

Betraktninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis

Debatten for og mot kunnskapsbasert praksis har vekket mye engasjement. Denne artikkelen ser på noen av argumentene som er blitt brukt mot kunnskapsbasert praksis. I mange tilfeller er kritikken basert på en snever oppfatning av hva som er gyldig kunnskap i kunnskapsbasert praksis. Det er imidlertid noen av advarslene fra skeptikerne som det er grunn til å ta alvorlig.

AV HANNE TUNTLAND

Innføring av kunnskapsbasert praksis vekker alltid debatt. Det er typisk at debatten for og mot kunnskapsbasert praksis inntreffer når en profesjon er i en etableringsfase i en omlegging mot kunnskapsbasert praksis. Da skjer det ofte en polarisering med etablering av to leire, tilhengere og skeptikere. Etter hvert som tiden går og yrkesgruppen kommer over i en gjennomføringsfase, vil flere og flere gå fra å være skeptikere til å bli tilhengere i ulik grad. Det gjenstår imidlertid en hard kjerne av skeptikere som ikke endrer standpunkt. Etter en stund blir imidlertid begge fronter mer nyanserte i sitt syn. Slik kan man etter min oppfatning oppsummere utviklingen innenfor mange helseprofesjoner. For Norges del har det både innenfor psykologprofesjonen (Ekeland 1999, 2004), sykepleierprofesjonen (Boge og Martinsen 2004, Martinsen og Boge 2004) og fysioterapeutprofesjonen (Ekeli 2000, 2002) vært publisert artikler som gir uttrykk for kritikk mot kunnskapsbasert praksis. Nå sist også innenfor vår egen profesjon (Gramstad og Jentoft 2008, Kinn 2007).

I land som er kommet lenger enn oss i implementering av kunnskapsbasert praksis, for eksempel i Australia, er denne debatten nærmest et tilbakelagt stadium. Det ser ut som det er en unngåelig debatt i en profesjons omlegging mot en kunnskapsbasert arbeidsform, for utviklingen går sin gang og lar seg ikke hindre av dette. Ergoterapeutprofesjonen i Norge er for tiden i denne etableringsfasen hvor slike debatter er nødvendige. Men,



Hanne Tuntland er ergoterapeut og førstelektor ved Høyskolen i Bergen.

uansett hvilken fase en profesjon er i, er det viktig at det er anledning til en åpen debatt om dette emnet.

Retorikken og skeptikerne

Retorikken om kunnskapsbasert praksis får dessverre av og til normative og moralske overtoner hvor tilhengerne av kunnskapsbasert praksis spissformulert beskriver sin motpart som kjettere og motstandere av vitenskap og kvalitet for pasienter. Hvorpå skeptikerne av kunnskapsbasert praksis på sin side karakteriserer sin motpart som evidens-evangelister (Ekeland 2004) eller EBP-advokater (Kinn 2007). Kari Martinsen (Hofstad 2008) bruker betegnelsen *evidensialismen* som hun beskriver som en fundamentalistisk ideologi. Det viser at debatten til tider har hatt høy temperatur. Slike karakteristikk er imidlertid lite fruktbare.

Forfattere som har rettet kritiske innspill mot kunnskapsbasert praksis omtales i denne artikkelen som *skeptikere* eller *kritikere*. Jeg bruker betegnelsen *skeptikere/kritikere*, ikke *motstandere*, da flere av dem innrømmer at det er positive sider knyttet til innføring av kunnskapsbasert praksis, ofte uten å utdype dette nærmere (Ekeland 2004, Ekeli 2005).

Det finnes grovt sett to kategorier av kritikere slik jeg ser det. Den største gruppen har etter min erfaring ofte sin kritikk fundert på uvitenhet eller en snever oppfatning av hva kunnskapsbasert praksis er. Denne gruppen endrer ofte standpunkt etter hvert som kompetansen om hva kunnskapsbasert er, øker. Den minste gruppen har imidlertid et velfundert og kvalifisert standpunkt mot kunnskapsbasert praksis som det står respekt av. Disse vedblir å være skeptikere, og det er de som målbærer den veloverveide kritikken mot kunnskapsbasert praksis.

