortvilende, dette blir kanskje litt på siden, men man har jo på følelsen at man ikke kan gjøre så veldig mye. Det er en erkjennelse jeg synes at jeg er kommet til. Når man kommer ut av doktorskolen, da skal man ut og helbrede, også finner man ut at med de her, så er det ikke så lett å helbrede.» (Lund)

Jeg aner fortvilelse, skuffelse og dessillusjon i dette utsagnet. Legen har brukt seks år av sitt liv på studiet for å kunne gå ut og helbrede. Så møter hun pasienter som ikke passer inn i den formelen for helbredelse som hun har lært. Det blir nesten et profesjonelt nederlag. Utdanningen har simpelthen ikke utstyrt henne med de redskapene hun trenger for å kunne hjelpe pasienter med kroniske smerter.

Dette kan tolkes som varianter av terrenget som ikke passer med kartet. Eller sagt på en annen måte: Det virker som om disse allmennpraktiserende legene og de medisinske forskere befinner seg på hver sin knaus i det medisinske landskapet. Det stemmer godt overens med EBMs syn på dette forholdet. En viktig intensjon med EBM-systemet er nettopp å bygge bro over kløften mellom forskning og praksis (16,17,18,19), slik at praksis kan bli mer forskningsbasert. Eller, sagt på en annen måte, systemet er laget for at legers faglige valg og handlinger i større grad skal ta utgangspunkt i kunnskap som er utviklet i tråd med vitenskapelige idealer og normer. Terrenget skal formes slik at det stemmer bedre med kartet.

Det er lett å skjønne at det er problematisk for medisinen å leve med «et gap» mellom forskning og praksis. Men, er EBM den beste løsningen på dette problemet? Svaret avhenger selvsagt av hvordan man forstår problemet. Er det hovedsakelig et problem for praksis – eller for forskningen? Sett fra sidelinjen virker det som om hele den medisinske kulturen med dens normer og idealer utfordres her. Jeg vil se nærmere på det i neste artikkel.

Litteratur

1. Schutz A: Collected Papers I. The Hague, Martinus Nijhoff, third unchanged edition, 1971.
2. Bourdieu P: Meditasjoner - Meditations Pascaliennes. Oslo, Pax Forlag A/S, 1999.
3. Latour B, Woolgar S: Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts. Princeton, Princeton University Press, (1979) 1986.
4. Good B: Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
5. Cassirer E: An Essay on Man. London, Yale University Press, (1944) 1992.
6. Cassirer E: Kulturvitenskapens logikk. Oslo, Pax Forlag A/S, (1936-41) 1994.
7. Thornquist E: Klinikk kommunikasjon informasjon. Oslo, ad Notam Gyldendal, 1998.
8. Gjesdal S, Kristiansen AM: Den norske fibromyalgi-epidemiens vekst - og mulige fall. Hva viser uførestatistikken?. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1997, 117, 2449-53.
9. Norges forskningsråd: Fibromyalgi. Nasjonal konferanse, Oslo, 27-28 september 1993.
10. Ekeli, Britt-Vigdis. Creating images. Interplay between life and body in chronic pain. A study of women with fibromyalgia. Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Tromsø, 1999.
11. Foucault M: The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception. London, Routledge, (1973) 1993.
12. Illich I: Medisinsk nemisis. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1975.
13. Michelsen K: Synålejomfruen og legevidenskabens menneskeoppfattelse. København, Munksgaard, 1989.
14. Berg O: Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A: Helsepolitikk og samfunn. Oslo, Tiden Norsk Forlag, 1978.
15. Shorter E: From Paralysis to Fatigue: a History of Ppsychosomatic Illness in the Modern Era. USA: Macmillian Inc, 1992.
16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
17. Gray JAM: Evidence-based Healthcare. How to make Health Policy and Management Decisions. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
18. Levi R: Evidensbaserad sjukvåd. Vård på säkrare grund. Lund, Studentlitteratur, 1998.
19. Jamtvedt G, Røsberg A: Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen. Fysioterapeuten 1999, 66(3), 11-6.

Fysioterapeuten nr. 12/2000:

Dette er den tredje artikkelen i en serie på fire som setter kritisk søkelys på «kunnskapsbasert fysioterapi». I denne artikkelen ser forfatteren nærmere på premissene for «brobyggerfunksjonen». Hvilke forutsetninger har evidensbasert medisin, EBM, for å fylle en slik funksjon? Er konstruksjonen av «EBM-broen» egnet til å bære «belastningen» fra et praksisfelt i endring, der helseproblemene synes å øke i kompleksitet og omfang? For å svare på dette sammenligner hun de prosedyrer og kriterier EBM-systemet bygger på med den analysen jeg gjorde av legers erfaringer fra allmennpraksis i forrige artikkel. Til slutt vurderer hun EBM-systemet i lys av Kuhns vitenskapsteoretiske perspektiv. De to første artiklene i serien sto i nr. 10 og 11/2000.

Med «kunnskapsbasert fysioterapi» baklengs inn i fremtiden?

Evidence Based Medicine som konserveringsmiddel

Britt Vigdis Ekeli, fysioterapeut og sosialantropolog, Høgskolen i Tromsø, Fysioterapeututdanningen.

I den forrige artikkelen så jeg på forholdet mellom medisinsk vitenskap og legers kliniske hverdag. Ved hjelp av teoretiske perspektiver fra filosofi og antropologi (1,2,3,4,5) argumenterte jeg for at medisinsk vitenskap kan forstås som en egen virkelighet med en annen rasjonalitet enn den som preger dagliglivet. Forsk-ningen er, i tråd med medisinens empiriske ideal, rettet mot å avsløre naturens «fakta» på en mest mulig «sannferdig» måte. Ut fra antropologisk forskning (5,6) hevder jeg at disse «fakta» i stedet kan forstås som produkter av medisinens egne normer og forsknings metoder. Den kliniske virkeligheten ble presentert gjennom utdrag fra intervju med syv allmennpraktiserende leger som viser at legenes tilnærming til mennesker med kroniske muskelsmerter er preget av en rasjonalitet som samsvarer dårlig med den medisinske virkelighetsforståelsen de har med seg fra legestudiet.

Dermed endte jeg tilsynelatende opp med den samme antagelsen som EBM bygger på, nemlig at det er en betydelig diskrepans mellom den kunnskapen som medisinsk forskning frembringer og den som leger anvender i sin praksis. Dette skal EBM gjøre noe med ved å være «brobygger» mellom forskning og praksis (7,8,9,10).

Evidens-basert medisin som brobygger

Når EBM blir fremstilt som broen som skal forene medisinsk forskning og klinikk, er det interessant. Det gir blant annet klar melding om hvilken side materialet til broen «må» komme fra. Dermed blir skillet mellom vitenskap og praksis implisitt definert som praksisfeltets problem. Problemet er at leger i en travel hverdag ikke har tid til å holde seg oppdatert om det som skjer på forskningsfronten. Uten videre dokumentasjon slås det fast at:

Clinicians who keep up to date with these advances in knowledge practice better medicine. Unfortunately, most of us don't. Given the extremely rapid growth of randomised trials and other rigorous clinical investigation, the issue is no longer how little medical practice has a firm basis in such evidence; the issue today is how much of what is firmly based is actually applied in the front lines of patient care (7b s7).

Derfor «trenger» leger et system som gir dem mest mulig informasjon på kortest mulig tid: the Cochrane Library og EBM-systemet:

We want to make it possible for busy clinicians seeking valid clinical bottom line ... to find more useful and valid summaries of evidence on a growing array of clinical topics, prepared and appraised according to uniform scientific principles (7a s6).

De fleste bøker om EBM er derfor «written for the busy practioner, .. short, lean and highly practical» (7b vi). Men er problemet at leger ikke har tid til å holde seg oppdatert om den nyeste forskningen? Bedres kvaliteten på helsetjenesten ved å utstyre dem med håndbøker for hvordan de skal innhente og bruke ny medisinsk kunnskap? Jeg mener at kløften mellom praksis og forskning er mye dypere og mer fundamental enn at noen relativt enkle retningslinjer kan skape forbindelse.

Slik jeg ser det har EBM-litteraturen ikke tatt konsekvensene av den metaforen de selv bruker om at forskning og praksis er skilt av et gap. Befinner man seg på hver sin side av et gap eller en kløft, befinner man seg på forskjellige steder i verden. Med andre ord, problemet er ikke primært misforholdet mellom den mengde forskningsresultater som produseres og den tiden leger har til å lese om dem. Som flere av mine informanter ga uttrykk for, dreier det seg om at forskningen ikke hjelper dem med å løse problemer de møter i praksis. Til tross for at mye av forskningen som blir presentert i EBM-systemet nettopp er hentet fra praksisfeltet, er det som kommer ut av denne forskningen resultater formet av den vitenskapelige prosessen. Det vil si at kunnskapen er skapt i vitenskapens bilde, av den vitenskapelige virkelighetens logikk, ikke av den rasjonaliteten som preger praksisfeltet.

«Sann og brukbar»
Denne overskriften er hentet fra retningslinjene for utvelgelse av forskningsresultater som kan presenteres i EBM-systemet. I tidsskriftet «Evidence-Based Medicine» er det en fast artikkel som heter «Purpose and procedures». Den referer til de en hver tid gjeldende mål og prosedyrer for EBM, og gir oversikt over de tidsskriftene som per dato er akseptert som kilder for oversiktsartikler utarbeidet av the Cochrane Collaboration. Intensjonen er å sammenfatte resultater fra undersøkelser som kan betraktes som «evidens»:

.. by selecting from the biomedical literature those original and review articles whose results are most likely to be both true and useful. These articles are summarised in value added abstracts and commented on by clinical experts (12 s162).

«Gullstandarden», det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket, er «kvalitetsmål» for de artiklene som vurderes. I tillegg er det en prosedyre i fire punkter og ni kriterier som må oppfylles for at artikler skal kunne integreres i systemet.

Ifølge prosedyren skal man a) ut fra gitte kriterier finne frem til de beste orginal- og oversikts artiklene om årsak, forløp diagnose forebygging, behandling, omsorgskvalitet og økonomi knyttet til helseproblemer innen syv nærmere angitte medisinske spesialist felt. b) De utvalgte artiklene gis «declarative titles», oppsummeres ved hjelp av sammendrag som beskriver hensikt, metode og resultat. c) Disse utstyres med «..brief, highly expert commentaries to place each of these summaries in its proper clinical health care context». d) Til slutt skal artiklene spres på en hensiktsmessig måte til klinikere på alle nivå. De ni kriteriene for bedømmelse og utvelgelse av artikler gir detaljert anvisning av hva man skal legge vekt på ved vurdering, avhengig av om det dreier seg om forebygging og behandling, diagnoser, prognose, årsak, kvalitetsutvikling eller videreutdanning (12 s163).

The Cochrane Collaboration er et verdensomspennende nett av sentre og forskergrupper som har som hovedoppgave å vurdere hvilke medisinske forskningsrapporter og artikler som presenterer de mest «sannferdige» og «brukbare» resultatene. Utvelgelsen av artikler som kan presenteres i EBM-systemets oversikts-artikler skjer etter strenge prosedyrer som skal sikre vitenskapeligheten. Men, hva er vitenskapelig kvalitet? Er det ensbetydende med «sann og brukbar» kunnskap i forhold til klinisk praksis? Vil det å «sile» artikler gjennom ulike «filter» av ekspertgrupper innen ulike medisinske områder, sikre at man står igjen med de forskningsresultatene som praksisfeltet har bruk for?

Diagnostisering på EBM- vis
Det tredje kriteriet for «Review and Selection for Abstracting», omhandler diagnose. Dette er valgt fordi det tematisk ligger nærmest de utdragene av allmennlegers praksiserfaringer som jeg fokuserte på i forrige artikkel.

For at forskningsrapporter fra studier rettet mot diagnostiserting skal kunne inkluderes i EBM-systemet må de oppfylle følgende:

3. Studies of diagnosis: clearly identified comparison groups, at least one of which is free of the target disorder or derangement; either objective diagnostic standard (e.g., a machine-produced laboratory result) or a contemporary clinical diagnostic standard (e.g., a venogram for deep venous thrombosis) with demonstrably reproducible criteria for any subjectively interpreted component (e.g., report of better-than-chance agreement among interpreters); interpretation of the test without knowledge of the diagnostic standard result; interpretation of the diagnostic standard without knowledge of the test result; and an analysis consistent with the study design (12 s162).

Kriteriet slår altså fast hvordan forsk-ningsobjektene skal grupperes, hva som kan aksepteres som diagnostisk standard og hvordan studien skal utføres. Ifølge kriteriet må studier av diagnostisering ha to eller flere veldefinerte testgrupper som kan sammenlignes. En av dem må ikke ha den diagnosen studien er rettet mot. Resultater frembrakt av laboratoriemaskiner aksepteres uten videre som diagnostisk standard. Rådende kliniske kriterier kan også godtas. Forutsetningen er da at alle de komponentene som innebærer subjektiv tolkning må

tolkes likt av flere, på en måte som sikrer at denne likheten beror på noe annet enn tilfeldighet. Dessuten må funnene påviselig kunne reproduseres. Som eksempel på «contemporary clinical diagnostic standard» nevnes venogram, det vil si røntgenbilder der en får frem blodårene ved hjelp av kontrastmiddel.

