

ESSAY
I
VITENSKAPSTEORI
VNN – FU 2005

**Evidence Based practice –
a double – edged sword for occupational therapists?**
A discussion of problematic aspect with evidenced based
occupational therapy.

LIV GRETHE KINN
HØGSKOLEN I BERGEN

Evidensbasert praksis– et tveegget sverd for ergoterapeuter?

En drøfting av problematiske sider ved evidensbasert ergoterapi

1.0 Innledning.

Som tittelen indikerer vil jeg kretse inn et svært aktuelt og omfattende temafelt for ergoterapeuter, nemlig hvordan evidensbasert praksis implementeres av ergoterapeuter, hvilke utfordringer dette kan gi profesjonen og hvilke konsekvenser dette kan skape for yrkesutøvelsen. Utgangspunktet for essayets argumentasjon er antagelsen om *et manglende samsvar mellom det såkalte evidensbaserte paradigmet og dagens paradigme i ergoterapi*. Problemkomplekset evidensbasert ergoterapi kan imidlertid analyseres fra fem ulike sider: den hverdagslige, den politiske, den tekniske, den vitenskapelige og den filosofiske.

Det er nettopp på de vitenskapelige og filosofiske områdene vanskene har hopet seg opp for ergoterapeuter. For det første har yrkesutøverne problemer med å forklare hva ergoterapi er. Resultater fra både kvantitative og kvalitative studier utført i de siste tretti årene har vist at ergoterapeutene sliter med å tydeliggjøre sitt kompetansefelt og sin yrkesrolle [1-16]. For det andre har forskere avdekket underrapportering av essensielle deler av ergoterapitiltakene [17-20]. For det tredje hevdes det at dagens ergoterapi ikke bygger på vitenskap [21]. I følge Steultjen mfl. [22] sine sammenfattende funn i meta- analysen (eller såkalt ”oversikt over oversiktene”) av fjorten systematiske reviews¹ publisert i databasene Cochrane Library og PubMed i 2004, som omhandlet evidensen av ergoterapi i forhold til ulike diagnosegrupper, kunne nytten av ergoterapi påvises kun i forhold til eldre og pasienter med hjerneslag eller reumatoid artritt. Med andre ord fant forskerne manglefull evidens når det gjelder effekten av ergoterapi i forhold til Parkinsons og Huntingtons sykdom, multiple sclerose og psykiske lidelser [22].

En innvending mot nevnte studie er imidlertid at fravær av evidens (i den betydningen av ordet som ligger til grunn for evidensbasert praksis) ikke nødvendigvis betyr at nytten av

¹ På 90-tallet ble tradisjonelle fortellende oversiktsartiklene kritisert for å være subjektive, ikke transparente og usystematiske. Det ble utviklet strengere metodekrav til å syntetisere kunnskap, og begrepet ”systematisk reviews” oppstod. I følge Jamtvedt (2003) innebærer dette å definere systematisk et klart formål, omfattende søkestrategier, klare inklusjons- og eksklusjons kriterier, kvalitetsmessig evaluering av inkluderte studier etter forhåndsdefinerte kriterier, og en beskrivelse av metoden for å sammenstille resultatene. Det siste nye er å sammenfatte kunnskap i ”oversikter over oversiktene”.

23. Jamtvedt G., H.K.B., Bjørndal A., *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Vol. 1. 2003, Oslo: Gyldendal Norsk forlag. 173 p.

24. Jamtvedt, G., *Å fremme kunnskapsbasert praksis og undervisning*, in *Hvordan kan høyskolene bidra til*

ergoterapi ikke kan dokumenteres på andre måter [25]. Altså – selv om effekten av tiltakene ikke kan måles kvantitativt, trenger ikke dette å bety at tiltakene ikke har virkning. All kunnskap lar seg ikke oppsummere i korte sammendrag. Og dessuten - mange studier vil ikke tilfredsstillende de strenge metodologiske kravene som settes i den evidensbaserte tradisjonen [25-27]. Her dreier innsigelsen seg nemlig om hva som skal gjelde som evidens innen evidensbasert praksis og ergoterapi, hva som skal telle som gyldig kunnskap, og hvordan slik type kunnskap kan oppnås. Kvalitative studier med fokus på for eksempel pasienterfaringer kan avdekke andre og kanskje divergerende funn. Det neste spørsmålet er i hvilken grad denne formen for dokumentasjon og bevisførsel av ergoterapitiltak, blir anerkjent som gyldige og pålitelige i evidensbasert praksis (EBP).

