

Persontilpasset

Bjørnar Olsen
Sjefredaktør

POLITIKERNE VIL HA et behandlingsapparat som bygger på den beste, mest (kostnads)effektive behandlingen, helst slik den er dokumentert i RCT-studier. Samtidig ønsker de å gi brukerne størst mulig valgfrihet, både med tanke på hvor og hvordan man skal behandles. Signaler om brukermedvirkning, samvalg og pasientens helsetjenester er imidlertid ikke alltid like enkle å forene med krav om at helseprofesjonene skal drive evidensbasert og følge offentlige behandlingsveiledere.

Noen nylige debatter illustrerer spenningen i helsefeltet: Den ene springer ut av psykiater Jon Ivar Røssbergs innlegg i Aftenposten 13. juni. Her peker han på at vedtaket om medikamentfrie tilbud er basert på politiske beslutninger, og ikke er i tråd med forskningsevidensen. Psykologforeningens president Hofgaard sier seg enig i dette to dager senere på sin blogg i Dagens medisin – med en stor forskjell: Han mener det er helt legitimt at helseministeren «gir uttrykk for et verdiladet politisk syn – ikke ikke evidensbasert helsefag» når medikamentfrie tilbud skal innføres.

Det er i møtet med helsearbeiderne at brukermedvirkning utøves og forskning anvendes – og politiske føringer blir til praksis

En tilsvarende tematikk berøres av kommuneoverlege Elisabeth Swensen i forrige utgave av Psykologtidsskriftet: Brukermedvirkning kan ikke innebære at pasienten får ansvar for tjenestetilbudet, for behandlingen må basere seg på beste «tilgjengelige kunnskap – i vår kultur anerkjent vitenskap og oppsummerte, systematiserte og etterprøvbare metoder».

Men heller ikke forskningsevidensen, spesielt slik den kommer til uttrykk i nasjonale retningslinjer for behandling, går fri for kritikk. Legetidsskriftets sjefredaktør Are Brean skriver at en stadig voksende portefølje av konkurrerende retningslinjer for behandling er et praktisk problem for klinikere (Legetidsskriftet, nr. 8, 2016). Retningslinjene bygger på et kunnskapssyn som toner ned den kliniske ekspertisen. I en tid hvor man stadig oftere møter begrepet persontilpasset medisin, ender vi med retningslinjer som i stedet bygger på en fiktiv gjennomsnittspasient som knapt finnes igjen i en aldrende populasjon med sammensatte lidelser.

Det kan se ut som om det hersker en forvirring om hvilken kunnskapsbase behandlingstilbudet skal bygge på: brukerens levde liv, klinisk erfaring, forskningen eller politiske føringer? Og den kunnskapsbasen som for tiden får minst drahjelp, er den som forvaltes av personene som faktisk har ansvaret for å utøve helsehjelpen: Den kliniske ekspertisen. Men det er nettopp i møtet med helsearbeiderne at brukermedvirkning utøves og forskning anvendes – og politiske føringer blir til praksis.

De ulike kunnskapsbasene er selvsagt ikke motsetninger, noe Psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis forteller: Det handler om klinisk ekspertise, skreddersøm til pasienten og best tilgjengelig forskning. Og det er dette evidensbegrepet som bør få helsepolitisk kraft, der det åpner for brukerens levde liv, klinikerens erfaring og forskningsevidensen.