Hensikten med studiene skal være å undersøke diagnostiske tester i forhold til diagnostiske standarder. Til det kreves to sett med leger eller forskerne. Det ene skal, ut fra objektive eller kliniske diagnostiske standarder for den aktuelle lidelsen, plassere pasientene eller studieobjektene i de ulike testgruppene. Uten å kjenne til resultatet av denne «sorteringen» skal de andre, bruke testen til å gruppere de samme pasientene eller studieobjektene. Resultatene av denne tosidige tolkningsprosedyren skal så analyseres i tråd med de regler som gjelder for dette forskningsdesignet.

Det er mulig at noen vil oppfatte denne gjenfortelling som unødvendig, utidig og kanskje uriktig. Den er motivert ut fra mitt eget behov for å klargjøre hvilke implikasjoner som ligger i dette kriteriet. Noen av dem finner jeg i de problemene jeg støtte på da jeg prøvde å gjengi innholdet ved hjelp av alminnelige begreper. Jeg skal her konsentrere meg om ett problem, som har sitt utspring i at teksten ikke referer til personer, verken som subjekt eller objekt. Det snakkes om «comparison groups», uten nærmere beskrivelse av hva eller hvem som er i disse gruppene. Det eneste som sies er at minst en av gruppene ikke skal ha «the target condition». Ellers snakkes det om «interpretation ... without knowledge». Her er det heller ingen nærmere angivelse av hvem som tolker. Siden «interpretation of» er predikat, må vi gå ut i fra at det referer til et eller annet subjekt, hvis viktigste «egenskap» er manglende kunnskap om det som skal tolkes. Dermed står vi overfor den pussighet at de delene av kriteriet som sannsynligvis referer til personer, oppfylles ved negasjoner, det vil si ved noe de personene ikke har, henholdsvis «the target condition» og «knowledge».

Det eneste i kriteriet det stilles «positive» krav til, er diagnostiske standarder. Det oppfylles enten ved at standardene er maskin-produsert i laboratoriet, eller ved at de lar seg reprodusere klinisk og tolkes likt av flere. Riktignok er det et «negativt element» knyttet til det siste, enhver subjektiv komponent må fjernes fra tolkningen.

Ut fra disse refleksjonene kan vi si at det er de diagnostiske standardene som «spiller hovedrollen» i dette kriteriet. Personer er ikke interessante annet enn gjennom «egenskaper» eller kunnskap de ikke har. For så vidt er dette ikke noe annet enn en bekreftelse på intensjonen med kriteriet. Nemlig å gi retningslinjer for utvelgelse av medisinske forskningsrapporter som formidler mest mulig objektive resultater. Det vil si resultater fremkommet under standardbetingelser der «den menneskelige faktor» er redusert til det minimale.

Nå kan man selvsagt med full rett hevde at kriterier er noe annet enn beskrivelse av handlinger og hendelser. Deres viktigste oppgave er å angi avgjørende kjennetegn som skiller «sant» fra «falskt» (13), hva som kan defineres «inn» og hva som faller utenfor. Sånn sett blir min gjengivelse av kriteriet i utakt med intensjonen det skal fylle. Jeg finner det imidlertid uhyre vanskelig å forstå hva det dreier seg om uten å referere til hvilke mennesker eller roller som er involvert. For meg er det en ytterligere bekreftelse på at EBM-systemet er bygget opp av kunnskapselementer som har sitt referansepunkt i medisinske vitenskap, hvor mennesker som sådanne ikke er interessante. Fokus er på sykdomstegnene og utviklingen av tester som kan bekrefte, eller rettere sagt «bevise» disse, slik at de kan innpasses i de medisinske klassifikasjonssystemene. Det er i dagliglivet vi finner handlinger og hendelser og mennesker med historier om levd liv og kropper der livet setter sine spor.

Kriteriet for studier av diagnostisering som kan innlemmes i EBM-systemet er: klart identifiserte sammenlignbare grupper, objektive diagnostiske standarder som sikrer reproduserbare resultater, og tolkning av resultater uten kunnskap om det som tolkes. Mennesket er «ikke tilstede», annet enn som grupper og antatte tolkere av resultater. Ved å følge kriteriet sikrer man mest mulig «sanne» og «brukbare» resultater om diagnostiske tester. Det betyr, slik jeg ser det, at det er ved å løsrive de diagnostiske testene fra de mennesker og sammenhenger hvor de skal brukes, at man fremskaffer gyldig kunnskap om dem. Dekontekstualisering er altså en forutsetning for en forsk-ningsbasert diagnostisk praksis, og oppsplitting er en gjennomgående premiss for utviklingen av kunnskap innen EBM-systemet. Det gjenspeiles blant annet i at det er separate kriterier for de ulike kliniske handlingene, diagnostisering, behandling, omsorg og så videre. Idealet om tolkning av resultater uten kunnskap om hvilke sammenhenger de inngår i, er også en del av dette bildet. Her er medisinen forskjellig fra vitenskaper som har mennesket som sitt interessefelt, for eksempel arkeologi og antropologi, hvor den mest troverdige tolkningen knyttes til forskere som har mest mulig kunnskap om de sammenhenger «resultatet» som skal tolkes inngår i.

Om praksis, EBM og brobygging

Foucault beskriver endringen av fokus, som den vitenskapelige medisinen representerer, slik:

This new structure is indicated ... by the minute but decisive change, whereby the question: «What is the matter with you?», with which the eighteenth-century dialogue between doctor and patient began, was replaced by that other question: «Where does it hurt? ...» (14 sxviii).

Dermed er jeg tilbake i praksisfeltet. Her vil jeg se på hvordan EBM-kriteriet for diagnostisering samsvarer med allmennlegenes erfaringer med pasienter som har kroniske muskelsmerter.

I tråd med det medisinske vitenskaps-idealet skal kriteriet for diagnose-studier sikre mest mulig objektive diagnostiske standarder og tester. Legenes erfaringer sier at det ikke finnes objektive kriterier i klinisk praksis. Den diagnostiske standarden som skal hjelpe dem å sette diagnosen fibromyalgi fungerer for eksempel dårlig, og karakteriseres som diffus og lite relevant for pasientgruppen. Dessuten mener de at den kan bidra til kronifisering av plagene og hindre dialog og samarbeid med pasienten. Legene i mitt materiale unngår den derfor. I stedet beskriver de pasientens plager ved hjelp av begreper som ligger nærmere dagliglivets språk.

Noen vil kanskje si at legenes erfaringer nettopp viser behovet for mer nøyaktige og klare diagnostiske standarder. Det er muligens riktig hvis vi ser på standarden isolert. Men poenget er jo nettopp at standarden skal fungere i forhold til noe, eller rettere sagt noen. Hvordan kan mer detaljerte standarder og finkalibrerte tester bidra til å klargjøre problemer knyttet til smertefulle tilstander som etterlater usynlige spor i kroppens biologiske strukturer?

Dermed flytter vi blikket til de testene som diagnosestudiene undersøker. Ifølge kriteriet skal testenes gyldighet avgjøres gjennom dobbel blinding. Det vil si at den som tolker resultatet på bakgrunn av standarden ikke skal kjenne til hvilken gruppe pasienten er plassert i på bakgrunn av testen. Det er altså «diagnostic standard results» og «test result» det dreier seg om. Hvem testen utføres på og hvilke sammenhenger de testede strukturene eller funksjonene inngår i, faller utenfor kriteriets interessefelt. Ifølge legenes erfaringer er de «testene» som fungerer best i praksis: å lytte til det pasienten formidler om sine plager, få frem hvordan hun eller han selv forstår problemet sitt, og være sikker på at de som leger skjønner hva det dreier seg om. Gjennom den kliniske undersøkelsen får de bekreftet de kroppslige plagene.

For at resultatene fra diagnosestudier skal kunne godtas, må det etableres «clearly identified comparison groups», ut fra de normer som «gullstandarden» setter. Det vil si at gruppene skal settes sammen av likest mulige «egenskaper», relatert til den lidelse testen er rettet mot, dog slik at en gruppe mangler «the target disorder». Flere av legene mener å se visse likheter mellom mennesker med fibromyalgi. Når de skal spesifisere legger de vekt på samspillet mellom personlighet, levd liv og plager hos denne pasientgruppen. En sier det slik: «fellespunktet for dem alle er at de har for stor belastning ut fra sine forutsetninger». Av sammenhengen går det fram at det er belastningene knyttet til mye ansvar, liten mulighet til å ivareta egne behov og liten kontroll over eget liv, som utgjør belastningene. Men denne type belastninger kombinert med individuelle forutsetninger danner et dårlig utgangspunkt for å sette sammen «clearly identified comparison groups».

Det bringer oss til neste misforhold mellom «EBM-kriteriet» og allmennlegenes erfaringer med diagnostisering av mennesker med kroniske muskelsmerter. Kriteriet legger vekt på dekomponering og dekontekstualisering for å oppnå spesifisitet og nøyaktighet. Legene er opptatt av å se og forstå sammenheng og samspill mellom liv og plager. De legger vekt på å etablere et kommunikasjonsfellesskap med pasienten, for å skape best mulig grunnlag for behandling som kan gjøre pasienten bedre i stand til å leve med plagene.

For at diagnosestudier skal finnes verdige til en plass i EBM-systemet må de vise resultater som kan betraktes om «evidence». Når fibromyalgi pasientene kommer til legene med sine smerter og plager, som verken synes «utenpå» eller lar seg feste til røntgenfilmen, velger legene å tro på dem, ut fra det de forstår av samtalen og den kliniske undersøkelsen. Det som styrer deres vurderinger er en rasjonalitet som ligger nærmere dagliglivets enn den vitenskapelige medisinens. Legenes begrunnelse for å skifte teoretisk forankring for sin kliniske resonnering er, som kjent deres oppfatning av at medisinsk kunnskap verken hjelper dem til å forstå plagene eller behandle dem. Vi er tilbake til gapet mellom medisinsk forsk-ning og praksis.

Hva kan vi si om EBM som brobygger etter denne runden? Jo, det materialet som broen bygges av er små, spesifikke kunnskapselementer som er blankpolerte av vitenskapelig objektivitet. Ideelt sett skal de være uberørt av menneskelig subjektivitet, både på subjekt og objektsiden. Kunnskapselementene er støpt i en form som ble «patentert» for cirka 150 år siden. EBM inneholder ikke noe materiale som kan binde enkeltelementene sammen, tvert imot så er avgrensning og oppdeling idealet. Det eneste som kan gi inntrykk av å ha en slik sammenbindende funksjon, er en kjede av regler for hvordan kunnskapselementer kan hentes ut av systemet. Dertil kommer at materialet i broen ikke er forenlig med grunnforholdene i det praksisfeltet den er rettet mot. Ut

fra dette er det min vurdering at beskaffenheten til materialet i «EBM-broen» ikke er egnet til å bære vekten av de kompliserte, sammensatte og mangetydige helseproblemene som preger dagens samfunn.

Klinisk praksis består av møter mellom mennesker, i situasjoner definert av fysiske og organisatoriske strukturer. Pasienten kommer med sine plager, sin oppfatning av virkeligheten, sin lidelse og sine mer eller mindre klare forventninger til legen. Denne kommer også med sin forforståelse og faglige kompetanse (16). Sammen skaper de innhold i konsultasjonssituasjonen. Her formidles helseproblemer via verbale utsagn og kroppslige symptomer som ikke alltid er like lett å plassere i forhold til klare avgrensete diagnostiske tegn eller kriterier. Når den faglige kunnskapen ikke rekker til for å forstå pasientens plager, aktiviseres legens kunnskap fra dagliglivets virkelighet; ut fra erkjennelsen av at det er i dagliglivets oppgaver og samhandlingsmønstre at smerte og tretthetssymptomer utvikler seg. Det er i forhold til dagliglivets aktiviteter at sykdom gir problemer, og det er her lidelse oppleves som meningsløs eller finner sin mening.

Jeg er enig med EBM-systemets tals-personer i at det er et gap mellom medisinsk forskning og praksis. Men jeg er uenig i at dette skyldes praksisfeltets mang-lende evne til å utnytte kunnskap fra nyere forskning. Det kan heller ses som et uttrykk for at vitenskapelig medisin og den virkeligheten som leger møter i sin praksis, tilhører ulike «meningsunivers». Forskjellen blir kanskje spesielt stor i allmennpraksis hvor pasientenes virkelighet i større grad enn på sykehus spiller med i, og danner premisser for de kliniske situasjonene. Jeg argumenterer dermed mot antagelsen om at det er den kunnskapen som er utviklet ved hjelp av «gullstandarden» og EBM-systemets prosedyrer og kriterier, som best kan utjevne skillet mellom klinisk praksis og forsk-ning, og gi bedre praksis. I stedet mener jeg utfordringen ligger i å ta i bruk og utvikle forskningsmetoder som er bedre egnet til å gripe den virkeligheten som danner referanseramme for de lidelser mennesker i dag sliter med. Da kan vi kanskje få frem kunnskap som kan bidra til bedre forståelse for for eksempel pasienter med kroniske muskelsmerter. At dette virkelig er en utfordring for den medisinske vitenskapen skal jeg forsøke å belyse når jeg plasserer den i et vitenskapsteoretiske perspektiv.