Ingen av skeptikerne har prinsipielle eller ideologiske innvendinger mot at forskningsbasert kunnskap anvendes i klinisk yrkesutøvelse, undervisning eller annen virksomhet. Et slikt standpunkt ville for så vidt vært uhørt. Men hva er det da kritikkerne er i mot? I det følgende skal vi se på noen av de vanligste argumentene mot kunnskapsbasert praksis

primært fra den norske debatten. Argumentene for kunnskapsbasert praksis har vært presentert gjennom en serie fagartikler i Ergoterapeuten tidligere og gjentas ikke her.

Kritikken mot kunnskapsbasert praksis er både rettet mot praktiske barrierer og innholdsmessig rettet mot selve konseptet. Kun den sistnevnte kategorien kritikk behandles her.

Argumenter mot kunnskapsbasert praksis

Evidensbasert eller kunnskapsbasert?

Det engelske begrepet *evidence* kan forstås på ulike måter og mye er blitt skrevet om dets etymologiske og semantiske betydning (Eriksen m.fl 2002, Jensen 2004, Martinsen 2005). Det er en stor diskusjon i seg selv som jeg ikke kommer inn på her. Selv bruker jeg begrepet *evidence* i betydningen forskningsfunn. Den engelske betegnelsen *evidence-based* (forskningsbasert) dekker slikt sett ikke tilstrekkelig hva kunnskapsbasert praksis er. Kunnskapsbasert praksis er å integrere ulike kunnskapskilder i en klinisk beslutning, kunnskapskilder som erfaringsbasert kunnskap, bruker-kunnskap/brukermedvirkning og forskningsbasert kunnskap (Jamtvedt og Nortvedt 2008). Den engelske betegnelsen er mindre god fordi den oppfattes av mange som om den bare tar i betraktning den ene kunnskapskilden, nemlig forskningsbasert kunnskap. I den siste debatten innen vårt fag (Laberg 2009, Stigen & Røssvoll 2009) vises det til Sacketts klassiske definisjon som en bekreftelse på at helhetssynet har vært til stede fra begynnelsen. Definisjonen lyder slik: «*Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*» (Sackett m.fl 1996:71). Legg merke til at definisjonen ikke har med brukermedvirkning i beslutningsgrunnlaget. Det var først på et senere tidspunkt at man fikk en tilføyelse om at pasientens preferanser og mål også skulle tas hensyn til. Så denne mye siterte definisjonen er nok ikke helt i samsvar med slik vi tenker om dette i dag. Da begrepet *evidence-based* skulle oversettes til norsk, tok representanter for det som i dag heter *Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten* til orde for at den norske oversettelsen skulle være *kunnskapsbasert*. Dette var et skritt på veien mot et mer dekkende begrep som mer åpenbart ivaretar alle kunnskapskildene som integreres ved utøvelse av kunnskapsbasert praksis.

Begrepet *kunnskapsbasert* er imidlertid heller ikke uproblematisk. Det som skiller tradisjonell yrkesutøvelse fra kunnskapsbasert praksis er innføring av forskningsbasert kunnskap som en del av beslutningsgrunnlaget. Forskningsbasert kunnskap står med andre ord i en særstilling, for man kan ikke snakke om kunnskapsbasert praksis dersom man ikke tar i betraktning forskningsbasert kunnskap. Det norske begrepet *kunnskapsbasert* underkommuniserer den avgjørende betydningen forskningsbasert kunnskap har. Dessuten har litteraturen tilknyttet kunnskapsbasert praksis i liten grad belyst temaer som klinisk resonnering, taus kunnskap, klientsentert praksis, empowerment, klinisk ekspertise osv, dette er det andre tradisjo-

Evidensnivå fra Oxford Centre for Evidence-Based Medicine	
Nivå	Behandling/forebygging, etiologi/skadevirkninger
1a 1b 1c	Systematisk oversikt av RCT. Enkeltstående RCT av god kvalitet. Alle eller ingen.
2a 2b	Systematisk oversikt over kohortstudier. Enkeltstående kohortstudier. Dårlige RCT.
3a 3b	Systematisk oversikt over kaskontrollstudie. Enkeltstående kaskontrollstudie.
4	Caseserier, samt kohortstudier eller kaskontrollstudier av dårlig kvalitet.
5	Ekspertsynspunkter uten kritisk vurdering, eller basert på fysiologi, «bench research» eller «first principles».

