

Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15, 2011

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15: *Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet*

© 2011 forfatterne og udgiverne

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Gæsteredaktører:

Ulf Kåre Jansbøl, Dansk Sundhedsinstitut, København
Katrine Schepelern Johansen, Institut for Antropologi, Københavns Universitet
Marius Brostrøm Kousgaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

Peer review foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Emil Mølgaard Morell

Layout og prepress: Ea Rasmussen

Tryk: Werk Offset, Højbjerg

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg

Bestilling og abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg
Torsdag kl. 13.00-16.00, tlf. 89424597
Email: sydomogsamfund@hum.au.dk
Hjemmeside: ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sydomogsamfund

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Kåre Jansbøl, Katrine Schepelern Johansen & Marius Brostrøm Kousgaard

Introduktion 5

Kjeld Høgsbro

Evidensbaseret praksis – forhåbninger, begrænsninger og muligheder 11

Morten Hulvej Rod

Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse 31

Nichlas Permin Berger & Karsten Vrangbæk

Kan MTV styrkes ved brug af realistisk evaluering?

– Udfordringer, barrierer og muligheder ved brug af realistisk evaluering til vurdering af komplekse behandlingsteknologier 55

Katrine Schepelern Johansen & Kathrine Louise Bro Ludvigsen

Antropologiske evalueringer af misbrugsbehandling

– viden om kompleksitet, relationer og hverdagspraksis 77

Maria Laura Lippert

Kvalitetsmålinger i almen praksis: ny teknologi og gamle logikker 97

Morten Knudsen

Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem 121

Peter Dahler-Larsen

Om evalueringens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer 149

Abstracts in English 165

Forfatterliste 171

Skrivevejledning 173

Beskrivelse af nr. 16 176

Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse

Morten Hulvej Rod

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
mhj@si-folkesundhed.dk

Hulvej Rod, M. (2011). Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 15, 31-54.

Inden for den kliniske medicin er effektevalueringer og et dertilhørende ideal om evidensbaseret praksis en fremherskende måde at vurdere og reflektere over praksis, som i disse år er ved at sprede sig til andre af velfærdsstatens områder. Det gælder ikke mindst forebyggelsen. Denne artikel ser nærmere på de forestillinger, der knytter sig til effektevalueringer og evidensbaseret praksis. Jeg undersøger, hvilke konsekvenser det har haft i kommunale forebyggelseskredse, at det særlige specialistsprog, jeg kalder evidenssproget, har fået en stigende udbredelse og anerkendelse. På baggrund af etnografisk feltarbejde med kommunale forebyggelsespraktikere (nærmere betegnet deltagelse ved en række møder og seminarer), samt en analyse af udvalgte rapporter om evidens i forebyggelse, diskuterer jeg, hvordan der med evidenssproget breder sig nogle specifikke forestillinger om viden og virkning. Jeg argumenterer afslutningsvis for, at evidenssproget og de dertilhørende forestillinger har nogle u hensigtsmæssige virkninger for relationen mellem forskning og praksis.

Indledning

Da den nye sundhedslov trådte i kraft i januar 2007, fik kommunerne hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. I tiden omkring den nye lovgivnings ikrafttræden bredte der sig imidlertid en tvivlrådig stemning i kommunerne. Det viste sig nemlig at være vanskeligt for de kommunale sundhedsfolk at iværksætte forebyggelsespolitikker og -indsatser, som kunne siges at have en dokumenteret forebyggende effekt. "Vi ved ikke, hvad der virker" blev noget nær et mantra, der igen og igen blev gentaget af forskere, politikere og embedsmænd. Alle kunne være enige om, at forebyggelsen skulle være evidensbaseret, men mængden af foreliggende evidens, der kunne påvise effekterne af konkrete forebyggelsestiltag, viste sig at være stærkt begrænset.

Tidens udtalte fokus på den manglende evidens kan blandt andet tilskrives forebyggelsens faglige slægtskab med den kliniske medicin, hvor effektevalueringer er den mest udbredte og betydningsfulde form for evaluering. Som navnet antyder, har denne form for evaluering til hensigt at undersøge, hvorvidt en bestemt form for behandling er i stand til at levere de efterspurgte effekter, i form af f.eks. helbredelse og overlevelse af sygdom. Det er således en evalueringsform, der er interesseret i at etablere evidens for kausale relationer mellem en behandling (som årsag) og dennes virkninger. Selvom der blandt læger langt fra hersker enighed om, hvilken rolle evidens for behandlingseffekter kan og bør spille i klinisk praksis (se f.eks. Loughlin, 2003; Gray, 2005), nyder et ideal om evidensbaseret praksis stor udbredelse i den medicinske verden, og der lægges i stigende grad vægt på vigtigheden af netop den kausale evidens, når læger udskriver recepter og ordinerer bestemte former for behandling.

Der er noget selvindlysende fornuftigt og rigtigt ved den tanke, at læger nødtigt skal ordinere medicin til patienter uden at vide, om det virker eller ej, og at kommunerne ligeledes ikke bør iværksætte tiltag uden dokumenteret effekt. Idealet om evidensbaseret praksis er således forbundet med en 'sund fornuft' (jf. Goldenberg, 2006), som uden tvivl også har betydning for, at effektevalueringer og fordringer om evidensbaseret praksis i disse år vinder indpas på andre velfærdsområder end den kliniske medicin. Der er f.eks. blevet etableret et forskningscenter ved Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), der arbejder med evidens og effektmåling på det sociale område, og Danmarks Pædagogiske Universitets-skole har nedsat et såkaldt 'Clearinghouse' for evidens på uddannelsesområdet.

I denne artikel ser jeg nærmere på, hvordan udbredelsen af det, jeg kalder 'evidenssproget', har sat sit præg på forebyggelsesfeltet og på kommunernes forebyg-

gelsesindsats. Jeg argumenterer for, at det næppe giver mening at tale om en endtydig evidenstankegang, der breder sig ud over velfærdslandskabet. Til gengæld viser jeg, at et særligt og dominerende specialistsprog er med til at transformere og ensrette de forestillinger om viden og virkning, der gør sig gældende i forebyggelsesfeltet, og jeg peger på, at dette har nogle uheldige konsekvenser for relationen mellem forskning og praksis. Artiklen er baseret på etnografisk feltarbejde med kommunale forebyggelsespraktikere, og jeg fokuserer her på den del af mit materiale, hvor disse 'forebyggere' mest eksplicit forholder sig til evidensbaseret praksis. Nærmere betegnet bygger jeg min analyse på deltagelse ved en række møder og seminarer samt en gennemgang af udvalgte rapporter omhandlende evidens i forebyggelse.

Jeg begynder med en empirisk funderet beskrivelse af den debat om evidens, der har udspillet sig i danske forebyggelseskredse. Dernæst præsenterer jeg en analyse af denne debat, hvor jeg trækker på Pierre Bourdieus ideer om sprog og viden. Jeg diskuterer nogle idehistoriske forudsætninger for debatten med særligt fokus på de forestillinger om viden og virkning, som kommer til orde med evidenssproget. I den forbindelse ser jeg nærmere på, hvordan evidenssproget konkret er med til at forme tænkningen omkring forebyggelse af unges brug af alkohol.

Evidensdebatten

De senere år er der med jævne mellemrum udkommet rapporter fra institutioner som Sundhedsstyrelsen, DSI Institut for Sundhedsvæsen og Kommunernes Landsforening (KL), der med kommunale forebyggelsespraktikere som det primære publikum forsøger at etablere en forståelse af, hvordan man skal forholde sig til spørgsmålet om evidensbaseret praksis i forebyggelsen.

Overordnet set tilstræber disse rapporter at fortolke evidenstankegangen, så den lader sig anvende af forebyggerne. Som nævnt er det imidlertid ikke kun inden for forebyggelse, at evidenstankegangen har vundet udbredelse. Forskningsinstitutionen Anvendt Kommunalforskning (AKF) har med to rapporter forsøgt at skabe et overblik over "evidensbevægelsens udbredelse, organisering og arbejdsform" (Bhatti, Hansen, & Rieper, 2006) og nogle centrale metodede-batter, der er opstået i den forbindelse (Rieper & Hansen, 2007). I disse to rapporter bliver evidenstankegangen beskrevet og diskuteret ud fra et institutionelt perspektiv, og dermed peges på, hvordan nogle bestemte institutionelle aktører

har haft betydning for evidensstankegangens udbredelse, heraf betegnelsen evidensbevægelsen. På sundhedsområdet drejer det sig først og fremmest om den internationale Cochrane Collaboration, der har en pendant på det sociale område i Campbell Collaboration. Begge disse organisationer producerer såkaldte systematiske forskningsoversigter og metaanalyser med henblik på at identificere interventionsmetoder med en videnskabeligt målbar effekt, og begge har afdelinger i Danmark, som er bannerførere for en særlig forståelse af evidens på henholdsvis sundheds- og socialområdet herhjemme.