Medisinsk vitenskap i lys av Kuhns teorier

Jeg velger å bruke Kuhns teori om vitenskapens struktur som ramme for mine refleksjoner om den medisinske vitenskapen. Han bruker begrepet «paradigme» om det sett av modeller eller mønstre som er akseptert innenfor en vitenskap, og som produserer resultater som et fellesskap av forskere definerer som vitenskapelige. For å bli godtatt som et paradigme må en teori og dens metoder, ifølge Kuhn, fremstå som bedre enn alternativene. Med andre ord, det må ha vist at det egner seg bedre enn konkurrerende teorier til å løse de problemene forskerfellesskapet er opptatt av. Pradigmebegrepet er nær knyttet til begrepet «normalvitenskap»:

Personer som forsker innen det samme paradigmet er forpliktet overfor de samme regler og standarder for vitenskapelig praksis. Slike forpliktelser, og den enighet de åpenbart fører med seg, er forutsetninger for normalvitenskap, dvs for at en bestemt forskningstradisjon vinner frem og blir videreført (15 s24). Normalvitenskapen bygger på en antagelse om at forsk-ningsfellesskapet vet hvordan verden er. Mye av vitenskapens suksess skyldes at fellesskapet er beredt til å forsvare denne antagelsen, koste hva det koste vil (17 s19).

I motsetning til hva man skulle tro når det er snakk om vitenskap, er normalvitenskapens oppgave ikke å frembringe nye teorier, men å klargjøre det som allerede ligger innenfor den rammen som paradigmet setter: velge ut relevante data og bringe data og teori i overensstemmelse med hverandre. Det som ikke passer inn i paradigmets form blir faktisk ikke lagt merke til. Med andre ord, den viktigste oppgaven til forskning innenfor normalvitenskapen er å frembringe resultater som styrker paradigmets stilling. Den er ikke innstilt på å oppdage noe uventet. Ikke desto mindre hender det jo at forskerne får resultater som ikke passer inn i paradigmets formel. Disse kaller Kuhn for «anomalier». Det indikerer at forskeren har dumpet borti et problem som ikke er forenlig med forskningsmetoden. Hun/han har enten vært utenom paradigmets virkeområde eller det har skjedd endringer i det feltet normalvitenskapen er tilpasset.

Anomalier utfordrer paradigmet. De krever nye begreper for å begripes, og de stiller spørsmål ved de etablerte «fakta» og teorier. Hvis de stadig dukker opp, skaper de krise innenfor normalvitenskapen. De fremtvinger oppløsning av paradigmet og utskifting av de normalvitenskapelige problemene og teknikkene. Det kan bare skje ved en revolusjon, det vil si tiltak som strider mot det etablerte paradigmet, men som må til hvis man skal få utvikling. Denne utviklingen innebærer da en endring av verdensbildet eller virkelighetsforståelsen innen det aktuelle feltet. Historien er full av eksempler på dette. Kopernikus skapte med sin heliosentriske modell en ny forståelse for solens og planetenes stilling i forhold til hverandre. Einstein utviklet kvantemekanikken og relativitetsteorien på bakgrunn av anomali-resultater ved bruk av Newtons fysikk.

Kuhns analyser konkluderer med at vitenskapelig utvikling skjer gjennom revolusjoner, ikke ved de kumulative prosessene i normalvitenskapene. Selvsagt utvikles det også kunnskap her, men, hevder Kuhn, det er fordi forskerne innenfor disse vitenskapene «konsekvent velge(-r) ut problemer som kan løses ved hjelp av de begrepslige og instrumentelle teknikkene de har til rådighet.» (17 s100). Det er imidlertid bare når forsøkene deres mislykkes, når de støter på fenomener som ikke lar seg utforske ved hjelp av eksisterende paradigmer, at de er i stand til å frembringe nye teorier. Kuhns hovedanliggende er derfor å oppfordre til ny vurdering av kjente data (17 s10).

EBM som konserveringsmiddel?
Hva ser vi så hvis vi plasserer EBM i dette vitenskapsteoretiske perspektivet? Jo vi ser forskningsresultater frembrakt gjennom normalvitenskapelig praksis. Ifølge Kuhn er det viktig å se vitenskap i en historisk sammenheng. Det bidrar Sackett & co til gjennom sin plassering av EBMs «philosophical origin» i den medisinske forskningspraksisen som startet i Paris på begynnelsen av 1800-tallet (7b). Vi er da i opplysningstidens kjølvann hvor man var opptatt av å komme bort fra tidligere tiders metafysiske spekulasjoner, og vinne fram til «sikker kunnskap» ved hjelp av «bevis». Bichat drev sitt dokumentasjonsarbeid ved å påvise pato-anatomiske forandringer på subjektløse kropper. Magendie oppdaget nye ting gjennom sine kontrollerte fysiologiske forsøk og Louis fikk fram mer «sikker kunnskap» om behandling ved hjelp av kontrollgrupper og statistikk. Som vi har sett tidligere: Her etableres «gullstandarden» for den medisinske forskningen, det randomiserte, klinisk kontrollerte forsøket, som er kjernekriteriet for bedømmelse av de forskningsresultatene som får plass i EBM-systemet.

Med støtte i Kuhns teori drister jeg meg til å stille spørsmål ved om det egentlig har skjedd noen utvikling i medisinsk forskning og teorigrunnlag de siste 150 årene. Jeg hører protestene: Tenk på alt det medisinsk forskning har oppnådd. Den enorme suksessen den har hatt med å finne årsaker til og behandling for sykdom. Er det ikke takket være medisinsk forskning at vi er kvitt mange av de epidemiene som herjet i tidligere tider? Er det ikke den som har utviklet undersøkelsesmetoder som kan oppdage de minste uregelmessigheter i kroppen? Er det ikke den medisinske vitenskapen som gjort det mulig å utføre de mest kompliserte operasjoner, selv på fostre i mors liv? Jo, det er sant at medisinsk forskning har oppnådd dette, og mye mer.

Allikevel opprettholder jeg spørsmålet mitt. Slik jeg ser det, er nemlig alle de fantastiske medisinske forskningsresultatene som vi stadig hører om, resultat av de samme vitenskapelige premisser og handlinger. De er frembrakt innenfor normalvitenskapens referanseramme, der det paradigmet som ble utviklet for omlag 150 år siden har styrt problemformulering, forskningsmetode og kriterier for vurdering av resultater. Det er EBMs «gullstandard» som utgjør kjernen i dette paradigmet. Uansett hvor fantastisk vi synes resultatene er, så er de ikke annet enn reproduksjoner av det samme, bare i stadig større detaljrikdom. Derfor representerer de også samme type kunnskap, de fører ikke til utvikling av nye teorier i Kuhnsk forstand.

Jeg mener å finne støtte for dette synet i Ole Bergs analyse av den medisinske ideologien. Han knytter sitt resonnement til medisinens reduksjonistiske karakter. Det vil si at de fenomenene som studeres deles opp og reduseres til noe mindre enn det de er. Delene manipuleres så ved hjelp av ulike vitenskapelige metoder.

Dette perspektivet er egentlig fantastisk - i den grad det er holdbart. Og det er fantastisk fordi det stiller uendelig kunnskapsøkning og uendelig maktøkning i utsikt. Det gis nemlig, i prinsippet, ingen grenser for hvor langt en reduksjon kan drives. Man kan alltid ta et skritt «nedover» og «innover». Slik vil mer og mer av livsprosessenes grunnlag i bokstavelig forstand kunne avsløres. Samtidig vil inngrepsgrunnlaget bli økt (18 s14-15).

Og denne strategien har som sagt vist seg å gi resultater. Den har høstet mye suksess i form av identifisering, behandling og forebygging av infeksjonssykdommer og andre lidelser man tidligere døde av. Den har dokumentert sykdomsprosesser på organ- og cellenivå og så videre. Med andre ord: Den reduksjonistiske tilnærmingen og «gullstandarden» har vist seg nyttig i forhold til mange helseproblemer. Felles for disse problemene er at de passer inn i formelen til det medisinske paradigmet. Eller rettere sagt, de har latt seg forme slik at de passer inn. Hva da med helseproblemer som ikke lar seg omforme?

Men, medisinen som reduksjonistisk foretak, er konkret og spesifikt orientert. Fordi den er det vil den naturlig rette seg mot og utvikle kompetanse overfor velavgrensete, dekomponerbare problemer. Sammensatte og diffuse problemer vil tiltrekke medisinen mindre» (18 s23).

Vi er tilbake til den gruppe av lidelser som mangler konkrete og spesifikke tegn, som fremtrer på en måte som gjør at de ikke lar seg fange av paradigmet og «gullstandardens» metoder. Det foreligger en rik dokumentasjon, både innen medisin og samfunnsforskning, på at det nettopp er de sammensatte plagene, som opptar store deler av tiden til dagens allmennpraktiserende leger (15,19,20,21,22). Det har fra legehold vært hevdet at pasienter

med denne type lidelser ikke hører hjemme i medisinen. Kanskje er det riktig. Kanskje er det andre fagdisipliner som er nærmere til å utvikle paradigmer som gjør det mulig å forstå disse plagene bedre. Men problemet er ikke løst av den grunn. Siden medisinen overtok for kloke koner og folkemedisinere har det foregått en gradvis medikalisering av samfunnet (23,24), drevet frem av en selvforsterkende mekanisme av medisinsk ideologi. Den gir løfte om å løse de fleste sykdomsgåter bare man får ressurser nok. Suksessen som allerede er oppnådd med denne ideologien, samt medisinens maktposisjon i samfunnet og folks bevissthet, driver prosessen stadig videre (16). Derfor er legekontorene fulle av folk som kommer med sine smerter til medisinen.

EBM presenters som et kunnskapssystem som skal hjelpe leger å drive bedre og mer vitenskapelig praksis. I lys av Kuhns teorier kan det forstås på en helt annen måte. EBM etableres i en tid hvor avstanden mellom det medisinske paradigmet og de helseproblemer som skal løses ved hjelp av den kunnskapen det frembringer, synes å øke. Ifølge Kuhn er det nettopp på slike punkt i normalvitenskapen at forskerfellesskapet mobiliserer for å opprettholde paradigmets troverdighet. Det vil avverge eller skjule krisen. Kan EBM forstås som et middel som bevisst eller ubevisst har til hensikt å gjøre nettopp det? Etter min oppfatning, ja.

Hvis den medisinske vitenskapen virkelig tok innover seg det «faktum» at den i økende grad kommer til kort overfor de helseproblemer som er grunnen til flest legebesøk i dagens helsetjeneste, så ville det ha utløst en vitenskapelig krise. Hvis den hadde våget å sette søkelyset på sine egne forskningsidealer og metoder, så ville den sett at de ikke er egnet til å frembringe resultater som bidrar til økt forståelse for kroniske muskelsmerter og trette kropper. Hvis den hadde tatt på alvor alle de mislykkete forsøkene på å bruke «gullstandarden» for å finne forklaringen, for eksempel på fibromyalgi, ville den stilt spørsmål ved sitt eget paradigme. Da først ville veien til vitenskapelig revolusjon og utvikling av ny medisinsk teori være åpen. I stedet «samles troppene» under den nye fanen EBM, og «gullstandarden» blankpusses.

Litteratur

1. Schutz A: Collected Papers I. The Hague, Martinus Nijhoff, third unchanged edition, 1971.
2. Cassirer E: An Essay on Man. London, Yale University Press, (1944) 1992.
3. Cassirer E: Kulturvitenskapens logikk. Oslo, Pax Forlag AS, (1936-41) 1994.
4. Bourdieu P: Meditasjoner - Meditations Pascaliennes. Oslo, Pax Forlag AS, 1999.
5. Good B: Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
6. Latour B, Woolgar S: Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts. Princeton, Princeton University Press, (1979) 1986.
7a. Sackett D, Haynes RB: On the need for evidence-based medicine. Evidence-Based Medicine 1995, 1, 5-6.
7b. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
8. Gray JAM: Evidence-based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1996.
9. Levi R: Evidensbaserad sjukvåd. Vård på säkrare grund. Lund, Studentlitteratur, 1998.
10. Jamtvedt G, Røsberg A: Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen. Fysioterapeuten 1999, 66(3), 11-6.
11. Fullerton-Smith I: How members of the Cochrane Collaboration prepare and maintain systematic reviews of the effects of health care. Evidence-Based Medicine 1995, 1, 7-8.
12. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ: Purpose and procedure. Evidence-Based Medicine 1998, 3, 162-3.
13. Landrø MI, Wangensteen B (red): Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok. Oslo, Universitetsforlaget, 1988.
14. Foucault M: The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception. London, Routledge, (1973) 1993.
15. Norges forskningsråd: Fibromyalgi. Nasjonal konferanse. Oslo, 27. - 28. september 1993
16. Thornquist E: Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo:,Ad Notam Gyldendal, 1998.
17. Kuhn TS: Vitenskapelige revolusjoners struktur. Oslo, Spartacus forlag AS, 1996.
18. Berg O: Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A: Helsepolitikk og samfunn. Oslo, Tiden Norsk Forlag, 1978.
19. Lian OS: Norsk helsevesen – utfordringer og utviklingstrekk. I: Lian OS: Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
20. Abusland UG, Natvig B (red): Fibromyalgi? En bok om muskelsmerter. Oslo, Tano AS, 1995.
21. NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge.
22. Gjesdal S, Kristiansen AM: Den norske fibromyalgiepidemiens vekst – og mulige fall. Hva sier

uførestatistikken? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1997, 117, 2449-53.
23. Illich I: Medisinsk nemisis. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1975.
24. Michelsen K: Synålejomfruen og legevidenskabens menneskeoppfattelse. København, Munksgaard, 1989.

Fysioterapeuten nr. 14/2000:

Med kunnskapsbasert fysioterapi baklengs inn i fremtiden?

Dette er den siste av fire artikler som setter kritisk søkelys på «kunnskapsbasert fysioterapi». De tre første artiklene stod i nummer 10, 11 og 12/2000.

Britt Vigdis Ekeli, fysioterapeut og sosialantropolog, Høgskolen i Tromsø, Fysioterapeututdanningen.