Tabell 1: Kunnskapshierarkiet i henhold til Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Phillips m.fl 2001, se der ved behov for mer utførlig forklaring).

ner som har ivaretatt (Aas 2007). Typisk for kritikerne av kunnskapsbasert praksis, er deres konsekvente bruk av begrepet *evidensbasert* praksis. Det hevdes at valgt begrep bør gjenspeile det underliggende kunnskapssynet man forefer, og at skeptikere av den grunn bruker begrepet *evidensbasert* (Martinsen 2005).

Vi kan konkludere med at ingen av begrepene er optimale. Selv har jeg inntatt en pragmatisk holdning til dette. Jeg har tenkt at når den største faglige autoriteten på området bruker begrepet *kunnskapsbasert* praksis (Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten), så gjør jeg også det. Når i tillegg Norsk Ergoterapeutforbund har valgt begrepet *kunnskapsbasert* (Laberg 2009), så er det et ekstra poeng som teller i favør av dette begrepet. Denne diskusjonen om hva barnet skal hete, innebærer for så vidt ingen substansiell kritikk mot kunnskapsbasert praksis, men den vekker fortsatt stort engasjement.

Kunnskapshierarkiet

Det finnes en rangordning av primærstudier som kan inkluderes i systematiske oversikter. Denne rangordningen av forskningsdesign er blitt kalt kunnskapshierarkiet. Rangeringen av evidens er basert på prinsippet om at noen forskningsdesign er mer rigorøse enn andre, og at disse designene er mer til å stole på når kliniske beslutninger skal fattes (Law og McDerimid 2008). Det finnes ingen entydig etablert enighet om den eksakte rangeringen, men hovedtrekkene i den mest etablerte rangeringen fremgår av tabell 1 i en forenklet utgave. Et fellestrekk er at det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT) står øverst i hierarkiet og betraktes som gullstandard. Ikke-randomiserte undersøkelser og observasjonelle design står i en mellomstilling,



faglig

mens ekspertvurderinger står nederst. Noen kunnskapshierarki har imidlertid med kvalitative design nederst på rangstigen (Rieper og Hansen 2007) og det er først og fremst i disse tilfellene at kunnskapshierarkiet blir problematisk.

Kritikken mot kunnskapshierarkiet har kommet fra flere hold (Ekeland, 2004, Ekeli 2000, Gramstad og Jentoft 2008, Martinsen & Bøge 2004, Rappolt 2003, Rieper og Hansen 2007). Essensen i kritikken er at kunnskapshierarkiet er rettet mot tradisjonell naturvitenskap med vekt på RCT og systematiske oversikter i en tid med utvikling av nye kunnskapsparadigmer (Pearson m.fl 2007). Mer konkret er det blitt hevdet at kunnskapshierarkiet kun rangerer målbar kunnskap. Det reageres mot at kvalitativ forskning rangeres lavest. Videre hevdes det at dette innebærer en nedvurdering av humanistisk forskning og erfaringsbasert kunnskap. Kritikerne mener at alle kunnskapsformer bør være likestilte.

Tilhengere av kunnskapsbasert praksis viser til kjerne-spørsmålene i helsetjenesten i sitt motsvar. Disse forskningsspørsmålene gir svar på spørsmål om erfaringer/holdninger, forekomst, årsak, diagnostikk, prognose og effekt. Poenget er at ulike kjernesporsmål krever ulike forskningsdesign. Det er først og fremst når det gjelder effektspørsmål at kunnskapshierarkiet har sin relevans (Nortvedt m.fl 2004). Det vil si når formålet er å undersøke effekt av forebyggende, behandlende eller rehabiliterende tiltak. Men den gjelder også for diagnostikk, prognose, årsak og skadevirkninger (Phillips m. fl 2001). Det som gjenstår da hvor kunnskapshierarkiet ikke har relevans gjelder først og fremst spørsmål om erfaringer/holdninger. I flere kunnskapshierarkier relateres ikke forskningsmetode til forskningsspørsmål. Man får inntrykk av at den er allmenngyldig og uavhengig av type forskningsspørsmål (Sollesnes 2006). Dette er nok hovedgrunnen til at kunnskapshierarkiet er blitt så kritisert. Det er derfor viktig å være bevisst på at spørsmål om erfaringer og holdninger, det vil si kvalitativ forskning, bør holdes utenfor kunnskapshierarkiet.

Kunnskapshierarkiet er for mange synonymt med kunnskapsbasert praksis (Rieper og Hansen 2007). Dette er imidlertid en feilkobling, for kunnskapsbasert praksis handler i prinsippet like mye om kvalitativ forskning som kvantitativ forskning. Kunnskapsbasert praksis handler om å finne best tilgjengelig evidens for å besvare ethvert spørsmål, ikke bare effektspørsmål.