Forebyggelsespraksis er ikke så entydigt placeret på sundhedsområdet, som man måske skulle tro. Når det f.eks. drejer sig om forebyggelse rettet mod unges brug af alkohol, varetages forebyggelsen ofte af personer med socialfaglig eller pædagogisk baggrund, og der hersker derfor en vis spænding mellem social- og sundhedsfaglige samt pædagogiske rationaler og praksisformer. Ikke desto mindre er den opfattelse af evidens, der advokeres af Campbell stort set enslydende med Cochranes, og evidensbevægelsen kan som helhed ses som et udtryk for, at nogle ideer, der er udviklet inden for den kliniske medicin, er ved at sprede sig til andre velfærdsområder (Bhatti et al., 2006). Det institutionelle perspektiv i AKF-rapporterne belyser, hvilken rolle organisationer som Campbell og Cochrane spiller i den forbindelse, og rapporterne diskuterer nogle af omstændighederne for produktionen af evidens. Derudover placerer rapporterne evidensbevægelsen i forhold til tre 'megatrends', der i stigende grad præger den offentlige sektor: Resultat-/effektorientering, evalueringsorientering og kvalitetsorientering (Bhatti et al., 2006). Min beskrivelse i det følgende af evidensdebatten i forebyggelseskredse tager på sin vis over, hvor AKF-rapporterne slipper. Hvor de nævnte rapporter mestendels forholder sig til spørgsmålet om evidens på et abstrakt og afsubjektiveret niveau, der tager jeg udgangspunkt i den sproglige praksis, som debatten udgør, og jeg ønsker at undersøge evidensdebattens sociale effekter.

I efteråret 2006 udkom en rapport fra DSI Institut for Sundhedsvæsen, der gav anledning til en del polemik i forebyggelseskredse. Rapporten havde titlen "Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet". Den udkom kort tid før kommunerne fik hovedansvaret for forebyggelsen med den nye sundhedslovs ikrafttrædelse. Det var altså et tidspunkt, hvor der var opbrud blandt de personer, der arbejdede på området – en del skulle skifte arbejdsplads og arbejdsområde, og der var en generel usikkerhed om, hvad der ville ske med forskellige former for forebyggende arbejde. DSIs direktør skrev i sit forord, at hensigten med rapporten var "at bidrage i de forestående beslutninger og prioriteringer på dette område", men fortsatte med den lettere ned-

slående besked: "Helt let bliver det ikke, for vores systematiske litteraturgennemgang afslører nogle store huller i dokumentationen af effekterne af forebyggelse." (Jes Søgaard i Højgaard et al., 2006: 3). Rapportens overordnede konklusion var således, at der eksisterede et 'videnshul', hvilket blev illustreret med følgende tabel:

Effekt	Rygning	Alkohol	Kost	Fysisk aktivitet	svær overvægt	Faldforebyggelse	Forebyg hjemmebesøg
God ¹ dokumentation							
Tilstrækkelig ² dokumentation							
Mangelfuld dokumentation ³							

Note: Tilstedeværelse af økonomiske evalueringer der finder, at interventionerne er omkostningseffektive: Ja = Sort, Nej = Grå

1 Mange RCT og/eller meta-analyser, der peger i samme retning og viser en effekt
2 RCT og/eller meta-analyser, der viser en effekt
3 Ingen RCT/modstridende eller ikke-overførbare resultater fra RCT

Fig. 1: Opsummering af dokumentation for effekt og økonomi. (gengivet efter Højgaard et al., 2006: 12)

Helt konkret viste tabellen, hvorvidt der for en række forskellige forebyggelsesområder (rygning, alkohol, kost, mv.) var 'god', 'tilstrækkelig' eller 'mangelfuld dokumentation' for effekt og omkostningseffektivitet, og som det fremgår, forelå der kun god dokumentation for rygeforebyggelse – nærmere bestemt en specifik type rygestopkurser. Det var først og fremmest dette, der gav anledning til polemik, idet det kunne fortolkes i retning af, at kommunerne skulle koncentrere sig om netop rygestop eventuelt krydret med faldforebyggelse og forebyggende hjemmebesøg, hvor der var 'tilstrækkelig dokumentation', og at de ikke skulle foretage sig noget på de øvrige områder. Denne polemik vender jeg tilbage til. Først er det nemlig nødvendigt med en nærmere forklaring af tabellen, idet den illustrerer en af de mest omstridte antagelser i evidensstankegangen.

DSIs rapport opererede med den definition af evidens, som Cochrane og Campbell er fortalere for, hvilket indebærer, at udelukkende 'RCT' og/eller 'metaanalyser' blev taget i betragtning som dokumentation for effekt. RCT er en forkortelse for 'Randomised, Controlled Trial'. Det betegner en bestemt form for undersøgelsesmetode, der blandt andet inden for den kliniske medicin anvendes til at teste effekten af lægemidler. Metodens grundlæggende princip er, at effekten af en intervention kun kan fastslås, hvis man er i stand til at udelukke andre faktorer, der

kan påvirke den kausale relation mellem intervention og effekt. Da man ikke kan være sikker på, at man på forhånd kender disse potentielle 'confoundere', og dermed kan kontrollere for dem i sine statistiske beregninger, må man i stedet sætte sin lid til tilfældet.

Ved hjælp af randomisering (dvs. lodtrækning) opdeler man sin studiepopulation i to grupper: En interventionsgruppe, der modtager den intervention, hvis effekt man er interesseret i at undersøge, og en kontrolgruppe der ikke modtager interventionen. Derefter kan man sammenligne udviklingen i de to grupper, og efter at have kontrolleret at de to grupper i udgangspunktet var ens i deres sammensætning, kan man konkludere, at enhver forskel i udviklingen kan tilskrives interventionen. Der er naturligvis en række forudsætninger, der skal være opfyldt, før en RCT kan siges at være veludført, og en enkelt RCT med et positivt resultat regnes, som det fremgår af DSI's skelnen mellem 'god' og 'tilstrækkelig dokumentation', ikke nødvendigvis som god dokumentation for effekten af en intervention. Der skal altså helst være flere RCT'er, der peger i samme retning, eller endnu bedre en eller flere 'metaanalyser', der samler resultaterne af flere RCT'er i en samlet statistisk analyse.

Det 'videnshul', som DSI's rapport identificerede, kan altså tilskrives et fravær af en bestemt form for undersøgelser. På et seminar, som DSI afholdt i forbindelse med lanceringen af rapporten, beskrev førnævnte direktør imidlertid, at han var i tvivl om, hvorvidt det var en god ide at overføre den kliniske medicins privilegering af RCT'er til også at gælde for forebyggelse. Han sagde f.eks., at han var blevet opmærksom på, at man ikke kan lave et randomiseret forsøg, hvor man undersøger effekten af at hæve prisen for sodavand. Den slags strukturelle tiltag gennemføres ikke overfor selekterede studiepopulationer, der kan opdeles i en interventions- og en kontrolgruppe, men må nødvendigvis gælde for hele befolkningen. Derfor mente han nu, at man for at vurdere effekten af forebyggelse måtte være villig til også at kigge på såkaldte 'observationelle studier', hvor man iagttager forandringer over tid uden at gennemføre et decideret forsøg.