I forrige artikkel så jeg på hvilke forutsetninger evidensbasert medisin, EBM, har for å fungere som brobygger mellom medisinsk forskning og praksis. Denne funksjonen blir spesielt fremhevet i markedsføring av EBM-systemet. Ved å sammenligne premissene EBM-systemet bygger på, med de erfaringene som allmennlegene i materialet mitt har i forhold til pasienter med kroniske muskelsmerter, konkluderte jeg med at EBM synes lite egnet som brobygger. Med støtte i Kuhns vitenskapsteoretiske analyser (1) argumenterte jeg for at EBM-systemet kan virke som et aktivt hinder for å stille spørsmål og fokusere på problemer som er relevante i forhold til de lidelser som mange mennesker i dag sliter med.

I denne artikkelen reflekterer jeg over hvilke implikasjoner EBM-ideologien kan ha for «klinisk skjønn», profesjonalitet og praksis. I første del brukes eksempler fra andre fagområder, nærmere bestemt medisin og psykologi. Deretter vender jeg tilbake til fysioterapifaget. Konklusjonen er at faget og praksisen har best utviklingsmuligheter uten den normgivende og omformende innflytelsen som EBM-systemet implisitt utøver. I stedet bør vi ta fagets særtrekk og den mangfoldige og sammensatte fysioterapipraksisen på alvor og finne frem til kunnskap og metoder som er bedre egnet til å gripe og sette kritisk søkelys på denne. Da kan fysioterapi virkelig bli et fag som kan ha mye å bidra med i forhold til dagens og fremtidens utfordringer i helsetjeneste og samfunn.

Fra profesjonell utøver til tekniker?
I begynnelsen av februar i år var jeg på et møte i Medisinsk-etisk forum på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Tema var: «Hva trenger vi leger til?», filosof Åge Wifstad innledet. Han tok utgangspunkt i en artikkel av Ole Berg (2) og relaterte innholdet i den til EBM-ideologien, med referanse til Sackett med flere (3). Budskapet var at legekunsten er truet. Scenariet for fremtiden var at legerollen, slik vi kjenner den, forsvinner. «Legen blir en rådgiver på et intellektuelt plan, andre yrkesgrupper overtar det andre» (4). Dette møtet var noe av det som inspirerte meg til å skrive denne artikkelserien. Jeg tror Wifstads antagelser har mye for seg, og vil trekke frem noen momenter som kan belyse det.

Først noen sitater fra artikkelen til Ole Berg:
«Faglig har det skjedd en utvikling som gjør medisinen mer attraktiv – den kan tilby mer enn før. Samtidig innebærer denne utviklingen at skjønnet og den personlige tilpasningen av omsorgen marginaliseres ... I den grad det faktisk ligger noe viktig i den personlige kunnskapen, i den grad innebærer også kunnskapsobjektiviseringen, hvis den allmenngjøres, en omkostning ... Det er bare i den grad legen kan og skal utøve skjønn og bruke seg selv som person, at autonomien kan begrunnes. Blir kunnskapen helt objektivisert, kan nok medisinen si den har beholdt autonomien, men det er en abstrakt autonomi ingen enkeltlege vil føle. Enkeltlegen blir redusert til eksekutør, en eksekutør som løpende kan og vil bli overvåket av fremmede. Prosedyremedisinen og elektronikken gjør det mulig» (2 s1419).

Bruken av begrepet autonomi i disse sitatene er knyttet til forståelsen av legen som profesjonell utøver. Hovedbudskapet er at den medisinske profesjonaliteten er truet, fordi de kjennetegnene som gjør legen til profesjonell yrkesutøver er i ferd med å forsvinne. Slik Berg fremstiller det, kan dette ses som en logisk konsekvens av den medisinske ideologien. Den lover uendelig fremgang bare den får bruke sine metoder, «gullstandard-varianter», og får de midlene som skal til for å forske (5).

Det objektive kunnskapsidealet gjør at resultater tilveiebrakt av teknikk og elektronikk, vurderes som mer «sikre» enn de legen får frem gjennom sin kliniske undersøkelse. Kunnskapen som bygger på «machine-

produced laboratory results» (6) er så «sikker» at det ikke er nødvendig eller rom for legen å utøve skjønn. «Skjønnet» er så og si innebygd i teknikken. Med andre ord, teknikken og elektronikken kan forstås som tingliggjort medisinsk ideologi. Når så i tillegg den diagnostiserende elektronikken flyttes inn i hjemmene til Hvermannsen – slik at vi helsesjekke oss på nettet – som det sto i Dagbladet 14.5.00 (7 s22), er det ikke rart at man stiller spørsmål om hva leger kan brukes til.

Med den objektive kunnskapens endelige seier vil personlig erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn være «utgått på dato». Da vil legen være redusert til tekniker. De faglige vurderingene, som er et av kjennetegnene på det å være profesjonell yrkesutøver, vil bli ivaretatt av elektonikken. Slik jeg ser det, har EBM-systemet alle forutsetninger for å fungere som et «nyttig» redskap i denne prosessen.

Men, som jeg har forsøkt å vise, det er motkrefter mot denne utviklingen. De er i denne artikkelserien representert ved allmennlegene, som ikke er redde for å gå på akkord med fagets idealer om objektivitet og dekontekstualisering. De tar pasientens plager på alvor, selv om de – målt etter medisinens standard – forekommer ytterst diffuse og lite troverdige. De utøver skjønn basert på faglig kunnskap, egne erfaringer, situasjonsforståelse og innlevelse, og stiller spørsmål ved diagnostiske kriterier og diagnosens funksjon. De legger vekt på å etablere dialog og samarbeid med pasienten, og ser det som en integrert del av behandlingsopplegget. Det er disse motkreftene som er målgruppe for EBM-systemet.

Evidensbasert medisin versus klinisk skjønn?
Når EBM strekkes ut som en hjelpende hånd til leger for at deres praksis skal bli mer forskningsbasert, er budskapet at de bør satse på «sikrere», mer «objektiv» kunnskap, som grunnlag for det de gjør. Gjennom dette skal praksis bli bedre. Slik jeg ser det, vil EBM-systemet i stedet kunne bidra til å svekke kvaliteten på praksis. Med utgangspunkt i Bergs analyse mener jeg at det kan forsterke marginaliseringen av det kliniske skjønnet, fordi det så ensidig fokuserer på objektive sykdomstegn, målbare variabler og statistisk signifikans som grunnlag for diagnose og behandling. EBM gjør det vanskeligere å legge vekt på ting, som å «skjønne pasientens problem» og «få verifisert diagnosen gjennom dialog med pasienten». Det å prøve å forstå pasientens symptomer kontekstuelt er uinteressant eller irrelevant i EBM-perspektiv. Med sitt «gullstandard-krav» til forskning, representerer EBM-systemet en form for kunnskap som er utviklet på andre premisser enn de som gjelder i pasientens og praksisfeltets virkelighet.

Jeg hører protestene: EBMs hensikt er ikke å utradere eller svekke det kliniske skjønnet. Tvert imot skal det gi et «sikrere» grunnlag for å utøve dette skjønnet. Men hvordan kan forskningsresultater som er fremkommet ved hjelp av de strengeste kriteriene for objektivitet og kontekstuavhengighet, danne et «sikkert grunnlag» for å forstå subjektive smerter som ikke lar seg «bevise» ved hjelp av laboratoriemaskiner, bare forstås i sammenheng med det levde livet? Hvordan kan forskning, som har som ideal å redusere den «menneskelige faktor» i alle ledd, gi et gyldig grunnlag for å skjønne menneskelig lidelse? Hvilken innvirkning vil EBM-systemets påstander om sammenhengen mellom legers kjennskap til nyere medisinsk forskning og «bedre praksis», ha for prioritering av informasjon fra pasienten i vurdering og behandling? Er ikke selve begrepet «klinisk skjønn» en anakronisme i EBM-sammenheng?

På norsk er «evidence-based» oversatt til «kunnskapsbasert» (10,11). Dermed tilsløres de erkjennelsesteoretiske og paradigmatiske implikasjonene som er knyttet til EBM-systemet. De ville blitt tydeligere hvis man hadde brukt den direkte oversettelsen «bevis-basert». Evidens er et begrep hentet fra latin som består av av/fra og se, direkte oversatt: av å se. I ordbøker blir det til «innlysende visshet» (12,13). Det dreier seg altså om å få «innlysende visshet» gjennom direkte og forutsetningsløs observasjon. Ved å bruke begrepet «bevis basert» ville man for det første synliggjøre hvilket kunnskapsideal som ligger til grunn for EBM, for det andre bidra til å problematisere forholdet mellom EBM og klinisk skjønn.

Vitenskap og praksis
I ingressen til en av artiklene om «kunnskapsbasert fysioterapi» står det: «Forskningsbasert kunnskap har sine klare begrensninger og kan derved ikke være den eneste kilden for faglige valg» (12 s22). I teksten påpekes at «kunnskapsbasert praksis» omfatter mer enn forskningsbasert kunnskap. Men: «Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskilde for fagutøvelsen» (12 s24). Tross alle forbehold – og i tråd med EBM-ideologien – kan det siste sitatet allikevel forstås som at forskningsbasert kunnskap bør ha forrang når det gjelder faglige beslutninger i praksis. Jeg vil peke på to forhold ved en slik prioritering som kan ha uheldige implikasjoner. For det første at forskning og vitenskap i stedet for være redskaper til kritisk analyse av praksis, vil kunne få en normativ funksjon. I en artikkel som setter kritisk søkelys på evidensbasert praksis innen psykologi, tar psykolog Tor-Johan Ekeland opp dette problemet (13). Han peker på at vitenskapen historisk har utviklet seg som etterprøving av praksis, men at det på 1800-tallet skjedde en endring som tilsa at vitenskapen skulle komme først, deretter praksis.

«I ekstremar av dette slaget ser vi straks at vitskap då blir ideologi – at den så og seie går utover sitt eige grunnlag ved ikkje berre å seie noko om korleis tinga er, men også korleis dei bør vere. Det er nettopp ei slik sida ved programmet «evidensbasert behandling» eg vil undersøkje…» (13 s1037).

Undersøkelsen bringer ham til følgende konklusjon:

«Den evidensbaserte bølja representerer difor noko nytt, og det nye er ikkje empirisk forskning *på* praksis, det har ein halde på med på seriøst vis i snart femti år. Det nye er empirisk kontroll *av* praksis, ein intensivert empirisme med prediktor forsking i framsetet. Den teoretiske (og vitskapsteoretiske debatten) har hamna i bagasjeromet om den i det heile teke er med» (13 s1039).

I dette perspektivet blir EBM ikke bare noe som bidrar til å styrke fundamentet for faglige beslutninger, men det blir normgivende og styrende for praksis. Med «gullstandarden» som mål for «den gode praksis» er det grunn til å stille spørsmål om hva som blir igjen av fysioterapien hvis vil velger EBM som rettesnor for praktisk yrkesutøvelse og faglig dokumentasjon inn i et nytt tusenår.

Det andre forholdet jeg vil peke på knytter seg nettopp til spørsmålet om hva EBM som normativt prosjekt kan gjøre med praksis. I en kronikk i Dagbladet 21. oktober 2000 setter professor i psykiatri Einar Kringlen søkelyset på den økende bruken av psykologiske kriseteam under overskriften «Krisepsykologi som industri» (14). Dokumentasjon for sin skepsis til krisepsykiatri finner han i Cochrane systemet:

«Innen medisin og psykiatri er det mange behandlingsmetoder som ikke er skikkelig vitenskapelig evaluert. Derfor har særlig engelske forskere de siste årene etter initiativ fra epidemiologen Archie Cochrane gått i brodden med kontrollerte vitenskapelige behandlingsundersøkelser for å avskaffe uvirksomme og fremme virksomme terapier. I en slik Cochrane-oversikt fra 1998 gikk psykiateren Simon Wesseley og medarbeidere igjennom de få gode undersøkelser som fantes om individuell debriefing etter ulykker» (14).

Når uttrykket «gode undersøkelser» brukes i forbindelse med Cochrane-systemet vet vi at det betyr randomiserte klinisk kontrollerte forsøk. Konklusjonen til forskerne var at debriefing ikke hindret posttraumatisk syndrom, men kanskje heller forverret tilstanden. Leder av Senter for Krisepsykologi, psykolog Atle Dyregrov, tar til motmæle i Dagbladkronikk 4. november 2000 (15). Han skriver:

«Den såkalte Cochrane-rapporten tillegges stor vekt av Kringlen og andre psykiatere. Her tas det med metodisk sterke undersøkelser, men dessverre stilles det meget få krav til den "debriefing som tilbys"» (15).

Som begrunnelse for denne påstanden gjennomgår Dyregrov en av de tre studiene som Cochrane-rapporten bygger på og viser at det debriefingsopplegget den referer ligner lite på dem som vanligvis gjennomføres i praksis. Han kaller det «meningsløs og uprofesjonell intervensjon». Videre sier han: «Studiene som Kringlen referer til, har lite til felles med skikkelig utført kriseintervensjon som følges opp gjennom senere samtaler» (15).