Neglisjering av klinisk ekspertise

Mange hevder at erfaringsbasert kunnskap og klinisk ekspertise nedvurderes eller neglisjeres i kunnskapsbasert praksis (Gramstad og Jentoft 2008, Martinsen 2005, Mæhre 2008, Straus og McAlistar 2000, Rappolt 2003). Her kan det være nyttig å gjøre et skille mellom erfaringsbasert kunnskap og klinisk ekspertise. Erfaring er kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom å være involvert i noe over lengre tid. Erfaringsbasert kunnskap spiller en stor rolle innenfor helsearbeid. Mens erfaringsbasert kunnskap før var enerådende, har den nå fått økt konkurranse. Det kan være grunn til ikke å stole fullt og helt på egne erfaringer. Det har i det siste vært økt bevissthet om at man

kan bli lurt av egen erfaringsbasert kunnskap til å tro at et tiltak virker, selv om det faktisk ikke gjør det (Bjørndal m.fl 2007, Herbert 2005).

Begrepet *klinisk ekspertise* på sin side, blir mer begripelig dersom vi konkretiserer hva vi legger i det slik det er gjort av den amerikanske psykologforeningen (Levant 2005, i Rønnestad 2008:446-447). Klinisk ekspertise er i henhold til dem:

- Å foreta vurderinger og formulere diagnostiske konklusjoner, systematiske kasusformuleringer og behandlingsplaner.
- Å ta kliniske avgjørelser, iverksette intervensjoner og overvåke behandlingsprosessen.
- Å kunne bruke interpersonlig ekspertise, som blant annet innebærer å være i stand til å skape en allianse med pasienten og formidle en realistisk men positiv forventning til pasienten.
- Å opprettholde kontinuerlig selvrefleksjon og tilegnelse av ferdigheter som blant annet innebærer å være bevisst sine begrensninger og «biases», forstå deres innvirkning i arbeidet og endre dette.
- Å evaluere og benytte kunnskap og forskning i både teoretisk og klinisk sammenheng.
- Å forstå den påvirkning som pasientens individualitet, kultur og kontekst vil ha på behandlingen.
- Å søke etter tilgjengelige ressurser (for eksempel konsultasjon, assistanse eller alternative tilbud) ved behov.
- Å inneha et troverdig og overbevisende rasjonale for kliniske strategier.

Selv om sitatet over ikke er tilpasset ergoterapi, får vi likevel et inntrykk av hvordan innholdet i begrepet klinisk ekspertise kan forstås. Ekspertise er forbundet med å inneha store mengder kunnskap og å kunne anvende kunnskapen på en god måte. Ut fra det kan vi slutte at klinisk ekspertise er avgjørende i alle former for behandling. Det er jo den kliniske ekspertisen som for eksempel fastlegen innehar som gjør at pasienten oppsøker vedkommende. Forskningsfunn og fagkunnskap kan pasienter i våre dager oppsøke på egenhånd. Det samme gjelder for mottagere av ergoterapi. David Sackett, som er en av pionerene innen kunnskapsbasert medisin hevder at forskningsfunn kan informere, men kan aldri erstatte individuell klinisk ekspertise. Det er denne ekspertisen som bestemmer om evidensen overhodet kan anvendes på pasienten og i så fall hvordan den skal bli integrert i en klinisk beslutning (Sackett m.fl 1996). Det hevdes imidlertid at selv om grunnleggerne av kunnskapsbasert praksis ikke hadde til hensikt å erstatte individuell klinisk ekspertise med forskningsbasert kunnskap, er det nettopp det som har skjedd paradoksalt nok (Malterud 2002). Så det stemmer at betydningen av klinisk ekspertise innenfor kunnskapsbasert praksis er blitt undervurdert av mange, og at det er behov for økt oppmerksomhet om den sentrale betydningen klinisk ekspertise bør ha i kunnskapsbasert yrkesutøvelse (Rappolt 2003).