Direktørens vaklende tro på sin egen rapport's definition af evidens afspejler, hvordan valg af videnskabelige metoder og gyldighedskriterier for vurderinger af effekt er blevet et centralt spørgsmål i forebyggelsen. I evidensdebatten bliver disse metoder og kriterier ikke blot diskuteret af videnskabsfolk. Der er også andre aktører med en vis interesse i at påvirke debatten. I et indlæg på samme seminar kvitterede lederen af Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse, Else Schmidt, for direktørens holdningsændring. Hun pegede på, at kommunerne ikke kunne undlade at handle, blot fordi der ikke foreligger en bestemt form for undersøgel-

sesresultater. Derudover fremhævede hun, at man ikke nødvendigvis kan overføre resultaterne af f.eks. nordamerikanske RCTer til at gælde i Danmark, og hun slog fast, at evidens kun udgør et enkelt element i "den politiske virkelighed, som Sundhedsstyrelsen og kommunerne er nødt til at navigere i". Sundhedsstyrelsen ville derfor anbefale kommunerne at anvende et "bredt evidensbegreb", og Else Schmidt kunne fortælle, at en forskergruppe ved Syddansk Universitet var blevet hyret til at udarbejde en publikation om netop dette emne.

Sundhedsstyrelsens publikation om det brede evidensbegreb udkom i foråret 2007 (Skovgaard et al., 2007). Bredden i evidensbegrebet kunne i denne rapport ses på to forskellige måder: For det første beskrev Sundhedsstyrelsens rapport tre forskellige former for evidens i forebyggelsen:

- Evidens om årsager til og udbredelse af sygdom
- Evidens om effekter af forebyggelsesindsatser
- Evidens om organisering og implementering

Rapporten bredte på den måde evidensbegrebet ud til at omfatte mere end viden om effekt. Den beskrev, hvordan hver af disse tre former for evidens må tilvejebringes ved hjælp af forskellige videnskabelige metoder. Endvidere argumenterede rapporten for, at RCTer ikke er den eneste gangbare metode, når det gælder om at fastslå effekt, og at man også i denne sammenhæng må brede sin evidensforståelse ud til at omfatte andre videnskabelige metoder. Dette blev forklaret med, at forebyggelse ofte foregår i en "kompleks, social sammenhæng, hvor det er svært at kontrollere omstændighederne.", og at forebyggelsesindsatser ofte består "af mange forskellige elementer [...], og det er derfor ofte både svært og knap så relevant at forsøge at isolere en enkelt faktor, som man kan måle effekten af." (Skovgaard et al., 2007: 10).

Sundhedsstyrelsens publikation blev i stil med DSIs rapport fulgt op med et symposium, hvor Else Schmidt sammen med rapportens forfattere præsenterede det brede evidensbegreb for et publikum, der primært bestod af kommunale forebyggelsesfolk. Det brede evidensbegreb fik imidlertid ikke lov til at stå uimodsagt. Sundhedsstyrelsen havde nemlig inviteret direktøren for Nordic Cochrane Centre, Peter Gøtzsche, til at holde et oplæg med titlen 'Hvilke typer evidens har vi brug for i forebyggelsen?'. Som nævnt repræsenterer Cochrane den forståelse af evidens, som blev anvendt i DSIs rapport, og Gøtzsche aflivede da også det brede evidensbegreb allerede i sine indledende bemærkninger: "Vi er færdige med diskussionen om, hvad der er den bedste evidens.", fastslog han og argumenterede i sit oplæg

for, at det kan være decideret farligt at gennemføre interventioner, hvis man har mangelfuld dokumentation for effekten. Hans eksempler var hentet fra den medicinske verden, hvor RCTer gentagne gange har fastslået, at ellers udbredte former for behandling øger patienternes dødelighed. Argumentet om, at forebyggelse skulle være noget særligt komplekst, hvor man ikke kan isolere enkeltfaktorer, blev blankt afvist af Gøtzsche: "Samme argument har psykiatere og alternative behandlere brugt, og de klogeste af disse har nu indrømmet, at de tog fejl."

På trods af modsætningerne mellem Sundhedsstyrelsens anbefaling af det brede evidensbegreb og Gøtzsches fastholdelse af RCTers privilegerede position opstod der ikke den store diskussion på symposiet. Programmet fortsatte blandt andet med indlæg fra en kommunal sundhedschef, der fortalte om, hvordan de i hendes kommune tilstræbte at arbejde evidensbaseret. En repræsentant fra KL lagde vægt på, at kommunerne skulle tage udgangspunkt i det, som kunne lade sig gøre med de økonomiske og personalemæssige ressourcer, som de havde til deres rådighed.

På denne vis har forskellige institutioner og deres ledere fremlagt deres respektive synspunkter gennem rapporter og ved seminarer. Deres indbyrdes diskussioner har centreret sig om, hvordan man skal definere evidensbegrebet, og herunder særligt hvilken status RCTer skal have i forhold til den kommunale forebyggelsespraksis. Det er blandt andet blevet diskuteret, om RCTer er at betragte som den eneste gyldige dokumentation af effekt, eller om evidens på grund af forebyggelsens kompleksitet også må tilvejebringes ved hjælp af andre metoder. Derudover har Sundhedsstyrelsen med sit brede evidensbegreb gjort sig til fortalere for, at evidensbaseret forebyggelse ikke kun handler om at tilrettelægge sin praksis på baggrund af evidens for effekt, men at man også må have evidens for de årsager, som man retter forebyggelsen mod, samt evidens for hvordan man bedst implementerer og organiserer sit arbejde. Endelig har det været et fremtrædende tema, hvorvidt evidens bør betragtes som en nødvendig forudsætning for handling.

Jeg deltog i Sundhedsstyrelsens symposium i selskab med nogle praktikere fra den kommune, hvor jeg på det tidspunkt lavede feltarbejde. I bilen på vej hjem talte vi om, hvad vi havde fået ud af dagens oplæg. Vi kunne blive enige om, at vi, med en af mine informanters ord, var blevet "forvirrede på et højere plan". Mine informanter oplevede ikke, at seminaret havde rustet dem til at vide, hvordan de skulle bedrive evidensbaseret forebyggelse, men Gøtzsches oplæg havde gjort et positivt indtryk på en af dem, "fordi han var så klar i mælet". Samtidig vakte Gøtzsches skarpe modstand mod det brede evidensbegreb undren, fordi det så åbenlyst stred mod Sundhedsstyrelsens formål med deres rapport. Hvorfor blev

hans synspunkt ikke gjort til genstand for debat? Selv undrede jeg mig også over, at Sundhedsstyrelsen trods en indlysende uenighed inviterede Peter Gøtzsche til deres symposium uden at tage en åben diskussion med ham. Jeg måtte betragte dette forhold som en ganske signifikant tavshed, der kaldte på en nærmere analyse. Hvilken status har de forskellige aktører i forhold til hinanden, og hvilke interesser har de i at promovere forskellige evidensbegreber? Uden her at komme med en egentlig besvarelse af disse spørgsmål vil jeg hævde, at spørgsmålene i sig selv synliggør en sammenhæng mellem evidensdebatten og nogle spændings- og magtforhold på et institutionelt niveau. Sundhedsstyrelsen er på den ene side nød til at manøvrere i forhold til kommunernes behov for afklaring om evidensbegrebet, og på den anden side må de udvise behørig respekt overfor en særlig videnskabelig tradition, som her er repræsenteret ved Cochrane og Peter Gøtzsche.

På trods af de ovennævnte uenigheder har der blandt de forskellige aktører været enighed om, at spørgsmålet om, hvad der virker i forebyggelsen er helt centralt, og at der eksisterer et eller flere 'videnshuller' på dette område. Sundhedsstyrelsens rapport om det brede evidensbegreb konstaterede således, at "større krav om evidensbasering på forebyggelsesområdet betyder, at forebyggelsens mange 'videnshuller' gøres tydelige." (Skovgaard et al., 2007: 16). Spørgsmålet er, hvordan de forskellige evidensbegreber forholder sig til disse videnshuller. I både DSIs og Sundhedsstyrelsens rapporter beskrives videnshullerne som noget, der er givet på forhånd, og som kan – om man vil – fyldes op med evidens. Debatten synliggør imidlertid, hvordan forskellige evidensbegreber også bringer forskellige videnshuller med sig. DSIs videnshul er snævert i den forstand, at det er defineret ved fraværet af en ganske bestemt form for undersøgelser på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsens videnshuller er til gengæld både mangfoldige (idet evidens kan betyde flere forskellige ting) og brede, idet der kræves flere former for videnskabelighed til at fylde dem op. Man kan lidt polemisk hævde, at Sundhedsstyrelsen med sin brede fortolkning af evidensbegrebet ikke har gjort opfyldningen af forebyggelsens videnshul(ler) til en nemmere opgave – måske endda, og formentlig imod hensigten, tværtimod.