Det er en vanlig oppfatning innen ergoterapi at tiltakene har effekt når ergoterapeuten lar seg engasjere i konkrete samarbeidsprosjekter med utgangspunkt i klientens livserfaring, interesser, behov, ferdigheter, problemer og motivasjon [28]. Hver enkelt klient behandles unikt, og livssituasjonen forstås i lys av sosiale, miljømessige og kulturelle faktorer. Med andre ord unngås diagnosenkning: en bestemt type behandling gitt til en klient kan ikke nødvendigvis overføres til en annen [28]. Et naturlig spørsmål i forlengelsen av dette er om det er mulig å måle effekten av tiltakene som forhandlingene om terapeutisk bruk av aktivitet og alliansen mellom terapeut og klient innebærer? Og videre: Er brukeren tjent med at systematiserte og kvantifiserbare resultater danner grunnlaget for valgene ergoterapeuten gjør i behandlingsprosessen? Og hva skjer om tiltakene ikke kan dokumentere effekt i kvantitativ målestokk? Skal da disse ekskluderes [25]?

Det er selvsagt ingen grunn til å betvile at ergoterapeuter trenger evidens for sine tiltak. I likhet med andre helsefag er det viktig og nødvendig å styrke det vitenskapelige grunnlaget i ergoterapi [29]. Imidlertid er det et problem at fasetter av ergoterapitiltakene vanskelig lar seg validere, og dessuten - at de devalueres, både av egen faggruppe og av andre [7, 14, 30].

Amerikanske og skandinaviske studier har nemlig vist at ergoterapeuter ”skjuler” deler av sin virksomhet, som har fått den treffende merkelappen ”undergrunnspraksis” [14, 17-20, 31]. I USA fant både Fearing [32] og Mattingly [17] et misforhold mellom ergoterapeutenes grunnlagstenking og innholdet i rapporteringen. Istedenfor å rapportere om pasientens aktivitetsutførelse, vektla ergoterapeutene medisinske diagnoser og generelle etiketter [32]. Parallelt fant Lundgren Pierre og Sonn [19, 20] i sine kvalitative og kvantitative studier at

en kunnskapsbasert praksis i helse- og sosialfagene? M.N. (red), Editor. 2005, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Høgskolen i Bergen: Bergen. p. 147.

svenske ergoterapeuter underrapporterte essensielle deler av sin praksis, samt at de hadde mangelfulle dokumentasjonsrutiner og standarder.

Nevnte funn er interessante når det gjelder spørsmålet om hva ergoterapeuten bør dokumentere, og hvilke prinsipper som er gjeldene i dette arbeidet. I lys av kravet om evidens, kan nettopp denne tendensen til å undergrave egen virksomhet skape tiltagende legitimitets- og identitetsproblemer for profesjonen [18]. Følgelig aktualiseres atskillige problem når ergoterapeuter møter samfunnets krav om evidens i helsesektoren.

Målene med dette essayet er: 1) å analysere og sammenligne ergoterapi og evidensbasert praksis i lys av Tørnebohms paradigmatteori, 2) å belyse den tverrfaglige evidensdebatten, 3) å drøfte hvilke implikasjoner evidensbasert ergoterapi kan ha for yrkesutøvelsen

I essayet vil jeg fokusere på hvilke ideologier og samfunnspolitiske betingelser som har vært gjeldende for fremveksten av ergoterapi og evidensbaserte praksis (EBP). Dessuten vil jeg gjøre rede for noe av den kritikken som har kommet mot EBP fra ulikt hold. Kjernen i denne kritikken er påstanden om at det såkalte ”kunnskapshierarki” i EBP begrenser evidensbegrepet til bare å omfatte det kvantitative aspektet. Dessuten at det tilslører favoriseringen av randomiserte kontrollerte forsøk² (RCT- studier) og meta- analyser [25, 34]. Jeg vil argumentere for at ergoterapeuter bør sidestille forskjellige kunnskapsformer og anse disse som likeverdige. Slik vil essayet diskutere både normative og deskriptive vitenskapsteoretiske aspekter.