Kokebokmedisin

I norsk debatt har det vært hevdet at kunnskapsbasert praksis er et *instrumentalistisk mistak* (Ekeland 1999). Her





Det er den kliniske ekspertisen som for eksempel fastlegen innehar som gjør at pasienten oppsøker vedkommende. Forskningsfunn og fagkunnskap kan pasienter i våre dager oppsøke på egenhånd.

har Ekeland lånt Hans Skjervheims begrep brukt om pedagogikken i 1972 og overført det til en ny situasjon. Skjervheim kritiserte en pedagogisk tradisjon som tolket pedagogiske handlinger etter modell av tekniske handlinger. Det vil si å la instrumentell fornuft være overordnet alle virksomheter og relasjoner (Martinsen 2005). Overført til kunnskapsbasert praksis vil det si at en forholder seg til kliniske problemstillinger ut fra retningslinjer og standardiserte prosedyrer. Andre nyanser av denne kritikken er at kunnskapsbasert praksis er kokebokmedisin (Law and McDermid, 2008, Straus og McAlistar 2000). Samt at kunnskapsbasert praksis er kontroll over klinisk praksis, hvor den enkelte fagutøvers autonomi blir redusert (Ekeland 2004).

Fordi kunnskapsbasert praksis forutsetter en «bottom up» tilnærming, hvor forskningsfunn, klinisk ekspertise og brukerens preferanser integreres, kan det ikke resultere i en slavisk kokeboktilnærming til den enkelte pasient hevder Sackett m.fl (1996). Ideelt sett bør det være slik, men det er en reell fare for at fagutøvere grunnet liten tid samt manglende kompetanse og refleksjon, ukritisk følger oppskriften i den grad den formidles. Dersom det ikke formidles en oppskrift, kan faren være at man tilfeldig plukker ut og ukritisk anvender forskningsfunn man synes virker tilforlidelige. Kokebokmedisin kan oppstå dersom man hopper over en avgjørende premis i kunnskapsbasert praksis, nemlig det å integrere forskningsfunn med klinisk ekspertise og brukermedvirkning med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser (Straus og McAlistar 2000). Kunnskapsbasert praksis er en klientsentret tilnærming, som i høyeste grad er individualisert når den utøves riktig. En praksis som mislykkes i å ta hensyn til den enkelte pasient, kan ikke kalles en kunnskapsbasert praksis (Pearson m.fl. 2007).

Mangel på forskning

Det å ikke finne forskningsfunn om et gitt tema er et velkjent fenomen. Slik er det både innenfor medisin og sykepleie (Straus og McAlistar 2000, Pearson m.fl 2007). Da er det ikke å undres over at det er slik også innenfor ergoterapi (Hayes 2000, Illott m.fl 2006, Tse 2000, Rappolt 2003), som jo er et yngre fag med langt færre yrkesutøvere. I tillegg påpeker Rappolt (2003) hvor mye vanskeligere det er å forske på effekt av ergoterapi. Ergoterapi fokuserer på det komplekse samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser, ikke på celler og biologiske undersystemer. Vel, uavhengig av vanskelighetsgrad finnes det store kunnskapshull innen helsetjenestene som det ennå ikke er forsket på. Den sterke økningen i publiserte studier, kombinert med internasjonale forsøk på å oppsummere forskningen systematisk, vil etter hvert lukke igjen mange av disse hullene. Inntil den tid må man bruke sin kliniske ekspertise til å overkomme disse gråsonene i praksis (Straus og McAlistar 2000).

Selv i de tilfellene hvor det finnes forskning, kan det være et problem at den er uten konklusjoner, er inkonsistent med tidligere studier, er irrelevant for klinisk praksis eller av dårlig kvalitet (Sudsawad 2005, Straus og McAlistar 2000). Systematiske oversikter kan være en løsning på dette problemet. For ergoterapifagets vedkommende hevder Hayes (2000) at det i tillegg er et problem at forskningen er spredt tynt utover et stort felt, noe som gjør den umulig å oppsummere. Det er dessuten et problem at forskningen ikke er tilstrekkelig metodisk rigorøs. Haynes anbefaler derfor en mer strategisk og samordnet bruk av eksisterende forskningsressurser.

Til slutt skal det tilføyes at manglende funn av forskning også kan skyldes fagutøverens utilstrekkelige ferdigheter i litteratursøk. Det å utarbeide en god søkestrategi er en ferdighet som må læres og holdes ved like. De fleste kan



faglig

bli mer effektive i sine litteratursøk med hensyn til å spare tid, men også til dels mer suksessfulle med hensyn til å finne relevant forskning.