Evidenssprog og vidensinteresser

Ovenfor har jeg beskrevet debatten om evidens i forebyggelsen med henblik på at identificere, hvilke brydninger der kommer til syne i den forbindelse. Det har blandt andet ført til den erkendelse, at det næppe er meningsfuldt at tale om en

entydig evidensstankegang, som sætter sig igennem i forebyggelsespraksis med nogle bestemte mere eller mindre forudsigelige konsekvenser. Ideen om evidensbaseret forebyggelse har ikke desto mindre vist sig at være en magtfuld forestilling. I det følgende vil jeg med udgangspunkt i Bourdieus forståelse af viden (Bourdieu, 2000) og sprog (Bourdieu, 1991) diskutere, hvordan begrebet evidens kan forstås som omdrejningspunkt for et særligt specialistsprog, der kommer til at overskygge nogle erkendelsesmæssige modsætningsforhold i debatten.

Bourdieu ser den sociale verden som bestående af relativt selvstændige felter, der fungerer efter deres egne logikker og principper, og hvor der foregår en form for spil om at opnå kapital (magt). Hvert socialt felt kan siges at udgøre et særligt perspektiv på verden, og i hvert felt gælder særlige principper for viden:

“The process of differentiation of the social world which leads to the existence of autonomous fields concerns both being and knowledge. In differentiating itself, the social world produces differentiation of the modes of knowledge of the world. To each of the fields there corresponds a fundamental point of view on the world which *creates* its own object and finds in itself the principle of understanding and explanation appropriate to that object.” (Bourdieu, 2000: 99)

Evidensdebatten kan forstås som et møde mellem to af denne type sociale felter, der søger at opnå enighed om, hvad begrebet evidens skal betyde for forebyggelsen. Hvert af disse felter har, som beskrevet af Bourdieu i citatet ovenfor, deres eget perspektiv på verden, og de skaber inden for hvert felt deres egne vidensobjekter og deres egne principper for, hvad der tæller som gyldig viden. Der er på den ene side et videnskabeligt felt, her repræsenteret ved Peter Gøtzsche og DSI, der ud fra nogle ganske entydige kriterier er interesseret i at fastslå kausale effekter af interventioner. Det er for dette perspektiv underordnet, om interventionerne vedrører forebyggelse, medicinsk behandling eller for den sags skyld uddannelse og socialt arbejde. Det væsentlige er, at evidensen lever op til nogle specifikke videnskabelige gyldighedskriterier. På den anden side er der et felt af kommunale praktikere, som er optagede af at gøre deres arbejde på en ordentlig måde, hvor ikke mindst forebyggelsen gives en vis status og legitimitet i forhold til andre former for velfærdsarbejde. På Sundhedsstyrelsens symposium beskrev en kommunal sundhedschef f.eks., hvordan hun brugte evidensbegrebet som et redskab til at give forebyggelsen status i relation til sygehuse og praktiserende læger, når de kommunale midler skulle fordeles. For hende var selve ordet og dets politiske og praktiske effekter vigtigere end videnskabelige gyldighedskriterier for udsagn om effekt.

Ud fra en overordnet betragtning taler både forskere og forebyggelsespraktikere om vejen til at opnå en bestemt effekt. Ikke desto mindre taler de om forskellige vidensobjekter. For forskerne går vejen til effekten nødvendigvis gennem en særlig metode, der tillader en videnskabelig erkendelse, mens vejen til effekten for praktikerne går gennem de tiltag, som de iværksætter. Selvom både forskere og praktikere bruger ordet evidens og taler om forebyggelsens effekter, taler de ikke om det samme. Deres synspunkter er først og fremmest forankret i de sociale felter, hvor de bevæger sig i deres daglige professionelle praksis.

Forskere og forebyggelsespraktikere har i udgangspunktet forskellige vidensinteresser, der med Bourdieus terminologi kan betegnes som 'institutionaliserede synspunkter' (Bourdieu, 2000: 99). Sproget har en central betydning for, hvordan disse synspunkter kommer til udtryk og for deres indbyrdes relation i evidensdebatten. Debatten er nemlig væsentligst en sproglig praksis, der føres mundtligt såvel som skriftligt.

Hos Bourdieu bliver sproget behandlet som enhver anden social praksis – om end særligt betydningsfuld. Dvs., at sproget hos Bourdieu forbindes med aktørers indbyrdes positionering i felter og dermed i relationer af magt. Gennem sproget udtrykker og etablerer man sin position, og Bourdieu beskriver en særlig form for strukturel ulighed, der opstår, når der er flere aktører, der anerkender en bestemt form for sprogbrug, end aktører der behersker denne sprogbrug (Bourdieu, 1991: 62). Mestring af sproget er med andre ord en vej til distinktion, og dette gælder i særlig grad specialistsprog, hvor jeg i det følgende vil betragte evidenssproget som et eksempel.

Specialistsprog kan ikke forstås uafhængigt af et mere alment tilgængeligt dagligdagssprog. Tværtimod får specialistsprog deres værdi qua deres relation til dagligdagssproget, eller rettere idet de afviger fra dagligdagssproget på en måde, der inden for et specifikt felt nyder anerkendelse som mere legitim og mere værdifuld (Bourdieu, 1991: 60). Mens begrebet evidens er en udpræget specialistterm, er det bemærkelsesværdigt, hvordan der i evidensdebatten etableres nogle særlige forståelser af de to dagligdagsbegreber 'at vide' og 'at virke'. Det videnshul, hvis eksistens er alment anerkendt blandt de forskellige aktører i debatten, bliver ofte beskrevet med varianter over vendingen "Vi ved ikke, hvad der virker". Her formuleres en mangel på en specifik form for videnskabelig undersøgelse, der kan dokumentere effekt, som et udsagn der i dagligdagssproget har en langt mere generel rækkevidde. Et tilsvarende eksempel, om end med omvendt fortegn, findes i konsulentfirmaet Sundhedsekspressens slogan, der ubeskedent fastslår: "Det virker. Det ved vi."

'At vide' bliver sat lig med at have adgang til en ganske bestemt form for videnskabelige resultater, mens 'at virke' bliver sat lig med at have effekt, der kan dokumenteres med nogle bestemte videnskabelige metoder. Andre former for viden og andre typer af virkning bliver i sådanne formuleringer implicit reduceret til noget mindre betydningsfuldt.

Sproget bliver i Bourdieus forståelse til i en dialektisk relation mellem form og indhold – nærmere betegnet mellem en formmæssig censur og en ekspresiv interesse der generelt set ikke lader sig adskille. Med andre ord er de sproglige former, der er til rådighed, med til, at definere ikke bare hvad man 'kan' sige, men også hvad man gerne 'vil' sige (den ekspresive interesse). I Bourdieus begrebsverden er censur et strukturelt fænomen, som opstår i kraft af, at en bestemt form nyder anerkendelse i et specifikt felt, og dermed er med til at udstikke et rum for alle aktørers ytringer. Evidenssproget kan netop ses som en sådan formmæssig censur, der i evidensdebatten bevæger sig fra et snævert videnskabeligt felt over i et felt af forebyggelsespraktikere.

En indvending mod at betragte evidensdebatten med udgangspunkt i sproget kunne være, at debatten er centreret om et bestemt begreb, hvor der er noget mere end sprog på spil. Debatten handler om noget substantielt, og aktørernes positioner udspringer primært af forskellige synspunkter eller, i Bourdieus terminologi, af forskellige ekspresive interesser. Et eksempel på dette kunne være den uenighed, der handler om, hvorvidt RCT'er er egnede til at måle effekten af forebyggelsen. Denne uenighed afspejler to ekspresive interesser i den forstand, at der er væsentlige indholdsmæssige forskelle mellem synspunkterne. Ikke desto mindre afspejler uenigheden (og netop uenighedens substans) også, at debatten føres på et sprog, hvor det kun er nogle bestemte spørgsmål og nogle bestemte former for svar, der regnes for gyldige og dermed kan rummes i sprogets form. På grund af evidenssprogets udbredte anerkendelse bliver der ikke stillet spørgsmål ved selve præmissen for debatten: At forebyggelse har en effekt, der kan, og derfor bør, måles.