2.0 Ulike syn på hva som utgjør evidens

Som i andre praktiske yrker som for eksempel sykepleie og fysioterapi, har vitenskapeliggjøringen av ergoterapi vært styrt av ideen om at vitenskapen fører til bedre praksis [35]. Trenden har vært akademisering med forbedringstiltak både på utdanningspraksis-, og forskningsnivå [21]. Evidensbasert praksis aktiverer imidlertid viktige spørsmål angående erkjennelsesgrunnlaget i helsesektoren og hvilke kriterier som skal gjelde for vitenskapelig kvalitet [36]. I følge Eriksson [29] varierer oppfattelsen av evidens innenfor ulike filosofiske og vitenskapsteoretiske retninger. Det kan være hensiktsmessig å gå litt inn på ulike tolkninger av evidensbegrepets innhold.

² RCT: Deltagende pasienter deles slumpmessig inn i to grupper som sammenlignes. Mens den ene gruppen får en gitt behandling, får den andre såkalte kontrollgruppen ingen behandling (placebo). Forsøket gjøres gjerne

Først kan det være grunn til å reflektere over evidensbegrepets retoriske kraft. I følge Ekeland [25] assosieres evidens som oftest med ”vitenskapelig kunnskap”, og vitenskapelighet kjennetegnes ved krav om målbarhet, og ikke minst – at kunnskapen skal være pålitelig, systematisk og kritiserbar [35, 37]. Fjelland [35] påpeker at i historisk lys har vitenskapelig kunnskap hatt følgende tre kjennetegn: *teoretisk, sann og systematisk* (s. 34). Kvale [38] bruker følgende brede definisjon av vitenskap, som *metodologisk produksjon av ny, systematisk kunnskap*, der systematisk sikter til begrepet *intersubjektivitet* (s.69). I følge Malterud [36] referer intersubjektivitet til at påliteligheten sikres ved at leseren gjøres til en informert ledsager i betingelsene som kunnskapen er utviklet innenfor (s.22).

I Norden er det særlig sykepleieforskere som Martinsen [34] og Eriksson [29] som har utforsket og kritisert det naturvitenskapelige evidensbegrepet. Eriksson [29] påpeker at i de siste 100 årene har evidensbegrepet rent språklig utviklet seg fra betydningen *klar(het)* og *tydelig(het)* i 1850årene, til kravet om *eksakthet* i 1990årene (s. 31). I følge Martinsen [34] har evidensbegrepet blitt noe alle snakker om, men uten at begrepet problematiseres tilstrekkelig. Hun påpeker at hovedtendensen at *det* evidente blir forstått som *å måle effekten av tiltak*. Dessuten påpeker hun at evidens rent språklig betyr *å se og å innse*, og er beslektet med *å vite, å se til, kjenne til, erfare*, og ut fra dette få en åpenbar visshet om noe (s.51) (ibid.). Eriksson [29] hevder at den sterkeste koblingen i dag er mellom evidens og begrepet *åpenbar*, i betydningen *beviselig, tydelig, naturlig, objektiv og sann for alle* [29]. Denne betydningen av begrepet har en naturvitenskapelig³ og positivistisk forankring, som tilsvarer en *kvantitativ* tilnærming [29, 34]. Kvantitativ forskning innebærer en strukturert hypotetisk – deduktiv tilnærming, der målet kan være å beskrive, forutsi eller forklare et fenomen.

dobbelt blindet, dvs. at verken pasienter eller behandlere hvilket preprat de to gruppene har fått

