

Evidens i møte med den enkelte pasienten



Kjersti Nedreskår

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

kjersti.nedre@gmail.com

Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Funn fra gruppestudier får praktisk verdi når de integreres med evidens fra andre forskningsdesign og den aktuelle konteksten psykologen står i.



Kjersti Nedreskår

Foto: Thomas Birkeland

Som psykologer må vi forholde oss til ulike kunnskapskilder. I 2007 utarbeidet Norsk psykologforening Prinsipperklæringen for psykologisk praksis, som vi skal forholde oss til blant annet når vi velger tilnærming i terapi (Norsk psykologforening, 2007). Jeg mener det er et problem at kvantitativ forskning, og da særlig gruppestudier, tilsynelatende har fått en forrang i kunnskapshierarkiet. Jeg vil argumentere for at integreringen av evidens i møte med enkeltindividet er kjernen i psykologvirket, og at såkalt taus kunnskap må sidestilles med det som kan måles.

Å hjelpe enkeltmennesket

Basert på prinsipperklæringen mener jeg vi må skille evidensbasert psykologisk *praksis* fra en evidensbasert *intervensjon*. Evidensbasert psykologisk praksis er terapien vi utøver som helhet. Timing, samarbeid, empati og gode faglige vurderinger er en del av bildet. Når en intervensjon har evidens fra gruppestudier, har den vist seg å være virksom isolert sett for et tilstrekkelig antall pasienter. Det forteller oss noe om sannsynligheten for at noe kan hjelpe. I praksis må terapeuten vurdere om det er grunn til å tro at det vil være virksomt i møte med den enkelte pasienten.

Det vil si at selv om gruppestudier viser at for eksempel kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser er hjelpsomt ved anoreksi, kan jeg likevel ikke vite om det hjelper den spesifikke pasienten med anoreksi som sitter foran meg. Det som er hjelpsomt for noen, kan skade en annen. Jeg har snakket med folk som har fått det verre av å bli fortalt at de må tenke annerledes for å komme ut av depresjonen, når depresjonen først og fremst har vært situasjonsbetinget. Fleksibilitet i møte med den enkelte er avgjørende for om vi utøver god terapi. Hvorvidt intervensjonene har støtte i

gruppestudier, er bare en liten del av det som avgjør om terapien blir virksom. Intervensjonen er som spiker når vi bygger et hus. Vi må ha gode spikere, men det vesentlige er likevel snekkerens evne til å velge riktige materialer på riktig sted.



Illustrasjon: Hilde Thomsen

Norcross og Lambert (2019) hevder det er problematisk å snakke om evidensbasert terapi uten å inkludere relasjonen og terapeutens fleksibilitet og timing i møte med en enkelt pasient og setting. De mener det ikke bare er en alvorlig reduserende måte å omtale terapi på, men også misvisende. Jeg får noen ganger en følelse av at når vi snakker om evidens, kutter vi terapi opp i biter og snakker som om hver bit er meningsfull alene. Vi må nødvendigvis isolere enkeltdeler i forskning, men i selve den psykologfaglige utøvelsen er det essensielt at vi integrerer kunnskapen den gir. Selv robuste forskningsfunn kan få andre utfall i andre kontekster (Greenhalgh, 2018). Kun i en gitt kontekst kan vi derfor snakke om evidensbasert *praksis*. *Evidens* betyr informasjon som gir oss grunn til å tro at noe kan være sant, og jobben vår er å finne ut om det er grunn til å tro at det er sant i den relevante konteksten.

Kunnskapshierarkiet og maktkamp

God kunnskapsintegrering avhenger av at relevant kunnskap er tilgjengelig. Men hvilken type kunnskap som er best tilgjengelig, mener jeg ikke er tilfeldig. Jeg utdannet meg til psykolog fordi jeg jobbet som assistent på en akuttavdeling hvor det ble brukt det jeg opplevde som unødvendig mye tvang og inhumane metoder. Jeg håpet på å lære om mer relasjonelle metoder på universitetet, hvilket jeg gjorde. Men jeg skjønnte ikke hvorfor slik kunnskap ikke ble brukt. Noen virksomme intervensjoner brukes nemlig sjelden, og noen av intervensjonene som brukes, har vist seg å ikke være virksomme.

I mitt pågående doktorgradsforløp om implementering har jeg begynt å skjønne at hvilken kunnskap som formidles, og hvilken kunnskap som tas på alvor, er svært komplekst. Det avhenger av lag med makt, verdier og vurderinger som ikke nødvendigvis er evidensbaserte.



Det har over flere tiår blitt skrevet om at det er solid evidens for at alle terapiretninger er omtrent like virksomme, mens variasjoner i terapeutferdigheter i større grad predikerer om terapien blir virksom. Det hadde vært logisk om det førte til økt oppmerksomhet på humanistisk og kvalitativ forskning, men det har ikke påvirket den rådende måten vi snakker om ulike typer forskningsmessig støtte på. For meg ser det ut som at gruppestudier ligger på toppen i kunnskapshierarkiet, som om vårt viktigste spørsmål er hvordan vi kan standardisere helsehjelpen (Martinsen & Boge, 2004). Det er verken verdinøytralt eller selvsagt. Standardisering kan derimot føre til at mange pasienter ikke får helsehjelp som er nyttig for dem, eller at behandleren ikke er oppmerksom nok på at helsehjelp som har evidens på gruppenivå, også kan skade.