Denne præmis, at målbarhed i sig selv besidder en værdi, lader sig ikke betvivle inden for sprogets egne rammer. Det er et tema, der således forbliver det, som Bourdieu kalder 'miskendt' (2000: 142). At noget er miskendt vil sige, at det ikke lader sig erkende inden for det vidensperspektiv, der gælder i et felt. På denne vis kan en bestemt sproglig form fungere som en form for strukturel censur, der ikke blot har betydning for, hvad man kan sige, men nok så væsentligt også for hvad man kan vide. Som Bourdieu påpeger, er det et tegn på, at et specialistsprog fungerer godt, når aktørerne ikke har andet at sige, end det der lader sig udtrykke gennem det (2000: 138).

Den påfaldende tavshed og manglende diskussion, der fulgte Gøtzsches oplæg ved Sundhedsstyrelsens symposium, kan i denne sammenhæng ses som udtryk for, at evidenssproget fungerer som en form for strukturel censur, hvor et særligt videnskabeligt perspektiv på forebyggelse ikke alene får forrang for andre perspektiver, men kommer til at medføre, at disse alternative perspektiver mis kendes, eller med andre ord glider ud af syne. Idet Gøtzsche først og fremmest talte som medicinsk videnskabsmand, kunne han med stor autoritet udtale sig om evidensbegrebet og om de metodemæssige fordele ved randomiserede forsøg, når det drejer sig om at etablere kausale relationer. Sundhedsstyrelsens brede evidensbegreb afspejlede imidlertid en anden vidensinteresse end Gøtzsches medicinskvidenskabelige. Som Else Schmidt fremførte på DSIs debatseminar, kunne kommunerne på trods af den manglende evidens ikke undlade at forebygge, og derfor måtte Sundhedsstyrelsen tilvejebringe et bredere evidensbegreb af hensyn til de ellers potentielt handlingslammede kommunale forebyggere.

På trods af evidensdebattens fokus på at fastlægge hvilke(n) metode(r) der bedst vurderer forebyggelsens effekt – et fokus der kan tilskrives evidenssprogets betydning for debattens form – kan man altså tale om et erkendelsesmæssigt modsætningsforhold mellem aktørerne snarere end en egentlig uenighed. Gøtzsche talte ud fra en videnskabelig vidensinteresse om kriterier for etablering af kausalitet (og satte på denne vis evidensen før forebyggelsen), mens Sundhedsstyrelsen talte ud fra en mere pragmatisk interesse om at definere et evidensbegreb, der var anvendeligt for kommunale forebyggere (hvormed de satte forebyggelsen før evidensen). Heraf tavsheden: Parterne i debatten talte i grunden om noget forskelligt ud fra nogle forskellige interesser, men denne forskellighed var evidenssproget med til at sløre.

Forestillinger om viden

I det følgende vil jeg diskutere de forestillinger om viden, der ligger til grund for evidenssproget. Jeg vil særligt trække på filosoferne Ian Hacking og Charles Taylor, der begge har beskæftiget sig med, hvordan udviklingen af bestemte former for viden knytter sig til et særligt verdenssyn, der ofte beskrives som vestligt og moderne. Dermed ønsker jeg at placere evidensdebatten i en bredere idehistorisk kontekst.

Evidensdebatten handler altovervejende om videnskabelige metoder, og de implicerede aktører fokuserer i vid udstrækning på at nå til enighed om, hvilken evidens der skal til for at fylde videnshullerne op. Man ser for sig en landevej

for forebyggernes fødder, hvor vejen frem er blokeret af et eller muligvis flere huller. Ved siden af vejen ligger bunker med forskellige former for evidens, og spørgsmålet er blot, hvilken bunke man skal tage af for at fylde hullet op, så man kan komme videre. Hacking har beskrevet et tilsvarende scenario som 'menu-synspunktet' på viden (refereret i Hastrup, 2004b: 12). Hacking gør imidlertid opmærksom på, hvordan der i produktionen såvel som i brugen af bestemte former for viden medproduceres nogle særlige magtforhold og etiske spørgsmål. Videnshuller er i den optik ikke givet på forhånd, men de udpeges og formes i sociale processer. Forebyggelsens retning og mål forlades næppe uforandret af videnshullets opfyldning, men udstikkes snarere i kraft af forebyggelsens vidensgrundlag (Hacking, 2002).

En forestilling om viden, der relaterer sig til dette, blev formuleret af Sundhedsstyrelsens Else Schmidt, da hun gjorde opmærksom på, at evidens blot er et enkelt element i en politisk virkelighed (se ovenfor). På symposiet om det brede evidensbegreb blev dette i et af oplæggene illustreret med følgende figur:

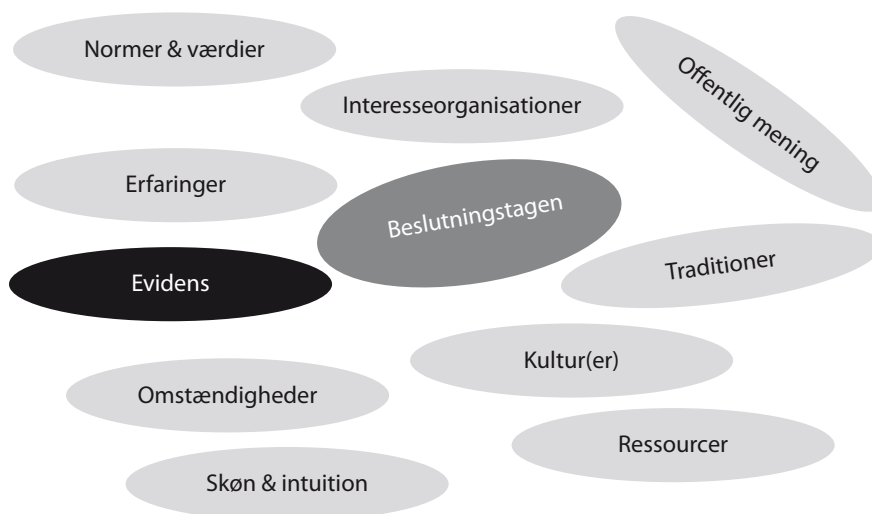


Fig. 2: Evidens i forebyggelsen er politisk. (gengivet efter Skovgaard, 2007)

Figuren viser, at evidens indgår som et af flere elementer i en politisk beslutningsproces, og blandt de øvrige elementer findes f.eks. erfaringer, kultur(er), traditioner, normer og værdier. Det er i udgangspunktet svært at være uenig med denne fremstilling, idet den nuancerer en naiv forestilling om, at evidens er (eller bør være) det eneste grundlag for politisk beslutningstagen. Ikke desto mindre kan

man stille spørgsmålstejn ved den bagvedliggende præmis, at evidens i sit udgangspunkt er løsrevet fra kultur og de øvrige elementer og først mødes med disse i den politiske beslutningsproces.

I evidensdebatten kan man høre evidens omtalt som noget, der giver et mere rationelt og objektivt grundlag for beslutninger end f.eks. erfaringer, ideologi og 'mavefornemmelser'. Som den daværende leder af Nordisk Campbell-center, Merete Konnerup, har formuleret det i et interview: "De professionelle, der arbejder i marken, er i alt for høj grad overladt til kun at kunne basere sig på deres egne fornemmelser, følelser, ideologi og erfaringer." (Pedersen, 2006). I udsagn som disse opereres med en forestilling om en på forhånd eksisterende uorden bestående af "fornemmelser, følelser, ideologi og erfaringer", som med evidens kan bibringes et element af orden. Som videnssociologerne Berg og Timmermans har argumenteret for, implicerer særlige måder at skabe orden på imidlertid også særlige forestillinger om uorden (Berg & Timmermans, 2000: 37). Det betyder, at når kritikere af evidenstankegangen argumenterer for, at erfaringer er vigtigere end evidens, er de med til at reproducere en modsætning mellem evidens og erfaring, som på sin vis er affødt af evidenstankegangen. Et andet modsætningsforhold af central betydning i evidensdebatten er skellet mellem evidens og ideologi. Igen kan man bevidne tilhængere og modstandere af evidenstankegangen vægte den ene eller den anden side og dermed reproducere et modsætningsforhold, som er et historisk produkt af en bestemt måde at tænke på. Snarere end at stå i modsætning til erfaring og ideologi kan evidens siges at være udtryk for en særlig form for erfaring og et særligt ideologisk synspunkt, som gennem specialistsprogets manøvrer ("Det virker. Det ved vi.") præsenteres som hævet over den slags partikularitet.