33. Bakketeig, L.S. and P. Magnus, *Epidemiologi*, ed. 2. 1998, Oslo: ad Notam Gyldendal.

³ Positivismen baseres på tenkningen om å utforske menneske og samfunn som om de er styrt av naturlover (enhetsvitenskapen). Målsettingen til enhetsvitenskapen var å utvikle en teori som gjorde det mulig å forklare og å predikere menneskelige forhold ved å vise til naturlover. Logisk -positivisme (også kalt logisk empirisme) som vitenskapefilosofiske bevegelse virket i Wien i mellomkrigstiden. Den såkalte Wienerkretsen var en gruppe tyske og østerrikske tenkere med bakgrunn i naturvitenskap, matematikk og filosofi, men de måtte emigrere pga. Hitler og nazismen. Positivismen har sitt utspring i 1600- tallets mekanistisk materialisme og den naturvitenskapelige tradisjonen med sitt gjennombrudd på 1700tallet. Det naturvitenskapelige idealet bygger på et mekanistisk verdensbilde, som kan sammenfattes slik: Bare det som kan beskrives matematisk, eksisterer virkelig (s.84). Det vitenskapelige idealet er målbarhet, fenomener som studeres isoleres og idealiseres. En sentral ide er at kunnskap oppnås ved det positivt gitte, altså ved måling og observasjon. Verden deles inn i primære - og sekundære sansekvaliteter, der de primære tilsvarer materiens objektivt observerbare egenskaper. Kun disse regnes som positivt gitte eller sanne. Sekundære sansekvaliteter, ”innen - fra -perspektivet”, som for eksempel trøtthet, smerte og angst, anses som subjektive, ikke- gyldige kunnskaper.

35. Fjelland, R. and E. Gjengedal, *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. 1995, Oslo: Ad Notam Gyldendal. 201 s.

Forskningsprosessen er objektiv og distansert, med generelle resultater og entydige, begrensede variabler [39].

Martinsen [34] fremhever at evidensbegrepet også kan belyses via en fenomenologisk⁴ eller hermeneutisk⁵ innfallsvinkel, som begge tilsier en *kvalitativ* tilnærming. Når evidens er knyttet til *opplevelser, utsagn*, eller hvordan gjenstander eller tilværelsen viser seg i seg selv *naturlig og opplevd*, åpnes det opp for langt mer enn det målbare [34]. Målet er å utforske og forstå meningsinnholdet i sosiale fenomener. Resultatene bygger på data fra få informanter og et stort antall variabler [39]. Den kvalitative forskningsprosessen er fleksibel, der forskerens rolle og forforståelse vil påvirke informant og materiale [36]. Det er nettopp forskerens subjektive rolle i forskningsprosessen som den kvalitative tradisjonen har blitt kritisert for. I følge Skjervheim [42] har den fenomenologiske fremgangsmåten, eller den såkalte vesensbetragtning, blitt dømt av positivist og empirister som *et fantasiføster* – en metode som kanoniserer tilfeldige dogmer (s.29).

Mens forskeren som bruker kvalitative metoder tilstreber å beskrive og fortolke karaktertrekk og egenskaper ved fenomener i et *innenifra – perspektiv*, anlegger forskeren i kvantitative studier et *utenifra – perspektiv* [36, 39]. Begge typer av forskningsdesign kan ha sine sterke og svake sider. Kvantitative studier kan være nyttige ved at kvaliteten på intervensjonen sikres ved at behandlingen baseres på statistiske sammenligninger av behandlings- og kontrollgrupper [43]. Dette betyr at det er empirisk påvist at en gjennomsnittspasient som mottar en viss type behandling, kommer signifikant bedre ut enn en gjennomsnittspasient som ikke får behandling. For ergoterapeuter kan det for eksempel være nyttig å lese studier som viser at en gjennomsnitts eldre person som mottar ergoterapitiltak har mindre risiko for fallulykker enn de som ikke mottar tilbudet. Imidlertid er slagsiden ved denne tilnærmingen at pasienten reduseres til en statistisk representant for gjennomsnittet [25, 43]. Da ergoterapeutene tilstreber å forstå pasientens erfaringer i dagliglivets aktiviteter, vil kvalitative studier som viser for eksempel hvordan eldre opplever verdien av boligtilpasning, eller å delta på dagsenteraktiviteter, være av særlig interesse.