Jeg har valgt å ta med disse innspillene, ikke for å drøfte krisepsykologi, men fordi de illustrerer problemer knyttet til forholdet mellom forskning og praksis. For Kringlen er det tydeligvis viktig å kunne underbygge sin tvil om krispsykologiens plass i dagens samfunn med skikkelige vitenskapelige undersøkelser. Derfor legger han vekt på det metodiske aspektet ved de undersøkelsene han viser til. Dyregrov gir Kringlen rett i at Chochrane rapportene regnes for å være metodisk sterke, men hva hjelper det når den behandlingen de undersøker ikke er i samsvar med det praksisfeltet vurderer som god behandling ut fra faglige, profesjonelle og situasjonsorienterte kriterier. Det virker altså som om de trekkene som særmerker den gode praksis, ofres på vitenskapens alter. Behandlingen tilpasses forskningsmetodene mer enn de menneskene den er rettet mot og de situasjonene den utøves i, slik at den ikke lenger kan karakteriseres som god for brukeren.

Fysioterapi – et fag for fremtiden

La oss vende blikket mot vårt eget fag og se det i forhold til de perspektivene som er trukket opp her. Det bør gi grunnlag for ettertanke og refleksjon. Kanskje vi i stedet for å omfavne «kunnskapsbasert fysioterapi», bør søke teoretiske perspektiver som kan hjelpe oss å forstå hvilken betydning det følsomme håndgrepet har i fagutøvelsen. I stedet for å tilpasse praksis til EBM-systemets objektive standarder, bør vi satse på dokumentasjonsformer som hjelper oss å vurdere hva nærhet til pasienter over tid og kontinuerlig tilpasning av tiltak – ut fra reaksjoner på undersøkelse og behandling – betyr. I stedet for å kapitulere overfor argumenter om at observasjon av bevegelsesmønstre og palpasjon av vevskvalitet er subjektiv synsing og ikke vitenskapelig registrering, være på vakt overfor forskningsmetodiske krav som fordreier fagutøvelsen. I stedet for å lete etter kvantifiserbare størrelser for å tekkes EBM-idealet, arbeide med å utvikle begreper som best mulig griper og gjør begripelig det som er fysioterapifagets egentlige anliggende.

Hvordan kan «kunnskapsbasert fysioterapi» hjelpe oss å dokumentere fagutøvelsen hvis vi mener at vi i praksis møter kropper som ikke bare er biologiske størrelser, men også bærere av livserfaring, et samtidig kulturelt og sosialt fenomen, som må forstås kontekstuelt? Hvis vi tar innover oss at de fleste menneskene som fysioterapeuter møter i sin praksis sliter med smerte og funksjonsforstyrrelser, som vanskelig lar seg gripe av det medisinske paradigmet, så har det evidensbaserte systemet klare begrensninger. Hvis vi øyner kompleksisteten i mange av de kroppslige plagene fysioterapeuter må forholde seg til, skjønner vi at vi finner liten hjelp i et system hvis ideologi er å splitte opp og redusere sammensatte fenomener til håndgripelige størrelser for medisinske forskningsmetoder.

Om vi derimot lar være å gi etter for EBMs implisitte krav om å standardisere fysioterapipraksis for at den bedre skal passe inn i det «kunnskapsbaserte» systemet, og heller våger å ta fagets egenart på alvor, kan vi kanskje bidra til et paradigmeskifte. Om vi bruker vår faglige kompetanse til å finne ut hvordan vi kan gjøre den levende, autentiske og mangfoldige fysioterapipraksisen til gjenstand for forskning, kan vi kanskje utvikle ny og mer relevant teori, som kan bidra til å bedre tilbudet til brukere av fysioterapitjenester. Men – det krever at vi ikke lar oss fange av den medisinske tenkningen og forskningsmetodikken. I stedet må vi rette blikket mot særtrekk og kvaliteter i egen praksis. Da først kan vi kanskje bli i stand til å ta i bruk og utvikle alternative forskningsmetoder som kan bidra til å bygge ned skillene mellom den virkeligheten vi møter i praksisfeltet og den virkeligheten vitenskapen representerer. Ønsker vi å dokumentere faget på måter som virkelig fokuserer på dets særegenhet, forutsetter det at vi er i stand til å se hva dette er og så gjøre det til gjenstand for forskning og kritisk analyse. Fysioterapifaget trenger ny teori å forankre sin praksis i. Men den må være i ressonnans med fagets innerste vesen. Det er heldigvis kolleger som har vist vei og kommet med viktige bidrag i denne sammenheng (16,17,18,19,20,21).

I sin siste bok fokuserer Eline Thornquist på hvor viktig det er å forstå møtet mellom pasient og fysioterapeut som en kroppslig kommunikasjons- og samhandlingssituasjon, der bruk av fysioterapifaglige metoder må ses som en integrert del av denne kommunikasjonen (20). Det representerer en stor metodisk utfordring å forske på, og dokumentere fagets terapeutiske potensial i dette perspektivet. Da kan man ikke, slik fysioterapiforskningen ofte gjør, skille behandlingsmetoder ut fra kontekst, kommunikasjon, tolkning og vurderinger; lage standard betingelser og kontrollgrupper for å dokumentere virkning av metoden og la være å forholde seg til alt det andre som skjer i samhandlingen. Det er jo nettopp i sammensmeltningen mellom disse dimensjonene at mulighetene til å utøve klinisk skjønn og profesjonell virksomhet ligger. Fokuserer vi bare på å utvikle kunnskap om metodene, uten å ta de andre aspektene med, forblir de bare teknikker som appliseres på biologiske kropper, og fysioterapeuten er tilbake i rollen som tekniker.

Psykolog Tor-Johan Ekeland tar opp forholdet mellom spesifikke behandlingsteknikker og relasjonelle aspekter i psykoterapi (13). Mens førstnevnte tydelig faller innenfor interessefeltet til EBP, hevder EBP-tilhengere at sistnevnte ikke er tilstrekkelig empirisk underbygd av forskning. Dette argumenterer Ekeland imot, og viser til at 40 års forskning på psykoterapi-praksis kan dokumentere «at dette relasjonstilhøvet, spesielt slik klienten opplever det, heftar for mest varians til å forklare utfall av psykoterapi… relasjonstilhøvet heftar for ein langt større varians enn sjølve teknikken» (13 s1042). Selv om dikotomiseringen av teknikk og relasjon i behandling er så problematisk at det nesten er villedende å bruke denne referansen, har jeg allikevel valgt å gjøre det, fordi den på et nivå bidrar til å underbygge skepsisen til praksisorienterte kunnskapssystemer som setter objektiv og dekontekstuell kunnskap i høysetet. Samtidig gir det grunnlag for optimisme i forhold til fysioterapifagets berettigelse og utviklingsmuligheter. Sistnevnte forutsetter imidlertid at vi, i stedet for å slutte rekkene bak «kunnskapsbasert fysioterapi» fokuserer på fysioterapifagets særtrekk. Jeg tror at vi her finner innebygde motkrefter mot EBM-ideologien. Men det krever at vi virkelig skolerer oss teoretisk og utvikler innsikt i sammenhenger mellom det feltet som skal utforskes og de metodene som vi trenger for å gjøre det. Videre, at vi er villige til å sette vår egen praksis – slik den utøves i institutter, sykehus, sykehjem, bedriftshelsetjeneste, skoler, helsestasjoner, rehabiliteringsinstitusjoner og så videre – under kritisk søkelys, fra ulike innfallsvinkler og ved hjelp av ulike forskningsmetoder. For det tredje må vi ta den utfordringen det er å argumentere mot hele den etablerte medisinske vitenskapen når vi velger å dokumentere vår faglige praksis på andre måter enn ved hjelp av «gullstandarden». Men – er det ikke verd å prøve?

Jeg begynte denne artikkelen med Berg og Wifstads scenarier – der legen, i forlengelse av medisinens reduksjonistiske ideologi og «gullstandardens» normer – blir redusert til eksekutør av prosedyrer, overvåket av elektronikken, eller ender opp som «rådgiver på et intellektuelt plan» (4). Dette bør være en vekker, ikke bare for leger, men også andre yrkesgrupper som tror de finner grunnlaget for kvalitetsheving av praksis i EBP-systemet. Med andre ord, vi fysioterapeuter bør vurdere om våre pasienter er tjent med at vi forankrer vår praksis i kunnskap frembrakt av metoder og teorier som er utviklet for å løse standardiserte helseproblemer – selv om den er kledd i overbevisende retorikk og hypermoderne elektronikk.

Epilog

For en tid siden ble vi her ved fysioterapeututdanningen i Tromsø kjent med at det verserer rykte om oss i det mer sentrale fysioterapimiljøet i landet. Ryktet forteller at utdanningen i Tromsø er den eneste som ennå ikke har sluttet seg til «kunnskapsbasert fysioterapi». Jeg kan herved bekrefte at ryktet taler sant. Det betyr imidlertid ikke at vi ikke er opptatt av dette kunnskapssystemet. Tvert imot, vi levende og intenst opptatt av evidensbasert praksis! Vi har blant annet sørget for innkjøp av mye ny EBM-litteratur til biblioteket. Det er jo en grunnleggende og viktig forutsetning innen vitenskapelig tenkning, å sette seg inn i feltet før man «går løs på det». Den prosessen er vi inne i. Denne artikkelserien kan ses på som en del av dette arbeidet. Den er et forsøk på å klargjøre de premissene «kunnskapsbasert fysioterapi» bygger på. Skal vi kunne vurdere hvilket potensiale EBP-systemet har for å bedre fysioterapipraksis, må vi vite hvilken sammenheng det står i og hva det representerer.

Ved utdanningen i Tromsø er vi opptatt av kunnskap i fysioterapi – men vi stiller spørsmål ved om «kunnskapsbasert fysioterapi» representerer en type kunnskap som kan bidra til å utvikle fag og praksis. Vi er opptatt av forskning, men synes det er viktig å drøfte sammenhengen mellom vitenskapelig tilnærming og metode, og de problemene som skal utforskes. Vi er åpen for at EBM-litteraturen formidler interessant informasjon om nye forskningsfunn som vi kan trekke inn i undervisningen, men studentene må også kjenne til den kunnskapstradisjonen og konteksten disse funnene inngår i, for å kunne vurdere deres relevans. Vi vil være med å utdanne fysioterapeuter som kan forankre sin praksis i solid kunnskap, men det bør være en kunnskap som er egnet til å belyse og gi innsikt i de fenomenene som finnes i den praktiske virkeligheten. Vi ønsker at studentene skal kunne gjøre handlingsvalg ut fra et kart som passer med det terrenget de befinner seg i. Og – vi ønsker å pirre den faglige nysgjerrigheten deres og gi dem mulighet til å kvalifisere seg til å være med å utforske fysioterapi-virkeligheten. På den måten kan de også etter hvert bidra til å gjøre fagets teori- og kunnskapsgrunnlag mer solid.

Referanser

1. Kuhn T: Vitenskapelige revolusjoners struktur. Oslo, Spartacus forlag AS, (1962) 1996.
2. Berg O: Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1998, 118, 1417-21.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence Based Medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
4. Wifstad Å: Forelesning 2. februar 2000 i Medisinsk-etisk forum ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, 2000
5. Berg O: Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A: Helsepolitikk og samfunn. Oslo, Tiden Norsk Forlag, 1978.
6. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ: Purpose and procedure. Evidence-Based medicine, 1998, 3, 162-3.
7. Alver V: Helsesjekk på nettet. Dagbladet 14.05.2000, 22.
8. Nylund HK: Forskning er relevant. Fysioterapeuten 1999, 66(3), 8-9.
9. Nielsen GH: Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999, 36, 436-46.
10. Landro MI, Wangensten B (red): Bokmålsordboka definisjons- og rettskrivningsorbok. Oslo, Universitetsforlaget, 1998.
11. Berulfsen B, Gundersen D: Fremmedord og synonymer, blå ordbok. Oslo, Kunnskapsforlaget, 2000.
12. Jamtvedt G, Hilde G, Risberg MA: Kunnskapsbasert fysioterapi. Forutsetter brobygging mellom praksis og forskning. Fysioterapeuten 2000, 67(1), 22-5.
13. Ekeland TJ: Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999, 36, 1036-47.
14. Kringlen, Einar. Krisepsykologi som industri. Kronikk i Dagbladet 21.10.2000. http://www.dagbadet.no/kultur/2000/10/21/224193.html
15. Dyregrov Atle: Nødvendig krisehjelp. Kronikk i Dagbladet 4.11.2000. http://www.dagbladet.no/kultur/11/04/226479.html
16. Thornquist E: Conceiving Function. An Investigation of the Epistemological Preconditions. Coceptualizations and Methodologies in Physiotherapy. Universitetet i Oslo, 1998.
17. Thornquist E: Fagutvikling i fysioterapi. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1988.
18. Thornquist E: Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. Fysioterapeuten 1996, 63(9), 14-22.
19. Thornquist E: Kroppslig erfaring, språk og tenkning. Fysioterapeuten 1998, 65(14), 9-12.
20. Thornquist E: Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo. Ad Notam Gyldendal, 1998.

21. Engelsrud G: Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Oslo, Helsetjenesteforskning rapport nr. 1, 1990

Intervju med Britt-Vigdis Ekeli

10. november 2008

Du kom til Tromsø på slutten av 1980-tallet. Si litt om bakgrunnen.

Jeg ble utpekt til å lede et utvalg som skulle utrede fysioterapeututdanningen i Tromsø. Utvalget besto, foruten tre fysioterapeuter, av rektor Lisbeth Ytreberg fra Tromsø lærerhøgskole og et medlem fra Fagområdet for medisin på Universitetet. Jeg var den gangen lektor på Fysioterapihøgskolen i Bergen. Rektor på denne høgskolen gikk rundt med konstant dårlig samvittighet i forhold til Tromsø. Grunnen til dette var at det i 1973 av Fagområdet for medisin ved Universitetet i Tromsø var blitt utarbeidet en utredning om fysioterapiutdanning i Tromsø. Det kjente vi til i Bergen og syntes selvfølgelig at dette var spennende. Det som så skjer, er at Regjeringen i 1975 rett og slett gjør kollbøtte og sier nei til Tromsø. I stedet blir det vedtatt å starte Norges andre fysioterapeututdanning i Bergen.