De to modsætningsforhold – evidens – erfaring og evidens – ideologi – er ikke opstået i en historisk løsrevet proces, men kan ses som varianter af nogle mere generelle forestillinger om videnskabelig viden i den moderne, vestlige verden. Her spiller en ide om objektivitet, som noget der er løsrevet fra subjektive erfaringer og ideologiske standpunkter, en særligt fremtrædende rolle. Det har blandt andet medført, at naturvidenskab er blevet et betydningsfuldt forbillede for dele af samfunds- og humanvidenskaberne. Dette er evidenstankegangen et godt eksempel på, idet det netop handler om at etablere et 'objektivt' grundlag for forebyggelsen. Taylor har argumenteret for, at naturvidenskabens appel og paradigmatisk status ikke skyldes, at man her kan hente særligt udtømmende og epistemologisk tilfredsstillende forklaringsmodeller for menneskelig handling (Taylor, 1985). Tværtimod, naturvidenskabelige modeller kan nemlig, ifølge Taylor, ikke gøre rede for det menneskelige selv, og hvordan dette konstitueres. Dermed overser

disse modeller nogle helt centrale elementer, som f.eks. bevidsthed, intentionalitet og betydning, der adskiller samfunds- og humanvidenskabernes genstandsfelt fra naturvidenskabens (Taylor, 1985: 2).

Ud fra en antropologisk betragtning kan det naturligvis være problematisk at se bort fra disse aspekter. Når jeg nævner Taylors synspunkt her, skyldes det dog først og fremmest, at forebyggelse handler om at intervenere i menneskelig handling, og at det derfor kan vække undren, at forebyggelsen domineres af det, som Taylor ville betegne som en naturalistisk epistemologi. Taylor nøjes imidlertid ikke med at kritisere naturvidenskabelige forklaringsmodeller af menneskelig handling. Han begrundet også, at disse modeller har fået en sådan udbredelse. Ved at forstå og beskrive menneskelig handling ud fra en naturvidenskabelig forståelse skaber man nemlig samtidig et særligt billede af sig selv:

"This picture is deeply attractive to moderns, both flattering and inspiring. It shows us as capable of achieving a kind of disengagement from our world by objectifying it. We objectify our situation to the extent that we can overcome a sense of it as what determines for us our paradigm purposes and ends, and can come to see it and function in it as a neutral environment, within which we can effect the purposes which we determine out of ourselves." (Taylor, 1985: 4)

Ved at objektivere verden opnår man altså en form for løsrivelse fra en situation, der ellers kan forekomme overvældende og determinerende. Man kan dermed forstå sig selv som et frit, handlekraftigt individ. Taylor beskriver denne løsrivelse som et særligt moderne ideal, der er indlejret i et væld af forskellige praksisformer – herunder videnskabelige. Han argumenterer videre for, at jo mere vi ser os selv som frie, løsrevne individer, desto større tiltrækning vil naturvidenskabelige forklaringsmodeller have på os (Taylor, 1985: 6). Dermed peger Taylor på, hvordan en privilegering af bestemte vidensformer hænger sammen med særlige moralske forestillinger – i det konkrete tilfælde at idealet om objektivitet historisk er forbundet med et ideal om individualitet, og at der således kan optegnes en fælles moralsk horisont for de to idealer.

Taylors kritik af naturvidenskabelige forklaringsmodeller for menneskelig handling er blevet problematiseret af Clifford Geertz. Han påpeger, at Taylor tegner et unuanceret billede af naturvidenskab som en monolitisk størrelse, der grundlæggende er uforenelig med humanvidenskaberne:

"We are confronted not with an articulated description of a living institution, one with a great deal of history, a vast amount of internal diversity, and an open future, but with a stereotype and a scarecrow." (Geertz, 2000: 144)

Mens Geertz bifalder den del af Taylors projekt, der handler om at modarbejde reduktionistiske forklaringsmodeller i humanvidenskaberne, påpeger han altså, at Taylor selv forholder sig lige lovligt reduktionistisk til naturvidenskaben. Dermed plæderer Geertz implicit for en tilgang, der sætter sig for at forstå, hvordan videnskabelig viden bliver til og bliver fortolket i forskellige historiske og sociale sammenhænge. Her vil jeg lade spørgsmålet om den videnskabelige videns tilblivelse stå ubesvaret, men min Bourdieu-inspirerede analyse af evidensdebattens position viser netop, hvordan videnskabelig evidens gøres til genstand for sociale fortolkningsprocesser. Som vi har set, spiller aktørernes institutionelle tilknytning og deres indbyrdes relationer en væsentlig rolle i den forbindelse og den moralske horisont, som Taylor optegner mellem idealerne, om objektivitet og individualitet skal forstås som en form for idehistorisk bagtæppe, der er malet med ganske brede penselstrøg.

Forestillinger om virkning

Evidensdebattens cirklen om spørgsmålet "hvad virker?" hænger sammen med nogle specifikke forestillinger om virkning. Ideen om evidensbaseret praksis forudsætter nemlig, at man betragter sine handlinger som noget, der afføder bestemte konsekvenser i henhold til en kausal logik. Det forudsætter igen en abstraktion, hvor praksis ses som en afgrænset begivenhed snarere end et forløb (Hastrup, 2004a: 463), og hvor man tilsvarende udgrænser en virkning, der lader sig måle. Det handler med andre ord om at etablere en kausal relation mellem to objekter, der imidlertid først må konstitueres som objekter, før relationen lader sig undersøge. Her vil jeg se nærmere på, hvad det betyder i alkoholforebyggelsens tilfælde.

Hvor den generelle evidensdebat i Danmark overvejende har fundet sted med udgangspunkt i dansksprogede rapporter, er der særligt en engelsksproget bog, der har fået betydning som et referenceværk for forskere såvel som embedsmænd og praktikere, der er involveret i alkoholforebyggelse. Den hedder "Alcohol: No Ordinary Commodity" og er skrevet af verdens førende forskere inden for epidemiologisk alkoholforskning på foranledning af FNs sundhedsorganisation WHO (Babor et al., 2003). Det var blandt andet denne bog, der lå til grund for DSIs vurdering af, at der på alkoholområdet var "mangelfuld dokumentation" for effekten af forebyggelse (jf. Højgaard et al., 2006: 48ff).

Bogen gennemgår dels den epidemiologiske forskning, der begrundet behovet for alkoholforebyggelse, og dels den evidens der kan pege på effektive forebyg-

gelsesindsatser. Et af de vigtigste punkter i bogens gennemgang af evidensen er, at oplysning og undervisning beskrives som ineffektive forebyggelsesstrategier. Ifølge bogen kan undervisning godt medføre ændringer i viden og holdninger, men der er generelt ikke videnskabelig dokumentation for, at dette får børn og unge til at lade være med at drikke. Til gengæld har strukturelle tiltag, som f.eks. begrænsning af alkohols tilgængelighed gennem aldersgrænser og højere afgifter, vist sig at nedbringe forbruget og udskyde alkoholdebuten, hvilket er de to mål, som beskrives som mest relevante, når det gælder unge (Babor et al., 2003). Blandt andet i kraft af "Alcohol: No Ordinary Commodity" er det blevet en veletableret sandhed i forebyggelsesforskningen, at uddannelse i modsætning til strukturelle begrænsninger i tilgængelighed ikke virker.

Før jeg diskuterer disse forhold nærmere, vil jeg dvæle lidt ved den måde, hvorpå behovet for forebyggelse begrundes. Her synliggøres nemlig i særlig grad nogle af de antagelser om kausalitet, der med evidensbegrebet overføres fra epidemiologien til at gælde for forebyggelsespraksis. Nedenstående figur illustrerer de 'mechanisms of harm' (skademekanismer), hvorigennem alkohol, epidemiologisk set, leder til negative konsekvenser.