⁴ Som erfaringsfilosofi, atskiller fenomenologien seg fra både empirismen og kantianismen. Grunnleggeren av fenomenologien, Edmund Husserl prosjekt var å utvikle en filosofi på antagelsen om at all kunnskap, inkluderte vitenskapelig kunnskap, er fundamentert i den hverdagslige verden eller "livsverden". Han kritiserte 1800-tallets empiriske og positivistiske strømninger, som hevdet at sann kunnskap bare kan oppnås via observerbare, objektive og kvantifiserbare data. Forskeren må "gå til saken selv" og forstå fenomenet gjennom livsverden. 40. Bengtsson, J., *Sammanfletningar. Husserl och Mearleu- Pontys fenomenologi*. Vår tids tenkare. 1988, Göteborg: Daidalos..

⁵ Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knytte til forståelse og fortolkning, først og fremst i forhold til tekster. Tradisjonen kan strekkes tilbake til fortolkning av Bibelen 41. Thornquist, E., *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 2003, Bergen: Fagbokforlaget..

Evidens kan med andre ord forstås som et flertydig begrep, og det er stor avstand mellom den kvalitative og den kvantitative fortolkningen [34]. I følge Malterud [36] har disse forskningstradisjonene historisk sett stått steilt i mot hverandre (s.39). Sentrale kvalitative forskere som Malterud [36], Kvale [38] og Martinsen [34] hevder at tradisjonene ennå er i konflikt. Selv om kvalitative studier har medvind, og det er enighet om at forskningsspørsmålet skal bestemme metoden - rangerer EBP - paradigmat og tradisjonelle medisinske forskningsmiljøer kvantitative metoder med eksperimentelle design og statistiske tilnærminger, fortsatt høyest [44].

3. 0 Ergoterapi og evidensbasert praksis i lys av paradigmatteori

Blåka [43] hevder at i jordmorprofesjonen bør det snakkes om det særegne ved praksis, før det neste steget tas; hvordan kunnskap om feltet og de ulike fenomenene fremskaffes [43] (s.55). I tråd med denne argumentasjonen vil jeg løfte frem egenarten ved henholdsvis ergoterapi og evidensbasert praksis (EBP). Avsnittenes hovedinnhold vil være kunnskapsgrunnlaget for og fremveksten av nevnte fagområder. For å kunne belyse ”bilder” av disse fra ulike sider, vil jeg bruke paradigmatbegrepet som analyseverktøy.

3. 1 Kuhn og Tørnebohms paradigmatteori

Ordet paradigmatteori er gresk og betyr forbilde eller mønster (s.58) [45]. Den mest kjente forståelsen av begrepet stammer fra *Kuhns paradigmatteori*⁶ [45]. Kuhn tok et oppgjør med positivismen, og forfektet at vitenskapelig utvikling ikke er kumulativt, men foregår i ”sprang”, ved krise og brudd [46]. Alvsvåg [46] hevder at positivistisk tradisjonen har et kumulativt syn på vitenskapelig utvikling, noe som innebærer at kunnskap forstås som lagring og opphoping av stadig flere sanne kjensgjerninger (s.169). Det kan være hensiktsmessig å skissere noen forutsetninger for hans teoriutvikling.

Kuhns paradigmatteori er debatten om vitenskapens utvikling og forandring [35, 45, 47]. I motsetning til positivistene mente Kuhn at vitenskapen ikke er nøytral [46]. Han anklaget forskersamfunnet for manglende bevissthet om dets implisitte overbevisninger og spørsmål [35, 47]. Han postulerte at vitenskapelige problem, forskningens innhold og omfang defineres

⁶ Björklund (2000) hevder at Kuhn har lånt paradigmatbegrepet fra den østerisk- engelske filosofen Wittgenstein (1889-1951), som igjen lånte det fra den tyske 1700-talls filosofen Lichtenberg.

4. Björklund, A., *On the Structure and Contents of Occupational Therapists Paradigms. Empirical studies of occupational therapy students' and occupational therapists' view on occupational therapy. Doctoral Thesis.* 2000, Stockholm: Institutionen for klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och aldrevårdforskning. Sektionen for arbetsterapi. Karolinska Institutet.

av praktiserende forskerne eller forskertradisjonen uten at betingelsene problematiseres tilstrekkelig [35, 45, 47].