Det var ikke uproblematisk for rektor Jorunn Nerby Vannes at utdanninga i Tromsø dermed ble utsatt. Hun følte nok trang til å gjøre noe for Tromsø. Så hun var svært positiv til at jeg sist på 1980-tallet påtok meg å lede arbeidet med å utrede fysioterapiutdanning i Tromsø. Vi laget en innstilling som inneholdt skisser til et studieprogram og en beregning av kostnadsrammer. Dessuten skulle utvalget utrede hvordan man skulle kvalifisere lærere til utdanningen. På det tidspunktet hadde jeg to ganger, sammen med en kollega som heter Linn Tornkvist, ledet et etter- og videreutdanningstilbud for fysioterapeuter i Bergen. Nå trør Bergen til og tilbyr seg å være fagansvarlig for en etter- og videreutdanning i generell fysioterapi i Tromsø. Dette takket Det regionale høgskolestyret i Troms ja til.

Styret vedtok også innstillingen vår, som la grunnlaget for fysioterapeututdanningen i Tromsø. Det ble samtidig vedtatt at Høgskolen i Bergen skulle ha det faglige ansvaret for etter- og videreutdanning og for å kvalifisere lærere og veiledere til denne videreutdanningen. Jeg kom opp hit som leder for denne videreutdanningen og som utsendt medarbeider for fysioterapiutdanningen i Bergen. Videreutdanningen ble gjennomført i 1988. Samtidig ble det bestemt at fysioterapiutdanningen i Tromsø skulle starte. Jeg fikk sterke oppfordringer om å søke stillingen som

http://doi.org/10.7557/15.4352

© The author. This is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

avdelingsleder for profesjonsstudiet i fysioterapi. Den dagen stillingen ble utlyst, lå det en svær annonse på kontorpulten min med oppfordring til meg om å søke. Jeg fulgte oppfordringen, og slik var det at jeg kom til Tromsø.

Og da var du i gang som leder av fysioterapistudiet i Tromsø?

Jeg begynte å planlegge det nye studiet i september 1988. Det som var viktig i første omgang, var å få en lærergruppe på plass. Skal man få til god utdanning, må man ha en viss personellmessig stabilitet rundt den. Det var viktig for meg at vi fikk flest mulig av lærerne på plass fordi jeg ønsket at vi skulle lære å tenke sammen om fag og om pedagogikk. Jeg hadde lærererfaring fra Høgskolen i Bergen. Jeg likte godt å undervise, og jeg hadde erfart at studentene likte å bli utfordret. Det var også grunnen til at jeg ble trigget av den problembaserte læringsmodellen som utvalget jeg ledet hadde gått inn for.

Vi hadde også gått inn for at vi skulle tenke fysioterapi på en litt annen måte fordi fysioterapi tidligere i dominerende grad hadde vært orientert mot mennesker mellom 20 og 60 år. Barn og ungdom falt litt utenfor, det samme gjorde eldre mennesker. Så vi la kommunehelsetjenestens behov til grunn for organisering av studiet. Vi hadde egne bolker som dekket fysioterapi til barn og unge, fysioterapi til voksne og fysioterapi til eldre.

Det å starte med blanke ark ga dere noen muligheter for å gå nye veier?

Ja, og de mulighetene ville vi utnytte. Vårt utgangspunkt var at det er mye verre å snu en 200-tusentonner i fart enn å starte fra kaia og stake ut en retning. Vi la den tradisjonelle faginndelingen på hylla og bygde studiet opp rundt tema. Vi laget altså en tematisk utdanning selv om ingen av oss egentlig hadde noe erfaring med slik undervisnings-organisering. Vi måtte bare sette oss inn i det. Vi fikk folk fra Linköping i Sverige hit for å kurse oss. Det var veldig spennende. I Bergen luktet de litt på det samme opplegget, men der var det for stor treghet i systemet. Vi jobbet intenst for å bli fortrolige med temabasert under-visning i perioden før studentene kom høsten 1989. Lærerne var ikke tilsatt før i april, så vi hadde kort tid. Vi var opptatt av å utvikle sentrale dokumenter som studieplan o.l. i fellesskap for å sikre at personalet fikk et eierforhold til dem. Gjennom dette planarbeidet fikk alle lærerne også presentert sine faglige synspunkter. Det var viktig.

Og rekrutteringen av lærere og studenter gikk greit?

Det gjorde det. Vi fikk de lærerne vi trengte, og de representerte en svært god spredning, også med tanke på hva de sto for faglig. Ja, faktisk utgjør

fire av de lærerne som var med på starten, fremdeles stammen i fagpersonalet. Stabiliteten har vært upåklagelig. Samtidig har det vært en betydelig utvikling i staben.

Du var spent foran oppstarten?

Jeg skal ikke nekte for at vi var spente på hvordan det skulle gå. Her kommer 24 unge mennesker og skal starte på sin utdanning, og hva vil skje? Jeg ligger sjeldent våken om nettene, men da studiestarten nærmet seg, var jeg såpass bekymret at det ble en og annen våkenatt. Dette blir kanskje mer begripelig ut fra det faktum at jeg var den eneste som hadde lærererfaring. Men det skulle vise seg å være en fantastisk lærergjeng. Vi utviklet studiet sammen, og vi utviklet hverandre sammen. En erfaring fra denne perioden som har satt dype spor hos meg, er verdien av at et kollegium makter å dra hverandre fremover, og samtidig makter å dra en felles sak fremover.

En viss skepsis blant medisinerne til undervisningsopplegget?

Fordi vi skulle ha en problembasert læringsmodell, trengte vi mye mindre forelesninger enn det som ellers var vanlig. Det at vi bestilte et begrenset bidrag fra medisinerne, utløste en såpass sterk reaksjon på Fagområdet medisin at høgskoledirektør Bjørn S. Hanssen og jeg ble invitert til et møte på det gamle Teoribygget på Strandveien. Her satt Bjørn og jeg på den ene siden av bordet og i overkant av ti professorer på andre siden. De lurte på hvordan vi skulle få en skikkelig fysioterapeututdanning med bare 80 forelesningstimer i anatomi, for eksempel. I Oslo hadde man til sammenligning 200 timer. Vi måtte rett og slett stå skolerett, og prøvde å forklare hvorfor vi mente vårt opplegg var en bedre måte å lære på.

Professor Trond Eskeland ble vår hovedsamarbeidspartner blant medisinerne. Han var svært skeptisk til det vi la fram og syntes ikke det var noe smart i det hele tatt. Vi måtte da gi den innrømmelsen at hvis det ikke fungerte, så skulle vi legge om kursen. Vi lovet å drive grundig og fortløpende evaluering. Når det kom til stykket, viste det seg at Eskeland fulgte våre opplegg lojalt og holdt gode oversiktsforelesninger. Med utgangspunkt i disse jobbet studentene med fagstoffet i basisgrupper, slik at de lærte det på en annen måte. Vi avholdt eksamener som bygde på konkrete problemstillinger der studentene ble utfordret til å vise hvordan deres kunnskaper i anatomi og fysiologi kunne anvendes. Da Eskeland ble bedt om å delta på samme opplegget neste år, svarte han ja uten å nøle. Han la ikke skjul på at han syntes at dette var en smart måte å lære på.

Du har fortsatt tro på problembasert læring?

Ja, det har jeg tro på. Jeg tror dette er en mye mer motiverende måte å lære på enn de tradisjonelle undervisningsmåtene. Studentene møter jo de problemene de skal forholde seg til som fagpersoner ute i feltet allerede under utdanningen. De får brynt seg i forhold til hvilken kunnskap de trenger i en konkret situasjon eller for å løse et problem knyttet til fagfeltet. Å legge opp til læringsmåter der studentene først og fremst drilles i å kunne reprodusere kunnskap, er jo noe som heldigvis ser ut til å være forlatt over hele linjen. Men likevel er det selvsagt nødvendig både å lese og å lytte for å lære. Det skal heller ikke legges skjul på at studentene opplevde den problembaserte læringa som krevende og slitsom. Men ingen betvilte læringsutbyttet. Opplegget er blitt noe modifisert, men grunnstammen er den samme. Dette betyr at studentene lærer fag med utgangspunkt i å finne svare på gitte problemstillinger.

En glup student på det første kullet var svært kritisk til problembasert læring og syntes ikke minst at det var slitsomt å jobbe i grupper. Hun måtte riktignok innrømme at dette hadde vært en viktig måte å lære på fordi studentene i tillegg til å lære fag, også lærte å samarbeide. Vi la betydelig vekt på å motivere studentene til å gripe fatt i det når gruppearbeid var preget av konflikter. Vi terpet stadig på at basisgruppene jevnlig måtte vurdere seg selv og hverandre.

Reaksjoner i Bergen og Oslo på Tromsømodellen?

Jeg tror det var delte reaksjoner. Det kom etter hvert lærere fra utdanningene både i Oslo og Bergen til oss som hospitanter for å lære. Det syntes vi var ganske festlig. Selvfølgelig var mange skeptiske til å begynne med. I Oslo bygde man på en lang tradisjon helt fra 1896, eller når det var, med fysioterapeututdanning. Den endringen vi gjorde, var ganske heftig.

Dere utviklet også et deltidsstudium med systematisk bruk av IKT?

Kvalitetsreformen gikk inn for tettere oppfølging av studentene, nærmere kontakt, mindre grupper, mer krav til arbeidsoppgaver og sånne ting. Vi følte at disse kravene langt på vei var innfridd i den utdanningsmodellen i fysioterapi som vi hadde utviklet. Vi var der hvor kvalitetsreformen ville vi skulle komme. Da ble spørsmålet for oss hvordan vi kunne gjøre utdanningen enda bedre. Men siden ressursene til utdanningen stadig var blitt redusert, ble utfordringen å finne ut hvordan vi kunne gjøre utdanningen bedre innenfor en strammere budsjettramme. Det hadde vi lyst å utforske. Da var det naturlig å trekke inn det nye mediet, informasjons- og kommunikasjonsteknologi,

på en måte som gjorde det mulig å legge opp til et deltidsstudium. Det med studiekvalitet var en ting, det andre hadde med behov å gjøre. For vi har gjennom årene hatt idrettsfolk i toppklasse som studenter. De har et behov for å dra på treningsleire og å være borte mye, pga. konkurranser osv. Spørsmålet ble da om det kunne være mulig å ta fysioterapeututdanning over lengre tid.

Men minst like viktig som hensynet til toppidrettsutøverne var nok hensynet til de særlig fra distriktene, gjerne med familieforpliktelser, som ikke kunne følge et ordinært studieprogram. Vi så tidlig at denne alternative modellen skulle være en deltidsutdanning. Spørsmålet var hvordan vi kunne utvikle en kvalitativt god modell der vi forutsatte systematisk bruk av IKT. I denne prosessen så vi også at vi måtte gjøre noe med studiet i form av å lage ny organisering av temaene. Vi var kommet dit at vi ønsket å gjøre endringer, men vi var for eksempel i tvil om hvor langt vi kunne gå uten at det gikk ut over profilen mot kommunalhelsetjenesten. For å komme videre, satte vi ned en gruppe som dro til Italia. Her laget vi et foreløpig forslag. Men det ble lagt litt til side fordi det ikke fantes penger til å starte noe nytt studium akkurat da. Men ideen var der fortsatt. Vi jobbet litt i det stille i kulissene. Vi kontaktet Nasjonalt senter for telemedisin for å få tips om bruk av ny teknologi. For vi var helt grønne når det gjaldt IKT og hvordan vi kunne få dette til. Vi ante at her lå det kanskje en mulighet, men våre forestillinger var svært så vage. Det hele var egentlig litt sprøtt. På senter for telemedisin fikk vi et tips om at de ventet besøk av en professor fra Bergen som het Britt Kropelin. Hun skulle holde et foredrag om nettbaserte studier fordi hun hadde stått bak et fullstendig nettbasert grunnfagsstudium i kunsthistorie på Universitetet i Bergen. Marianne Aars, som nok var mest tent på dette, og jeg, vi gikk på denne forelesningen til Kropelin, hvor hun presenterte opplegget i Bergen. Det var et spennende opplegg, godt pedagogisk oppbygd og selvfølgelig med flotte bilder. Et fag som kunsthistorie har jo den fordel at man har nærmest ubegrenset adgang til illustrasjonsmateriale. Men det som trigget oss, var at de hadde utviklet et verktøy for å analysere kunstverk. Det tok for seg tema som linjene i et bilde, dybden i et bilde, fargevalg, mm. Mens hun presenterte dette analyseverktøyet, så Marianne og jeg på hverandre, og vi innså nok begge at her hadde vi det vi trengte. Høsten 2002 vedtok Høgskolestyret at fysioterapeututdanningen kunne for å prøve ut et IKT-basert deltidsstudium med 12 studieplasser. Etter noen diskusjonsrunder i avdelingen, forståelig nok var noen skeptiske, ble vi på et lærermøte enige om å gå inn for dette opplegget. Vi kontaktet Britt Kropelin i Bergen og spurte om hun kunne hjelpe oss. Og hun var positiv.