Forskningsbasert økonomistyring

Det er en fare for at kunnskapsbasert praksis får en autoritativ status som gjør at best mulig behandling ikke lenger er overlatt til den enkelte fagutøver å vurdere alene (Ekeland 2004). Kunnskapsbasert praksis kan bli et verktøy for helsepolitikere for å regulere praksis. Dette kan skje ved at kun intervensjoner basert på forskningsfunn gir grunnlag for refusjon eller legitimitet hos offentlige myndigheter eller andre finansieringsinstitusjoner. Slike tendenser kan ses i flere land (Ibid). Økonomisk premiering av kunnskapsbasert behandling vil stimulere til raskere omlegging mot en kunnskapsbasert arbeidsform med økt vektlegging av forskningsfunn i tiltaksvalg. Dette er i og for seg positivt. Det kan imidlertid innebære en fare for at praksis styres mot forskningsfunn, hvor de andre kunnskapskildene som kliniske ekspertise og brukermedvirkning overses. Det er viktig å være bevisst på at ikke alle kliniske forhold er forskbare (Nordtvedt og Hanssen 2001). Forskning på mennesker er mer komplekst og situasjonsavhengig enn laboratorieforskning, og det er ikke alle forhold som lar seg avdekke. I en økonomistyring basert på en snever definisjon av kunnskapsbasert praksis vil bare forskbare tiltak bli prioritert, og kun de mest effektive og minst kostnads-krevende blant disse. En slik styring kan dreie klinisk yrkesutøvelse i en uønsket retning. For ergoterapeuters vedkommende tror jeg at det vil medføre større grad av undergrunnspraksis slik det er beskrevet blant annet av Mattingly og Flemming (1994). Det vi ser en skjult klinisk praksis hvor ergoterapeuter rapporterer en annen yrkesutøvelse enn den de faktisk utfører.

Konklusjon

Kari Martinsen kan oppfattes dit hen at hun advarer tilhengerne av kunnskapsbasert praksis mot fundamentalisme (Hofstad 2008). *Fundamentalisme* betyr i denne sammenheng fanatisme, kjennetegnet ved svart/hvitt tenkning, mangel på saklighet og balanse, mangel på vilje til å forstå og respektere annerledes tenkende (Wikipedia). Det er vel grunn til at begge leire bør ta denne advarselen alvorlig. Både skeptikere og tilhengere forventes å forsvare sitt ståsted, med fare for å bli påståelig og unyansert. Som tilhenger av kunnskapsbasert praksis ønsker en gjerne å selge konseptet, og i den situasjonen er det en stor utfordring å klare å være nyansert i sin fremstilling.

En del av kritikken rettet mot kunnskapsbasert praksis er bygget på en snever oppfatning av hva som er gyldig kunnskap innen kunnskapsbasert praksis. Oppfatningen går ut på at det kun er kvantitative forskningsfunn som teller og at klinisk ekspertise og kvalitativ forskning blir neglisjert. Jeg har i denne artikkelen prøvd å nyansere denne oppfatningen noe. Kritikerne advarer mot scenarier som kan inntreffe dersom man ukritisk følger kunnskapsbasertpraksis-bevegelsen. Slike scenarier kan være etterlevelse av kokebokmedisin og innføring av forskningsbasert økonomistyring. Det er grunn til å ta slike advarsler alvor-

lig. Det anbefales å søke å få det beste ut av kunnskapsbasertpraksis-bevegelsen, samtidig som man er bevisst dens svakheter. □