I følge Kuhn må vitenskapen forstås i sin historiske kontekst og sammenheng, og den følger bestemte faser. Disse benevnes som *normal vitenskapen*, *vitenskapelig krise* og *vitenskapelig revolusjon* [35, 45, 47]. Innenfor et gjeldende paradigme i en normalvitenskaplig fase skal det være konsensus mellom forskere om hva som skal forskes på og hvordan. Imidlertid oppstår ofte nye spørsmål som ikke lar seg besvare ved paradigmets tilgjengelige metoder. Slik dannes *anomalier*. Dersom disse ikke lar seg eliminere skapes forutsetningen for en vitenskapelig krise, og forskerne som representerer anomaliene utstøtes. Men gradvis vil flere forskere slutte seg til det nye synet, og en vitenskapelig krise oppstår. Det nye paradigmet lar seg kun realisere gjennom forhandling og kamp [35, 45, 47].

Kuhns paradigmebegrep kan forstås som noe i retning av et verdensbilde, eller regler og rammer for vitenskapelig arbeid som er felles innen et fagområde [4, 35, 47]. I følge Fjelland og Gjengedal [35] sammenlignet Kuhn normalvitenskap med et puslespill på grunn av følgende likhetstrekk: a) oppgaven har en løsning, b) det finnes bestemte regler for fremgangsmåten og c) det er bestemte regler for hva som er en løsning (s. 56). Altså bestemmer paradigmet hva som skal gjelde som fakta, hvordan disse skal tolkes, og hvilke konklusjoner som kan trekkes [35, 47]. Relatert til ergoterapi kan det nevnes at den sentrale forskeren innen ergoterapi, amerikaneren Gary Kielhofner [48], er inspirert av Kuhns tenkning [49].

Kritikk mot Kuhns teori har kommet fra ulike hold. Fjelland [47] påpeker at Kuhn anvender termen paradigme på en upresis måte i sin mest kjente bok *The Structure of Scientific Revolutions* fra 1962. I følge Fjelland og Gjengedal [35] kritiseres Kuhn dessuten for sin historiske og deskriptive innfallsvinkel.

Her vil jeg imidlertid støtte meg til den svenske vitenskapsteoretikeren *Håkan Tørnebohms paradigmeteorier og modell* [50]. Tørnebohm kan plasseres innenfor den historisk- kritiske vitenskapsteorien, som fortolker vitenskapelige teorier i lys av den politiske, historiske og ideologiske konteksten [45].

I kontrast til Kuhns kollektive forskerparadigme hevder Tørnebohm at alle mennesker har et personlig livs - paradigme [4, 49, 51]. Dette består av ulike spesialparadigmer for ulike aktiviteter, der yrkesparadigmet utgjør et av disse [4, 45]. Å tilegne seg et yrke innebærer innsikt i eget livs – paradigme, samt å tilegne seg et bestemt yrkesparadigme som samsvarer med rådende idealer [45]. Paradigmer har ”isberg- karakter”, og er i stor grad skjult for

innehaveren og til dels uartikulert [49]. I følge Bjørklund [4] er yrkesparadigmet personlig for bæreren, men dersom summen av alle personlige yrkesparadigmer er på bølgelengde utgjør dette en ”fiktivt”, primær ideologi for gruppen [4, 52].

I de senere år har Tørnebohm nærmet seg det kuhnianske paradigmebegrepet. Han har videreutviklet sin paradigmatheori, og utarbeidet en modell for analyse av paradigme [4, 45]. Tørnebohms modell inneholder begreper eller hjørnesteiner som fokuserer paradigmatets: *interesser, verdensbilde, vitenskapssyn og kompetanse* (s. 60) [45]. *Interesser* står for profesjonens prioriteringer og avgrensinger, *verdensbildet* speiler profesjonens oppfatning av yrkesrolle, emneområde og relasjon til klienten, *vitenskapssyn* illustrerer emne, forskningsområder og idealer, både fortids- og fremtidsrettet, og *kompetanse* handler om hva man kan, hvordan teorier og teknikker tillempes [45].