Sammen med Marianne jobbet jeg da fram et forslag til hvordan vi kunne bygge opp et analyseverktøy i forhold til fysioterapi. Det var spennende å tenke gjennom faget sitt via et helt nytt medium. Hvordan kunne en ved hjelp av ny teknologi få trukket fram den erfaringskunnskapen og den måten å tenke på som preger garvete fysioterapeuter? Utfordringen var å få til å presentere dette på en måte som sikret at studentene kunne komme inn i og lære seg faget. Vi satt med tavle og kritt og forsøkte å tenke glupe tanker hvor vi heller ikke vek unna helt fundamentale spørsmål som, hva er egentlig fysioterapi? Men vi konsentrerte oss mest om å finne ut hvordan vi skulle fremstille faget. Og vi endte opp med en modell som tok utgangspunkt i at fysioterapi bygger på et møte mellom en pasient og en terapeut.

Men samtidig begrenser ikke dette møtet seg til bare å omfatte pasienten og terapeuten. Selv om modellen baserte seg på at fysioterapi har noe med møte mellom mennesker å gjøre, så dreier det seg også i høy grad om det de bringer med seg inn i dette møtet, hvordan det aktiviseres, og hva det er som skapes i selve møtet. Ut fra denne erkjennelsen laget vi et kunnskapstre. Dette treet illustrerer hvordan man skal vi tenke i forhold til pasienten, for det som er viktig, det er jo pasientens liv, livssituasjon, tanker og problem, aktiviteter eller intensjoner. Kort sagt: Hva vil pasienten med sitt liv? Når det gjelder fysioterapeuten og møtet med pasienten, utviklet vi rett og slett et system med bokser som inneholdt ulike sentrale begreper.

Vi ville altså ikke lage noen lærebok, vi ville forsøke å fremstille temaene slik at studentene kunne se fysioterapifaget som flerdimensjonalt. Når emnet er balanse, så er det lett når du går til lærebøkene og finner at det er snakk om å ha tyngdepunkt over en undersøkelsesflate. Hvor dette tyngdepunktet faller i forhold til undersøkelsesplassen, er det som avgjør balanse. Men begrepet balanse brukes på mange måter. Balanse i livet, hva vil det si å være i balanse som menneske? Så vi forsøkte å gjøre det flerdimensjonalt sånn at studentene skulle bli stimulert til å undersøke flere sider av dette i møtet med en pasient. Det ene vi gjorde var å utvikle det vi har kalt analysetreet. Det andre var å ta opp filmer av pasienter mens de ble undersøkt av fysioterapeuter i reelle eller autentiske situasjoner. Da møtte vi problemer i forhold til dette IKT-mediet. For i kunsthistorie ble bare statiske bilder brukt. Men vi måtte, for å få til vår analyse, ha bevegelse. Og noen IKT-folk i Bergen hjalp oss med å utvikle slikt materiale.

Uansett kom vi i gang med utdanningen sent på høsten i 2003. Den første, IKT-baserte deltidsutdanningen i fysioterapi i landet, kanskje i Europa, ja, i verden for det jeg vet, i Tromsø.

Dere hadde en pakke som systematisk tok IKT i bruk?

Ja, men det var jo også en samlingsbasert utdanning, også fordi man ikke kan bygge er slikt studium utelukkende på IKT. Dessuten skulle praksisfeltet trekkes inn. Mye av fysioterapeututdanningen handler om ferdighetstrening. Noe av dette kunne gjøres på samlinger, men ikke alt. Derfor var det viktig å få med fysioterapeuter på eller nær studentenes hjemsteder som lærere i ferdighetstrening. Vi forutsatte at studentene skulle ha ferdighetstrening en gang i uken med vanlige pasienter. Dette var også helt nytt. Dessuten skulle de ha de vanlige praksisperiodene, men på en litt annen måte enn det som lå i det stasjonære fulltidsstudiet.

Og du kan allerede trekke noen konklusjoner?

Ja, det første kullet ble uteksaminert etter fire år. De hadde vært med underveis på det som kan karakteriseres som et aksjonsrettet utviklingsarbeid. Marianne hadde ansvaret for å organisere praksisstudiene. Det gjorde hun i form av et utviklingsarbeid hvor både studenter, praksisveiledere og lærere var med. Studentene sa at det å jobbe ute gjorde at de fikk en mye nærmere praksisforankring av kunnskapen sin. De syntes også at samlingene på skolen var svært viktige. De kunne ikke skjønne at heltidsstudentene kunne være borte fra undervisning i det hele tatt. Samtidig måtte de lære å klare seg selv når de satt alene på sine respektive hjemplasser. De hadde kontakt med medstudenter blant annet via nettet. Studentene utviklet både en selvstendighet, og en solidaritet overfor medstudentene og et samarbeidsklima innad i gruppen som var helt fantastisk. Eksamensresultatene deres var fullt på høyde med det heltidsstudentene oppnådde. Det til tross for at de hadde dårligere gjennomsnittskarakterer fra videregående skole. De virket også svært modne. De var fysioterapeuter nesten helt fra starten av.

Noen utviklingslinjer fra starten på fysioterapiutdanningen i 1988 til Universitetet i Tromsø anno 2009?

Det ble faktisk aldri etablert noen fysioterapihøgskole i Tromsø. Grunnen var at det lå i kortene da jeg kom i 1988, at alle helsefagutdanningene i Tromsø skulle slås sammen og bli en institusjon under samme tak. Arbeidet med dette var kommet så langt at jeg som første leder for fysioterapiutdanning ikke ble tilsatt som rektor, men som avdelingsleder. Dette samkjøringsprosjektet mellom helseprofesjonsutdanningene som Høgskolestyret i Troms var ansvarlig for, fortsatte ut 1990 og til 1991 hvor vi ble samlet i en institusjon, Tromsø helsefaghøgskole. Dette skjedde samtidig som MH-bygget ble åpnet på vårparten i 1991. Jeg ble valgt som rektor for denne nyskapningen. Dette var på

den tida Gudmund Hernes herjet med høyere utdanning og argumenterte for sitt norgesnett for utdanning og forskning. Hovedparolen var at en skulle samle institusjoner. Det skulle være en høgskolesektor som hadde til hovedoppgave å utdanne profesjonsfolk til samfunnet. Disse høgskolene skulle også ta del i utviklingsarbeid rettet mot regionene. Så skulle universitetene og de vitenskapelig høyskolene ha ansvar grunnforskningen, med mer.

Tromsø helsefaghøgskole bygde på flere helseprofesjonshøgskoler?

Det var ganske spennende å skulle samle alle de ni utdanningene som skulle inn i Tromsø helsefaghøgskole. Det var grunnutdanningene i sykepleie, bioingeniør, radiograf, fysioterapi og ergoterapi som kom litt senere. Og så var det videreutdanningene for helsesøster, jordmor, eldre, og i psykiatrisk sykepleie. Alle disse skulle inn under samme tak, og Tromsø var blant de første stedene hvor en samlet disse utdanningene i en institusjon. Det var nok litt skumling om hvordan det skulle gå med så mange helsefagutdanninger samlet. Myndighetene har for øvrig helt siden 1960-tallet villet slå sammen helsefagutdanningene. Men helsefagorganisasjonene ville ha sine egne selvstendige utdanninger. Det var sterk motstand og skepsis til den sammenslåingen av utdanninger som resulterte i Tromsø helsefaghøgskole. Samtidig ble det på sentralt nivå etablert et felles råd for all høgskoleutdanning i helse og sosialfag. Der ble jeg medlem som representant for fysioterapeutene.

Å være rektor på Tromsø helsefaghøgskole lærte meg mye nytt om profesjonsidentitet og profesjonsroller. Som naiv fysioterapeut hadde jeg for eksempel levd i den villfarelse at dersom du er sykepleier, hvilket alle som har sykepleierutdanning er, både jordmødre og helsesøstre er jo sykepleiere i bunnen, så tilhørte de det samme kultursegmentet. Men dette var jo helt galt. Man tenkte helt forskjellig. En jordmor er så definitivt ikke en sykepleier, men en jordmor med en klar jordmoridentitet.

Arnfinn Andersen var første direktør. Og vi var opptatt av å etablere en sterk ledergruppe for institusjonen. Høgskoleråd var Høgskolens øverste styringsorgan. Men ledergruppen ble svært viktig i det daglige arbeidet. Jeg ønsket å være en tydelig leder som skulle tåle både ris og ros. Det var viktig at jeg som leder ikke skulle ha de gode ideene selv. Jeg ønsket å gi rom for gode ideer i personalet og få dem fram i lyset. Dette var interessant periode, men også en periode med stadig skrumpende budsjetter. Dette å finne kriterier eller nøkler for fordeling av arbeidstid og av ressurser, var en evig konfliktkime. Det ble ikke enklere av at vi hadde en ideologi om at det skulle være høyt under taket, at en vokser

gjennom å synliggjøre særtrekk, gjennom å drøfte ulikheter og kunne leve med ulikheter. Slike trekk ønsket vi rett og slett skulle være et slags varemerke. Det var både en spennende og viktig tid.

Det kom tidlig forventninger om samarbeid mellom Helsefaghøgskolen og Fagområdet medisin?

Samtidig som Hernes drev med sine meldinger, kom det også en ny helseplan i 1988, Stortingsmelding 41, helseplanen mot år 2000. I denne planen ble det slått ganske bombastisk fast at et av hoved-problemene i helsetjenesten var det dårlige samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene. Stortingsmeldingen foreslo som et prøveprosjekt å starte et opplegg for samarbeidslæring mellom helsefagutdanningene i Tromsø. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra Helsefaghøgskolen og Universitetet. Både Høgskolen og Universitetet mente at Tromsø skulle ta denne utfordringen. Jeg var medlem av den arbeidsgruppen som skulle vurdere mulighetene for et felles under-visningsopplegg og skissere et sånt opplegg. Dette foregikk samtidig som en var i ferd med å etablere Høgskolen i Tromsø, noe som innebar at Tromsø helsefaghøgskole skulle slås sammen med Ingeniørhøgskolen, Musikkonservatoriet og Lærerhøgskolen. Jeg følte at vi drev et slags dobbeltbruk. Vi skulle på den ene siden samarbeide faglig om et utdanningsopplegg med Universitetet. Så skulle vi på den annen side samorganisere oss til Høgskolen i Tromsø sammen med de andre høgskolene i Tromsø. Vi, Tromsø Helsefaghøgskole, holdt til i MH-bygget sammen med medisinsk fakultet. Dette burde åpne for muligheter til å få gjennomført noe som ville være nytt og banebrytende også på landsbasis.

Men vi merket i undervisningssamarbeidet med Universitetet at vi var to forskjellige organisasjoner med to helt forskjellige, ikke bare kulturer, men også organisatoriske prinsipper. Økonomistyring og alt annet var forskjellig, sånn at en måtte hoppe over noen tuer for å finne fram til akseptable fellesordninger. Det var i den samme hektiske perioden at jeg sammen med deg (Eivind Bråstad Jensen) som rektor på Lærerhøg-skolen utviklet ideen om å bygge en bedre forbindelse mellom de fire høgskolene og Universitetet. Utgangspunktet var et knippe på fire små høgskoler på en øy langt nord med et universitet i sitt nære naboskap. Tanken som vi etter hvert gikk ut med, var rett og slett å vurdere muligheten for å slå høgskolene sammen med Universitetet. Det ville passet oss på Helsefaghøgskolen særdeles godt, siden vi faktisk da var inne i et konkret samarbeidsopplegg med Universitetet og felles under-visning. Men tiden var nok ikke moden for det.

Felleskurs for alle helsefagutdanningene?

Samarbeidet med Universitetet førte uansett til at vi i 1992 kom i gang med det som omtales som felleskurs. Vi gjennomførte slike kurs sammen med Fagområdet medisin fra 1992 til 2000. Da ble det et skille, og felleskurset fortsatte internt på Avdeling for helsefag. Intensjonen med felleskurset var at studentene skulle utvikle en felles identitet som helsearbeidere på tvers av profesjonsgrensene. Rasjonalet var at alle helsefaggrupper har noe om etikk, kommunikasjon, helsetjeneste, taushetsplikt, med mer i sine studieopplegg. Hvorfor kunne vi ikke slå dette sammen og organisere undervisningen rundt små basisgrupper satt sammen av studenter fra forskjellige utdanninger, slik at de skulle lære å samarbeide.

Når dette skulle settes ut i livet, ble det et svært opplegg med alle medisinerstudentene og sykepleierstudentene og alle de andre studentene. Jeg tror vi hadde 32 grupper med 8 studenter og en veileder i hver gruppe. Dette her skulle inn på timeplanen, og en skulle finne rom til alle gruppene. Da vi startet med dette i 1992, sto rektor Mjøs og jeg sammen på talerstolen og holdt en felles tale hvor vi til dels hadde talekor. Studentene klappet entusiastisk. Programmet, innholdet for felleskurset, var utarbeidet av lærergrupper med deltakere fra alle utdanningene. De hadde en tøff jobb. For i denne gruppen kom alt det fram som ikke var synlig på en felles arena. Da kom alle forskjellene i faglig og i pedagogisk tenkning fram i lyset. Det handlet også om usikkerhet i forhold til hverandre og om stereotypier man hadde om hverandre. Det ble jul uten at denne lærergruppen hadde fått til noen ting. Men etter hvert maktet de å stille ferdig et opplegg.