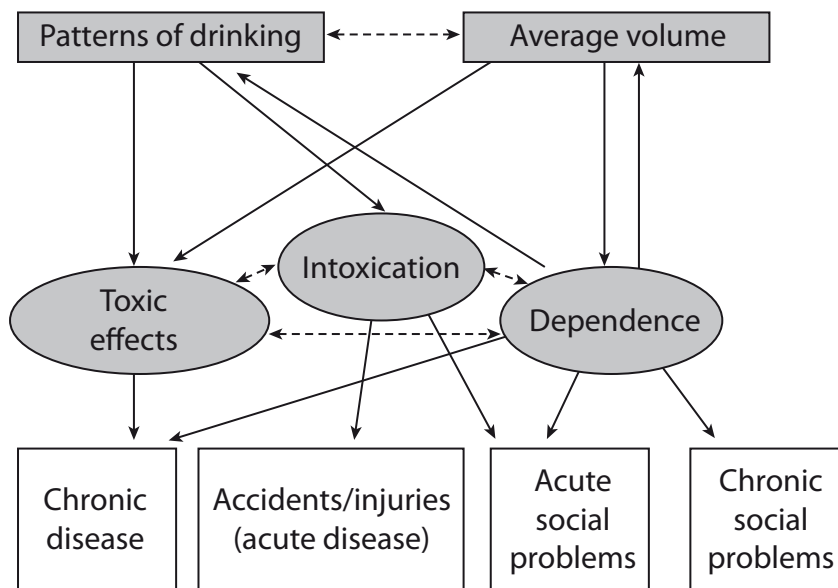


Fig. 3: Relations among alcohol consumption, mediating variables and short-term as well as long-term consequences. (gengivet efter Babor et al, 2003: 20)

Som det fremgår, opererer figuren med tre niveauer, hvor nogle bestemte fænomener objektiveres med henblik på at etablere en kausal sammenhæng mellem dem. På det første niveau figurerer alkoholindtag, som enten kan måles ved et bestemt drikkemønster (f.eks. såkaldt binge drinking, hvor man drikker mange genstande ved en enkelt lejlighed) eller som et gennemsnitligt indtag over en given periode. På det næste niveau optræder tre former for 'mediating variables': Toksiske effekter, beruselse og afhængighed, der hver især leder til det tredje niveau, hvor de negative konsekvenser er opregnet som kroniske sygdomme, ulykker og skader, akutte sociale problemer og kroniske sociale problemer. Overordnet set er der en antagelse om en fremadskridende temporalitet mellem de tre niveauer, men figuren viser f.eks. med en pil fra kronisk sygdom, over afhængighed og tilbage til alkoholindtag, at der over tid kan være en gensidig påvirkning mellem de tre niveauer.

Figuren illustrerer, hvordan etableringen af kausale sammenhænge med epidemiologiske metoder forudsætter, at man objektiverer nogle forhold på en målbar facon, og at man indskyder et tidsrum imellem dem, hvor der så at sige er plads til den kausale proces. Det er således et godt eksempel på, hvordan det, der set fra det levede livs synspunkt kan opleves som et forløb uden klare tidslige eller begrebslige opdelinger, gøres håndterbart for en særlig videnskabelig metode ved at blive konstitueret som særskilte objekter. Tag f.eks. årsagskæden 'drinking pattern à intoxication à accidents/injuries'. En ung person kunne opleve et sådant hændelsesforløb under ét som "en druktur", og eventuelt via en drukhistorie etablere en anden form for meningsstruktur end den kausale (Tutenges & Rod, 2009). Hvis man vil fastslå kausalitet, må man imidlertid behandle disse objekter hver for sig som enkeltstående fakta, eller med Hackings ord; velafgrænsede 'informationspartikler' (Hacking, 2002: 12), der er forbundet i en kausal proces. Det er en kausalitetsforståelse, der også findes i konventionel historieskrivning, hvor særligt betydningsfulde begivenheder udskilles af hverdagslivet og retrospektivt tilskrives en kausalitet i retning af en følgende betydningsfuld begivenhed (Hastrup, 2004a).

Denne kausalitetsforståelse kan være meningsfuld, når det drejer sig om at beskrive forholdet mellem alkohol som toksisk stof og nogle fysiologiske processer, som f.eks. akut forgiftning. Imidlertid kan det være problematisk at antage, at sociale problemer opstår i en lignende proces, og det er værd at overveje, hvad der sker, når en tilsvarende kausalitetsforståelse appliceres i forebyggelsen, hvor det ikke alene handler om at forklare, hvordan sociale problemer opstår men også om at intervenere i og forhindre dem. Her er den manglende effekt af undervisning, som blev rapporteret af Babor et al. (2003) et prægnant eksempel.

Hvis man ønsker at undersøge, hvorvidt der kan etableres et kausalt forhold mellem undervisning og unges brug af alkohol, kræver det i første omgang, at man konstituerer undervisning såvel som unges brug af alkohol som objekter. For undervisningens vedkommende betyder det, at man må udgrænse en særlig del af den daglige praksis i skolerne, og definere den som et forebyggelsesprogram. Det er ikke let at måle effekten af hverdagens skoleliv, hvor lærere i ny og næ forholder sig til elevernes brug af alkohol, deres fritids- og festliv, og hvor alkohol behandles som et emne i f.eks. biologi- og danskundervisningen. Derimod kan man godt måle effekten af veldefinerede undervisningsprogrammer, hvor et større antal lærere følger standardiserede metoder, der er beskrevet i manualer og lignende. Det er da også på baggrund af undersøgelser af denne type programmer (primært nordamerikanske), at Babor et al. konkluderer, at undervisning ikke ser ud til at have nogen effekt. Dermed synliggøres det, at den videnskabelige metode er med til at udstikke en særlig retning for forebyggelsen: Allerede inden resultaterne af den videnskabelige undersøgelse foreligger, er forebyggelsen ledt i en retning, hvor standardiserede programmer har forrang for en ikke-formaliseret daglig praksis, hvis effekter ikke på samme måde lader sig måle. På samme måde sker der en forskydning af forebyggelsen i retning af bestemte typer formål, hvis fremmeste kvalitet er deres målbarhed.

Videnskabsfilosoffen Evelyn Fox Keller har peget på, at der hersker en kritisk tavshed blandt videnskabsfolk (hendes udgangspunkt er fysikken), hvad angår forholdet mellem repræsentation og intervention i videnskabelig viden (Keller, 1992). Med intervention mener hun ikke nødvendigvis noget så konkret som f.eks. specifikke forebyggelsesindsatser, men hun peger på, at bestemte videnskabelige repræsentationer uvægerligt åbner nogle bestemte mulighedsrum for handlen. Derfor opfordrer hun til, at man forholder sig til den direksjonalitet, der er impliceret i videnskabelig viden, og hun diskuterer, hvorvidt videnskabelige spørgsmål bliver stillet i den rigtige retning. I evidensdebatten bliver spørgsmålet om, hvad der virker, i vid udstrækning behandlet, som om det kan besvares uafhængigt af, hvilken virkning man ønsker at opnå, og som om man uden videre kan slutte fra "Det virker." til "Det vil vi.". Forskellige typer af interventioner og forskellige former for virkning byder sig imidlertid til for forskellige former for evidens, og valget mellem forskellige videnskabelige metoder er således også et valg mellem forskellige retninger for forebyggelsen. Som jeg har vist med alkoholforebyggelse som eksempel, kan en vægtning af kausal evidens føre til, at virkningen af den daglige praksis i f.eks. folkeskolerne ikke tillægges nogen værdi – først og fremmest fordi dens direkte effekter på unges handlinger vanskeligt lader sig måle.

Konklusion

Ud fra det epistemologiske perspektiv, der følger med evidenssproget, er forebyggelse at betragte som en intervention i et kausalt forhold mellem en eksponering (f.eks. alkoholindtag) og et problem, og det antages, at man kan forhindre problemet ved at fjerne eksponeringen. Det er en epistemologisk position, hvor forebyggelsen såvel som eksponeringen og problemet bliver betragtet som objektive og målbare forhold, der holdes sammen af mere eller mindre ekspliciterede kausale mekanismer. Ud fra et antropologisk perspektiv må forebyggelse imidlertid forstås som en intervention i sociale snarere end kausale relationer. Forebyggelsen er social, både fordi den virker gennem sociale relationer, og fordi den søger at påvirke forhold og handlinger, der grundlæggende er sociale.

I henhold til antropologisk teori om sociale teknologier er bestemte løsningsmodeller med til at konstituere nogle særlige forståelser af, hvad der udgør et problem (Jöhncke, Svendsen, & Whyte, 2004). Interventioner griber således ikke ind i på forhånd eksisterende problemer, men med deres indgriben er de med til at konstituere problemerne. Ved at betragte forebyggelse som en social snarere end en kausal intervention får man blik for, hvordan særlige ideer om årsager og løsninger kommer til udtryk i konkrete interventioner og f.eks. resulterer i udpegningen af bestemte målgrupper for forebyggelsen.