Tørnebohm er nok mer kjent innen ergoterapi enn i andre fagkretser. I følge blant andre Bjørklund [4] har han inspirert særlig svenske ergoterapeuters teori- og kunnskapsutvikling siden åttitallet [4, 49, 51, 53]. Resultater fra Tørnebohms [51, 53] studier av ergoterapiprofesjonen viser blant annet at forskere innen ergoterapifeltet bør engasjere yrkesutøver i paradigmatisk diskusjoner. Tørnebohms teorier har også influert sentrale ergoterapiforskere som engelske Hagedorn [54] og australske Kortman [55]. For å utforske ergoterapistudenters og yrkesutøveres oppfatning av sitt fag og yrkesrolle i sitt doktorgradsprosjekt, brukte svenske Bjørklund [4] Tørnebohms paradigmatheori som referanseramme. Hennes [4] resultater avdekket blant annet mange felles komponenter i ergoterapeuters yrkesparadigmer, som sammen viste en potensiell, lokal ideologi for yrkesgruppen.

I følge Bentling [45] kan Tørnebohms modell brukes for å studere generelle spørsmål kunnskapsutvikling, om forholdet mellom teori og empiri, og utviklingen av et fagspråk innen en vitenskap og en profesjon. Mer spesifikt kan Tørnebohms modell anvendes for å studere et av nevnte områder ved at følgende spørsmål besvares: *Hvilke spørsmål stilles? Hvilken praksis finnes? Hvilken ideologi gjelder? Hvordan ser historien ut?* [45](s. 62).

For å diskutere essayets problemstilling anser jeg Tørnebohms paradigmatheori som et relevant analyseverktøy. Ergoterapi og evidensbasert praksis tilstrebes tydeliggjort ved at materialet tematiseres er nevnte spørsmål: *Hvilken praksis finnes? Hvilken ideologi gjelder? Hvilke spørsmål stilles? Hvordan ser historien ut?*

4. 0 Paradigmer i ergoterapi

Hvilken praksis finns? Law [56] hevder at ergoterapi på sitt beste er klientsentret. Da samarbeider klient og terapeut om å definere ressurser og behov i intervensjonen.

Aktivitetsvalgene styres av klienten, og ”doing- with” står sentralt i relasjonsbyggingen [48, 56]. Når *aktivitet og deltagelse* er både *middel (intervensjon) og mål (resultat)*, da er det ergoterapi [30, 57, 58]. I følge Finlay [59] bruker ergoterapeuter to former for aktivitet terapeutisk: aktiviteter i dagliglivet (ADL), som matlaging, og terapeutiske aktiviteter (gruppe - aktiviteter). Kjernekompetansen er analyse av aktivitet og måten denne utføres på [7, 58, 60]. I analysen vektlegges både subjektive og objektive observasjoner i aktivitetsutførelsen [5, 61]. Når aktiviteten graderes i ulike trinn, er hensikten å vurdere hvilke aktiviteter klienten kan utføre, omgivelsenes krav og hvilken støtte eller tilpasning som trengs [59].

Måten ergoterapeuten gjør ting sammen med klienten, innebærer en særegen empatisk forståelse for personens livs - prosjekter. Med klientens aktivitetshistorie som innfallsport, gjør samspillet i hverdagslige aktiviteter det mulig for ergoterapeuten å ”nøste” frem klientens motivasjon og mestring [3, 16, 48, 56, 62]. Gjennom sin kliniske arbeidsprosess vil terapeuten balansere og tilpasse sine tiltak. Mattingly & Fleming [17] har beskrevet måten ergoterapeuter resonnerer på i modellen ”The Three Track Mind” [17]. Hypotetisk- deduktiv, narrativ og pragmatisk resonnering ligger implisitt i følgende tankespor som anvendes parallelt: henholdsvis *prosedyre-, samhandlings- og situasjonssporet* [17]. Når diagnosen fokuseres, anvendes prosedyresporet, i samhandlingssporet forsøker terapeuten å bli kjent med pasienten som person og i situasjonssporet danner terapeuten seg et helhetsinntrykk og fremtidsbilder av klienten [17, 63]. Mattingly & Fleming [17] fremhever videre *narrativ resonnering* som en hjørnestein i fagutøvelsen. I møte med klienten vil terapeuten spørre seg selv: ”Hvilken historie er jeg en del av?” [17](s.239). Et såkalt ”terapeutisk drama” vil utspille seg, der fortid, nåtid og fremtid aktualiseres. I dette er klienten hovedaktør og terapeuten regissør [17].