At vi styres av verdier, er naturlig. Problemet oppstår når verdiene blandes sammen med faglige argumenter. I samfunnet vårt er det målbare plassert høyt i kunnskapshierarkiet, og over det relasjonelle og omsorgsfulle, tause og kroppslige. Det er likevel et langt og ulogisk hopp fra dette til at kvantitativ forskning er det viktigste for psykologisk praksis. Det er som den gamle maktkampen der kvinners omsorg ses på som mindre viktig enn menns økonomiske bidrag til familien. Jeg mener det er en tragedie at den skjeve vektingen av det kvantitative spilles ut i en tradisjon som burde ha ryggrad til å verne om det menneskelige. Vi bør vokte oss vel for å neglisjere kvalitative metoder og den mer tause kunnskapen. Når solid evidens peker på at relasjonelle ferdigheter er det som i størst grad gir virksom terapi, må vi vektlegge dette i stedet for å nedvurdere det.

Betydningen av taus kunnskap

I min kvalitative forskning ser jeg maktkampen utspille seg. Det er to «parter», der den ene parten har myndighet og kontroll og den andre parten utøver helsehjelp. De som har myndighet, uttaler seg gjerne om hva pasientene trenger basert på effekt på gruppenivå. De som *gir* helsehjelpen, har en kroppslig og relasjonell kunnskap som de gjerne ønsker å bruke for å individualisere hjelpen. Hjelpen kan omhandle noe så konkret som lys. Hvilket lys er bra generelt, og hvilket lys er bra for eksempel for «Gurine»? Hvis Gurine ikke kan snakke, må hjelperne basere vurderingen på kroppslig kunnskap. De merker kanskje at hun synker sammen i kroppen i skarpt lys, eller at hun sover bedre om nattbordslampen er på. Dette kan det være vanskelig å sette ord på: De *fornemmer* at det er sånn. Hvordan kan denne kunnskapen hevde seg mot gruppestudiene? Det ene er ikke mer sant enn det andre, men vi ser ulike sider av det samme problemet. Jeg mener de to kunnskapsformene bør sidestilles og integreres i én helhetlig forståelse.

I terapi kan vi gjerne ane en smerte hos en pasient, uten å kunne sette ord på eller forklare den. Vi kan for eksempel få en fornemmelse av at pasienten ikke ønsker endring, til tross for at vedkommende er aktiv i timene. Ofte er vi ikke bevisste på hva vi fanger opp som gir oss disse fornemmelsene. Vi har ikke alltid tanker og ord for alt vi føler og opplever. Mennesket er et dyr som også bærer smerten skjult, gjemt i en knyttet neve og et nedvendt blikk. I vurderingen av om terapien er virksom eller til skade, er det slike pasienter jeg har vært mest redd for å skade. De som ikke har forstått eller klart å si hva som gjør livet så vanskelig for dem. De som sitter stille på stolen time etter time, men som er desperate etter hjelp. De som skader seg selv uten å klare å si hva de har opplevd. De som ikke stoler på noen, og som ikke kan lene seg bak i stolen i frykt for at stolryggen ikke skal ta imot dem.

Gjør gjerne gruppestudier, men fortell meg ikke at de gir tilstrekkelig svar på hvordan jeg skal hjelpe enkeltmennesket som sitter foran meg. Til det trenger jeg også min tause, relasjonelle kunnskap.



Evidens er virksom når den integreres

Jeg vil gå litt tilbake til hjelperne som vil tilpasse lyset til hver enkelt pasient. Hvis evidensen fra gruppestudier ikke viser seg å stemme i konteksten de er i, spiller det ingen rolle hvor virksomt det har vært i gruppestudier. Her blir jeg opptatt av å unngå en maktkamp og heller forsøke å inkludere begge kunnskapssynene. Jeg tror vi må starte med å være enige om at praksis er noe annet enn forskning, og jekke ned perspektivet som gir gruppestudier forrang. Vi kan ikke sette kunnskap som skal ha praktisk verdi, inn i et hierarki. Evidens fra gruppestudier er bare meningsbærende når den er en del av en praktisk relevant helhet. Spørsmålet vi bør stille, er: Er terapien jeg gjør med en enkelt pasient evidensbasert? Spørsmålet mener jeg best besvares med et mangfold av evidens basert på ulike metoder, forskningsdesign, relasjonell kunnskap, selvrefleksjon og ikke minst klok integrering av alt dette.

Referanser

- Greenhalgh, T. (2018). *How to implement evidence-based healthcare*. John Wiley & Sons Ltd.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 92(13), 58–61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0010>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). 'What Works in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices'. I J. C. Norcross, & M. J. Lambert (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg.). Oxford University Press.
- Norsk psykologforening (2007). *Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykologprofesjonen/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>