Evalueringen av kurset var så som så. Typiske eksempler på studentvurderinger: «Egentlig har vi ikke lært så mye av det, men vi ser at dette her, det er et veldig viktig tiltak. (...)» «Det meste var galt, bortsett fra ideen. Den var studentene og lærerne veldig begeistret for.» Den ene evalueringen etter den andre sa det samme, uansett hvor mye opplegget ble forandret. Gjennomgangsmelodien var altså at «dette må bli bedre, men ideen er god». Så hadde sykepleierne behov for å trekke seg ut i en periode. Det likte ikke medisinerne. «Hvorfor skal de trekkes ut, hvorfor ikke vi.» Til slutt ble det vel nesten slik at enten kunne legestudenter eller sykepleierstudenter delta på felleskurset. Det ble et skisma i 2000, og etterpå har Høgskolen gjennomført felleskurset alene.

Du er i gang med doktorgradsarbeid?

Fysioterapi har som fag flere røtter. Men det er det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget som er det mest markante i fysioterapeututdanningen.

Gjennom mitt arbeid som fysioterapeut og som utdanner har jeg sett at det er en del ting i pasientbehandlingen, i møtet med pasienter, som ikke fanges opp av dette biomedisinske perspektivet. Det handler om måten å forstå sykdom på, måten å forstå pasientens helhetssituasjon på og måten å forstå forholdet mellom liv og sykdom hos pasienten på. Jeg hadde behov for et nytt perspektiv på dette. Det førte til at jeg begynte å studere sosialantropologi mens jeg var rektor. Jeg måtte starte helt på bunnen med grunnfag og mellomfag. Etter hvert ble det også hovedfag, og hovedfagsoppgaven handlet om en gruppe mennesker som hadde fått diagnosen fibromyalgi. Dette er en «tvilsom» diagnose fordi den mangler entydig observerbare symptomer. Tradisjonell skolemedisin forutsetter en klar årsak til lidelsen og en klar måte å behandle den på. Slik er det ikke med fibromyalgi. Etter avsluttet hovedfag gikk jeg tilbake til fysioterapi.

Mens vi enda holdt på med dette felleskurset, ble det søkt til departementet om en stipendiatstilling for å evaluere og analysere opplegget, som da var unikt i landet. Så jeg fikk, da denne stipendiatstillingen ble lyst ut, sterke oppfordringer om å søke. Det gjorde jeg likevel ikke, men det var det heller ikke andre som gjorde. Da kom dekanen til meg og sa: «Kan du tenke deg å gjøre et doktorgradsarbeid på dette her. Vi har en stipendiatstilling, departementet sier at de tar tilbake pengene nå hvis ikke vi får tilsatt et menneske snart.» Umiddelbart virket ikke dette særlig fristende. Jeg syntes jeg hadde jobbet nok med dette, med alle evalueringene og med å motivere lærere. Men samtidig var det selvsagt smigrende å få en så entydig oppfordring. Jeg hadde svært kort tid på meg, da en prosjektskisse måtte være i løpet av tre uker. For å gå inn i stipendiatstillingen forutsatte det nemlig at jeg ble tatt opp som doktorgradsstudent på Universitetet. En fikk ikke stipendiatstilling uten å være opptatt der. Tidspresset var nok medvirkende til at jeg bestemte meg for å søke.

I arbeidet med prosjektskissen søkte jeg etter resultater av tidligere forskning om samarbeid på tvers av profesjonsgrensene, siden doktorarbeidet mitt skulle vinkles inn mot slikt samarbeid. Jeg ble da overrasket over hvor lite som var gjort av forskning på dette feltet. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i felleskurset for helsefagstudentene. Studenter som har gått dette kurset, har vært viktige informanter. Jeg har i den forbindelse gjennomført flere fokusgruppeintervju med dem.

At studentene hele tida har evaluert opplegget for felleskurset, er greit. Men egentlig tror jeg at det først er etter at studentene har vært ute i arbeid som ferdige kandidater en stund, at de har et godt grunnlag for å vurdere effekten av felleskurset. Mitt doktorgradsarbeid tar sikte på å

finne ut mest mulig om hvor og hvorfor det skjærer seg mellom fagfolkene ute i feltet. Hva er det rett og slett som er problemet når det gjelder slikt samarbeid? Da har det også blitt nødvendig å gjøre feltarbeid ute i kommunehelsetjenesten og i institusjonshelsetjenesten. Så på bakgrunn av det jeg gjennom slike undersøkelser har innhentet av data og vurderinger, skal jeg ikke legge skjul på jeg har fått et litt annet bilde enn det jeg hadde i utgangspunktet. Jeg kan innrømme at som en ivrig forkjemper for og forsvarer av felleskurset, opplevde jeg tilbakemeldingene fra tidligere studenter som ikke så lite av et realitetssjokk.

Og nå er fusjonen mellom Høgskolen og Universitetet en realitet?

Så tidlig som i 1992 sto vi jo litt på barrikadene for å få en sammenslåing mellom Universitetet og Høgskolen. Det syntes fornuftig da. Hovedgrunnen til mitt engasjement var trua på at en fusjon ville legge bedre organisatorisk til rette for å få til god faglig virksomhet. Men dette ble det ikke noe av. Men Høgskolens og Universitetets helsefagutdanninger ble samlokalisert i MH-bygget alt i 1991. Gjennom mitt eget studium i sosialantropologi har jeg registrert noen klare forskjeller i måten å tenke på i universitets- og høgskolemiljøet. Høgskolen har en del viktige perspektiver og verdier som jeg ikke finner igjen på Universitetet. Det er naturlig, all den tid Universiteter har en innarbeidet tradisjon med å gi disiplinære utdanninger. Her er det disiplinene og grunnforskningen som rår grunnen. Her prioriteres forskningen foran undervisningen. Da kvalitetsreformen kom, var universitetene hovedadressaten, fordi at man innså at noe måtte gjøres noe med undervisningen for å få bedre studentgjennomstrømning.

Profesjonsutdanninger i nær kontakt med praksisfeltet har vært et svært tydelig trekk ved våre utdanninger på Avdeling for helsefag. Målet er hele tiden å legge opp til undervisning som utfordrer studentene, som gjennomføres i nært samarbeid med praksisfeltet og som streber mot en helhetlig utdanning. Her kommer også forskning inn i bildet. Slik forskning bør, så langt det er mulig, bygge på konkret yrkesutøvelse og eksempelvis analysere hva som karakteriserer møtet mellom fysioterapeut og pasient i en behandlingssituasjon? Hva er det som fører til endringer hos pasienten? Hvordan kan man se dette som utslag av behandlingen?

Mitt inntrykk er at helsefagene ved Høgskolen er preget av en mer helhetlig tenking enn det som ligger i medisinstudiet på Universitetet. Der har nemlig den medisinske forskningsideologien vært idealet for

forskning og undervisning. Denne ideologien er basert på det kunnskapssynet som har vært rådende her i vesten siden opplysningstiden på 1700-tallet. I vår tid ser vi en stadig større andel av kroniske plager, lidelser og sykdommer som medisinen ikke klarer å fange opp gjennom sine forskningsdrevne tilnærmingsmåter. Jeg tror at vi på helsefagutdanning står i en friere posisjon til å utforske metodiske tilnærminger på sidelinjen av tradisjonell skolemedisin. Dette kan brukes som et argument mot fusjon med Universitetet. Så jeg har faktisk vært i tvil noen ganger på om fusjonen utelukkende vil være positivt for det som før var helsefagutdanningene ved Høgskolen i Tromsø.

En organisasjon er en slags størknet ideologi. Da er det klart at både det å være i mindretall og det å komme inn under en institusjon som har så sterkt fokus på den type forskning som jeg nettopp har snakket om, vil kunne minke handlingsrommet for annen type forskning. Vi har langt igjen før personalet fra Høgskolen er på høyde med Universitetets. Og vi vet ikke hvordan dette vil slå ut i den nye organisasjonen. I Høgskolens helsefagmiljøer har det vært trukket fram som svært verdifullt i seg selv, å ha praksisfeltet under huden som en sentral del av kompetansen. Og da kan man heller ikke si at ja, da må fagpersonalet redusere eller forlate denne forankringen for å kunne kaste over studier som er relevante på veien mot en professortittel.

Ordningen med førstelektor- og dosentløpet synliggjør et fokus på en annen type kompetanse enn den som til vanlig er blitt vektlagt på Universitetet. Det dreier seg om kompetanse som må være viktig å vektlegge i det nye Universitetet.

Men tross mine betenkeligheter med fusjonen, sa jeg ja til å være med i styringsgruppen for fusjonsprosessen. Noe av min skepsis bunnet nok også i det som skjedde i kjølvannet av innstillinga fra utvalget som skulle utrede fusjon på slutten 1900-tallet. Det var rektorene på henholdsvis Høgskolen og Universitetet, Lisbeth Ytreberg og Tove Bull, som hadde tatt initiativ til å få utredet mulighetene for å slå sammen de to institusjonene. Innstillinga fra utvalget som fikk den megetsigende tittel *Venner for livet*, ble møtt med både skepsis og direkte motstand i deler av universitetsmiljøet. Reaksjonene var så negative at innstillingen ble lagt på is, i likhet med spørsmålet om fusjon. Men så har jo verden utviklet seg, og jeg vet ikke hva som har vært de største drivkreftene, for der har ikke jeg vært med. Men det er klart at høyere utdanning i dag er preget av kamp om studenter, for å kunne drive en god utdanning i en tid da økonomien er avhengig av produserte studiepoeng og vitenskapelige artikler. Studiepoengene er jo det vesentlige her. I et slikt

perspektiv blir Høgskolen, med alle sine studiepoeng, interessant for Universitetet.

Dette kan ha bidratt til at spørsmålet om fusjon kom opp i 2005. Da ble det i hvert fall blåst liv i fusjonsplanene på nytt. Jeg svarte, riktig nok litt nølende, ja til å sitte i styringsgruppa for en fusjonsprosess som det har vært interessant å følge. Denne prosessen er blitt kritisert for å ha vært toppstyrt. Det har vært hevdet at de to institusjonenes toppledelse i utgangspunktet hadde bestemt seg for sammenslåing og at vi på grunnplanet ikke har hatt noen påvirkningsmulighet. Men vi i styringsgruppen har hvert fall lagt vekt på å arbeide så åpent som mulig. Vi har lagt alt åpent ut på nettet, fra styrepapirer til debattinnlegg.

Nå er fusjonen en realitet. Og jeg ser muligheter til at høgskoleverdiene ikke bare kan leve videre i det nye Universitetet, men at de kan være med å prege det. Da tenker jeg først og fremst på dette med nærheten til praksisfeltet.

Så det blir kanskje din hovedutfordring som prorektor?

Ja, det blir en viktig utfordring. Det er mange utfordringer. Hadde jo aldri tenkt meg selv i denne situasjonen, men det å få være på et lag med Jarle Aarbakke og Curt Rice, som virkelig ser mulighetene i fusjonen, virker motiverende. Når to organisasjoner går sammen på denne måten, skal det skapes noe nytt. Det skal ikke være sånn som det i stor grad har vært innenfor Høgskolen, at de ulike utdanningene, helsefag, lærerutdanning, musikk og ingeniør- og økonomifag levde hver for seg i trygg avstand fra hverandre. Det har, for å si det mildt, ikke vært den helt store samordningen. Paradoksalt nok ser jeg bedre muligheter nå etter fusjonen til å få til noe på dette området. Det blir en utfordring, men jeg tror at vi har muligheter til å skape noe virkelig nytt. Min prorektorkollega og jeg skal jo nå dra rundt og snakke med fagmiljøene. Vi er opptatt av å høre hvilke tanker de har, også hva som bekymrer dem med fusjonen.

Du kom til Tromsø for 20 år siden. Hadde du et langvarig opphold i tankene?

Overhodet ikke. Jeg synes egentlig det var ganske tøft å skulle komme opp for å bygge opp og lede en fysioterapiutdanning. Jeg sto ikke helt på bar bakke. Jeg laget studieplanene til utdanningen i Bergen sammen med rektor. Det syntes jeg var spennende. Men i Tromsø fikk jeg personalansvar, ansvar for arbeidsplaner, økonomi, anskaffelse av inventar og utstyr og en rekke andre mer og mindre trivielle oppgaver. Har lyst til å understreke at jeg fra jeg begynte i en slik lederstilling, har

savnet studentene. Jeg har savnet det å stå i klasserommet og være i dialog med studentene. Da jeg kom nordover, hadde jeg ikke noen form for ledererfaring. Det var noen svarte øyeblikk den første tiden da jeg tenkte at her har jeg fått flyttelasset opp, kanskje det ikke er så lang tid til jeg må ta det ned. Men uansett var det ikke i mine tanker at jeg skulle bli så lenge.

Den første våren var det tøffest. Jeg satt en helg i april da det falt en halv meter snø og tenkte at dette går ikke an. Dette var på en tid av året da krokusene var avblomstret, og det var like før det samme skjedde med påskeliljene i Bergen. Det var lyst og fint og alt det der, men det var snø. Så jeg lurte nok litt på hva jeg egentlig hadde her oppe å gjøre. Men slike tanker har det etter hvert blitt stadig mindre av. Mørketiden har aldri plaget meg. Jeg synes jo nesten mørketiden er mer eksotisk enn midnattssolen. Synes det er fantastisk å gå ut og se på den der fløyelsblå himmelen og nordlyset. Jeg stopper opp hver gang jeg ser nordlyset. Synes det er helt fantastisk. Men så har jeg jo da vokst opp med en mormor fra Senja. For det første snakket hun nordlending tvers gjennom i hele sitt liv. For det andre fortalte hun oss så mye fascinerende fra Nord-Norge, særlig fra Senja. Hun tok oss også mye med på tur i skog og mark, mormor elsket rideturer ute i naturen. Så hun etterlot seg nok noe som har vært med meg. Hennes nordnorske begreper har jeg også i hodet.