Sociale teknologier handler om, at 'nogen vil noget med nogen' – en udfoldelse af en praktisk kunst, der sigter mod at skabe bestemte ændringer. [...] Begrebet 'social teknologi' indebærer således både redskaberne og teknologiens værdigrundlag til lige med de sociale relationer, som indgår i den socialteknologiske praksis (Jöhncke et al., 2004: 390).

Dette er helt i tråd med Berg & Timmermans' (2000) påpegning af, at en bestemt ide om uorden bliver til i takt med en særlig måde at skabe orden på (se ovenfor). Det indebærer nemlig et opgør med en forestilling om en temporal progression fra uorden mod orden – fra problem mod løsning – og et fokus på den gensidige transformation af disse to ting, som tiden går, og nye løsningsmodeller medproducerer nye problemer.

I citatet ovenfor henleder Jöhncke et al. vores opmærksomhed på sammenhængen mellem de redskaber, som bliver bragt i anvendelse med en bestemt social teknologi, et tilhørende værdigrundlag og nogle sociale relationer. Denne artikels diskussion og analyse af evidensdebatten har flere paralleller til dette perspektiv, idet jeg har tilstræbt at vise, hvordan evidens som et redskab til at opnå effektiv

forebyggelse har implikationer for relationerne mellem feltets aktører. Som jeg har vist med Bourdieu, kan evidensbegrebet ses som omdrejningspunkt for et særligt magtfuldt specialistsprog, hvormed man med vægt kan italesætte viden om virkning. Hacking og Taylor har bistået med redskaber til at placere evidensbegrebet i en idehistorisk kontekst, og derfra til at synliggøre dets forbindelse med en særlig måde at opfatte sig selv og sin omverden.

Med min Bourdieu-inspirerede analyse har jeg tilstræbt at separere forskernes og forebyggernes vidensinteresser, og derigennem vist at de reelt ikke taler om det samme, selvom de bruger det samme magtfulde ord, evidens. En af evidensdebattens vigtigste effekter er imidlertid, at forebyggelsens interesse kollapser med en videnskabelig interesse, så det bliver vanskeligt at kende forskel på dem. Her betragter jeg med min analyse debatten fra et tredje punkt (som naturligvis har sin egen institutionelle forankring i den antropologiske videnskab) for at synliggøre nogle positioner i debatten, som vanskeligt lader sig erkende af de personer, der er direkte involveret i den.

Når jeg foreslår, at forebyggelse med fordel kan forstås som en social intervention, er det i et forsøg på at lade den antropologiske optik grave sig ind i den debat om evidens, som jeg har analyseret. Jeg ønsker ikke at deltage i debatten om de bedste metoder til at etablere kausale effekter af forebyggelsesinterventioner, men jeg vil fremsætte det mere radikale forslag, at forebyggelsen sjældent virker på en måde, der kan indfanges af en kausal epistemologi. Snarere end via effekter, der følger kausale regelmæssigheder, virker forebyggelsen nemlig i specifikke sociale rum og via sociale, relationelle forandringer (se Rod, 2010, for en uddybning af denne del af mit argument).

Dette har betydning for relationen mellem forskning og forebyggelse. I den kausale epistemologi, som følger med evidenssproget, bliver det forskningens opgave at give forebyggerne svar på, om deres praksis har de ønskede effekter. Dette kan besvares relativt entydigt: Virker det eller virker det ikke? På den måde kommer forskningsresultaterne til at fungere som en form for domsafsigelse over praksis, der kun lader sig modsige, hvis man er i stand til at argumentere indenfor rammerne af evidenssproget. Her kan det være et problem, at evidenssproget nyder udbredt anerkendelse, mens det mestres af ganske få (institutionelle) aktører.

Evidenssprogets udbredelse og dominans har den paradoksale virkning, at det gør det vanskeligt at adskille en videnskabelig interesse i at fremsætte gyldige udsagn om effekterne af forebyggelsestiltag fra forebyggernes mere pragmatiske interesse i at udføre deres arbejde bedst muligt. Samtidig er der det væsentlige, at det skaber et ganske rigtigt og hierarkisk modsætningsforhold mellem forskning

og praksis, der næppe er befordrende for et godt samarbejde omkring konkrete forskningsprojekter. I mit eget feltarbejde, hvor jeg som bekendt fulgte kommunale forebyggers arbejde med at nedbringe unges brug af alkohol, måtte jeg løbende understrege, at jeg ikke som forsker var i stand til (eller ønskede) at fremkomme med objektive vurderinger af effekterne af mine informanternes arbejde, og at jeg til gengæld i min forskning var helt afhængig af det, jeg kunne lære af dem og deres professionelle praksis. Ligeledes har jeg efterfølgende haft svært ved at formulere mine forskningsresultater på en måde, så de kan måle sig med slagkraftige udsagn ala "Det virker. Det ved vi.". Det er dog værd at overveje, om ikke forskning om forebyggelse – og mere generelt om velfærdsstatens interventioner – gør mere gavn ved at stille interessante og udfordrende spørgsmål end ved at levere svar, der foregiver at være uimodsigelige og definitivt rigtige.

Litteratur

- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, M. & Timmermans, S. (2000). Orders and their others: On the constitution of universalities in medical work. *Configurations*, 8, 31-61.
- Bhatti, Y., Hansen, H. F., & Rieper, O. (2006). *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform. En kortlægningsrapport* København: AKF Forlaget.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*. Cambridge: Polity Press.
- Bruun, J. J., Hanak, M. L., & Koefoed, B. G. (2004). *Viden og evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.
- Geertz, C. (2000). The strange estrangement: Charles Taylor and the natural sciences. In *Available light. Anthropological reflections on philosophical topics* (pp. 143-159). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Soc.Sci.Med*, 62, 2621-2632.
- Gray, D. P. (2005). Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. *J Health Serv.Res.Policy*, 10, 66-68.
- Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hastrup, K. (2004a). Getting it right. Knowledge and evidence in anthropology. *Anthropological Theory*, 4, 455-472.
- Hastrup, K. (2004b). Vidensbegreber og videnskaber: Nye veje til kundskab? In J.J.Bruun, M. L. Hanak, & B. G. Koefoed (Eds.), *Viden og evidens i forebyggelsen* (pp. 9-18). København: Sundhedsstyrelsen.
- Højgaard, B., Sørensen, J., & Søgaard, J. (2006). *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet* København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

- Jöhncke, S., Svendsen, M. N., & Whyte, S. R. (2004). Løsningsmodeller. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. In K.Hastrup (Ed.), *Viden om verden* (pp. 385-407). København: Hans Reitzels Forlag.
- Keller, E. F. (1992). Critical silences in scientific discourse: Problems of form and reform. In *Secrets of life, secrets of death. Essays and language, gender and science*. (pp. 73-92). London and New York: Routledge.
- Kommunernes Landsforening (2006). *Brug af evidens i det kommunale sundhedsarbejde* København: Kommunernes Landsforening.
- Kommunernes Landsforening (2008). *Brug af evidens i det kommunale forebyggelsesarbejde* København: Kommunernes Landsforening.
- Loughlin, M. (2003). Ethics and Evidence-Based Medicine: Fallibility and Responsibility in Clinical Science [Kenneth Goodman, Cambridge University Press, Cambridge, ISBN 0 521 79653 9, f19.95 (pbk), ISBN 0 521 81933 4, f55.00 (hbk)]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 141-144.
- Pedersen, H. S. (2006). "Jo, det er ekstremt ambitiøst". Nordisk Campbell Centers Nyhedsbrev [On-line]. Available: <http://www.sfi.dk/sw41051.asp>
- Rieper, O. & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens* København: AKF Forlaget.
- Rod, M. H. (2010). *Forebyggelsens momenter. En antropologisk analyse af evidens og etik i tiltag rettet mod unges brug af alkohol*. Ph.d. Thesis Institute of Anthropology, University of Copenhagen.
- Skovgaard, T., Nielsen, M. B. D., & Aro, A. R. (2007). *Evidens i forebyggelsen* København: Sundhedsstyrelsen.
- Taylor, C. (1985). Introduction. In *Human agency and language. Philosophical Papers I*. (pp. 1-12). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tutenges, S. & Rod, M. H. (2009). "We got incredibly drunk ... It was damned fun". Drinking stories among Danish youth. *Journal of Youth Studies*, 12, 355-370.