Litteratur

- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. 2007. *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo, Gyldendal akademisk forlag.
- Boge J. & Martinsen K. Uro omkring evidens. *Sykepleien* 2004 (15): 62-63.
- Ekeland, T.-J. Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 1999 (36): 1036-1047
- Ekeland, T.-J. 2004. *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr 6. Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Ekeli, B.-V. Med «kunnskapsbasert fysioterapi» baklengs inn i fremtiden? *Fysioterapeuten* 2000 (10): 21-26.
- Ekeli, B.-V. *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Høgskolen i Tromsø, Eureka forlag. 2002.
- Ekeli, B.-V. 2005. Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I: Foss og Ellefsen (red.). *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Eriksen K, Norman T, Myllymäki I. 2002. *Den trojanske hest. Evidensbasering og sykepleje*. København, Gads Forlag.
- Gramstad A. & Jentoft R. Evidensbasert praksis: beste kliniske praksis? *Ergoterapeuten*, 2008 (6): 22-26.
- Hayes R. Evidence-based occupational therapy need strategically-targeted quality research now. *Australian Occupational Therapy Journal* 2000 (47): 186-190.
- Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen K. B. 2005. *Practical evidence-based physiotherapy*. Edinburgh, Elsevier Butterworth Heinemann.
- Hofstad, Eivor. Er dette evident nok? Om en fagkonferanse om evidensbasert praksis, arrangert av Norsk Sykepleierforbund 2008. Intervju ned Frank Oterholt, Kari Martinsen, Tor-Johan Ekeland og Rolf Sundet. *Tidsskriftet Sykepleien* 2008 (9): 64-65.
- Illott I., Taylor M. C., Bolanos C. Evidence-based occupational therapy: It's time to take a global approach. *British Journal of Occupational Therapy*, 2006 69(1): 38-41.
- Jamtvedt G & Nortvedt M.W. Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis. *Ergoterapeuten* 2008(1): 10-18.
- Jensen, U. J. 2004. Evidens, viden og sundhetsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mer katolsk enn paven. I: Bruun JJ, Hanak ML, Koefoed BG: *Viden og evidens i forebyggelsen*. Sundhedsstyrelsen.
- Kinn, L. G. 2007. Evidensbasert praksis – et tveegget sverd? I: Horgen m.fl (red.). *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim, Tapir akademiske forlag.
- Laberg, T. Norsk Ergoterapeutforbund har valgt begrepet kunnskapsbasert ergoterapi. *Ergoterapeuten* 2009(1): 16-17.
- Law M. & MacDermid J. (ed.) 2008. *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice*. Thorofare, SLACK Incorporated.
- Malterud, K. Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002, 8(2): 121-126.
- Martinsen K. & Boge J. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien* 2004 (13): 58-61.



Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribes forlag.

Mattingly C. & Flemming M. H. 1994. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in therapeutic practice*. Philadelphia, F.A.Davis.

Mæhre, K.S. Fagdebatt: Kunnskapsbasert praksis – den beste? *Sykepleien* 2008 (5): 85.

Nordtvedt M. W., Hanssen T. A. Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. *Sykepleien* 2001 (19).

Nordtvedt M. W., Hanssen T. A., Lygren H. Metodisk mangfold. *Sykepleien* 2004 (15): 65-66.

Pearson A, Field J, Jordan Z. 2007. *Evidence-based clinical practice in nursing and health care. Assimilating research, experience and expertise*. Oxford, Blackwell Publishing

Phillips B., Ball C., Sackett D., Badenoch D., Straus S., Haynes B., Dawes M. *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence* (May 2001). <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>> [Lesedato 1. oktober 2008]

Rappolt, S. The role of professional expertise in evidence-based occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* 2003, 57(5): 581-593.

Rieper O. & Hansen H. F. 2007. *Metodedebatten om evidens*. København, AKF forlaget.

Rønnestad, M. H. Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2008 (45): 444-454.

Sackett D. L., Rosenberg W. M. C., Gray J. A. M., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996, 3(12):71-72.

Sollesnes, R. 2006. *Utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid*. Vitenskapsteoretisk essay. Vestnorsk Nettverk - Forskerutdanninga. <<https://bora.hib.no/bitstream/10049/88/1/Sollesnes-vitenskapsteoretisk-essay.pdf>> [Lesedato 1. oktober 2008]

Straus S. & McAlister F. Evidence-based medicine: A commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal* 2000, 163 (7): 873-877.

Stigen, L & Røssvoll T.B. Kunnskapsbasert praksis og Evidence Based Practice. Snakker vi om det samme? *Ergoterapeuten* 2009 (1): 52-53.

Sudsawad, P. 2006. Definition, evolution and implementation of evidence-based practice in occupational therapy. In: Kielhofner G. (ed.). *Research in occupational therapy. Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Tse S., Blackwood K., Merrolee P. From rhetoric to reality: Use of randomized controlled trials in evidence-based occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 2000 (47): 181-185.

Wikipedia, den frie encyklopi. <<http://no.wikipedia.org/wiki/Fundamentalisme>> [Lesedato 1. oktober 2008]

Aas, R. W. 2007. Tiltaksvalg i komplekse brukersaker. I: Horgen m.fl (red.). *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim, Tapir akademiske forlag.

Denne artikkelen inngår i en serie av artikler i *Ergoterapeuten* om kunnskapsbasert ergoterapi som skal lede frem til Norsk fagkongress i ergoterapi 2009.