Forskere [3, 17, 48, 63, 64] hevder at noe av særtrekket ved ergoterapi er måten ergoterapeuter balanserer mellom den bio- medisinske og holistiske modellen med ulik og til dels motsetningsfull forankring; på den ene siden det naturvitenskapelige eller ”positivistiske” paradigmet og på den andre siden det fenomenologiske⁷ (i vid forstand) paradigmet,. Samtidig som ergoterapeuten forholder seg til diagnosen, og medisinske og funksjonelle

⁷ Skjervheim (1959/1974/2000) hevder at det er to motstridende retninger som har dominert vår tids tenkning. På den ene siden naturalistisk- positivistisk- pragmatiske retning, på den andre siden fenomenologisk- eksistensialistiske. Sentrale tenkere i den første retningen er Russel, Carnap, Wittgenstein, James, Dewey,. Den andre retningen representeres av Husserl, Heidegger, Sartre, Merleu- Ponty (s.19).

problemer med utgangspunkt i for eksempel bio- mekaniske eller nevro- utviklingsmessig tilnæringsmåter, flettes hverdagslivets aktiviteter og objekter inn i tiltakene [16, 17]. Ved re- læring av tidligere vaner og handlingsmønstre trygges klientens livsverden [17]. Har for eksempel en slagpasient nedsatt håndfunksjon og er motivert for selvhjelpstrening, vil fokuset aktiviteten være påkledning. Er målet å fremme klientens mentale helse og sosiale kapasitet, kan aktiviteten være samspill i baking eller kafe- besøk. Nevnte forhold gjør at ergoterapeuter ofte beskriver sitt fagfelt som basert på sunn fornuft [17]. Mattingly og Fleming [17] forfekter at denne ”*common- sense*”- eller pragmatiske delen av praksisen representerer en form for ”know how” som er spesiell for ergoterapeuter. Slik vil *profesjonens kultur bestå av spesifikke verdier som påvirker valgene som gjøres* i de terapeutiske prosessene [17, 64].

Problemet er imidlertid at spenningsforholdet mellom disse ulike paradigmene setter ergoterapeuter i såkalte ”double- bind”- situasjoner, der de skyver fra seg, skjuler og devaluerer delen av praksisen som de tror på [3, 17, 18, 65]. Denne tendensen harmonerer med resultater fra min egen [14] kvalitative undersøkelse av seks norske ergoterapeuter om deres oppfatning av sitt fag og aktivitetsbegrepet. Istedenfor å fortelle om pasientens deltagelse i kjøkkenaktiviteter, omdefinerte ergoterapeuten rapporteringen av de hverdagslige tiltakene til bio - medisinske termer [14].

Hvilken ideologi gjelder? Ergoterapi er utviklet i praksis, men har gradvis utviklet sitt eksplisitte teoretiske ståsted [48, 66]. Faglige begrunnelser for terapeutisk bruk av aktivitet som middel og mål har vokst frem av profesjonens kollektive diskurs⁸ og av praksisnær forskning [48, 66]. Det unike i dagens ergoterapi er troen på at *aktivitet og deltagelse fremmer helse* [7, 48, 56, 67] (aktivitets- og deltagelsesperspektivet). I tråd med WHO (1986) og Ottawa Charteret forstår ergoterapeuter helse som et positivt konsept (mer enn fravær fra sykdom), og helsefremmende arbeid vektlegges. Helse relateres til personens handlingsevne og subjektive velvære, inkludert evne til å nå egne mål [56, 68]. I følge Jacobsen [69] oppfatter dagens ergoterapeuter helse som en livslang og dynamisk prosess, mens gårsdagens

42. Skjervheim, H., *Objektivisme - og studiet av mennesket*. Basis- bøkene. 1959/ 2000, Oslo: Gyldendal Akademisk.

⁸ I følge Hooper & Wood (2002) er en diskurs en talemåte som reflekterer en profesjons intellektuelle overenskomster. Diskursen er et medium som profesjonens praksis utvikles fra. Med andre ord, hvordan praktikerer forstår et problem, velger verktøy og målsetting skapes av de intellektuelle forpliktelser han eller hun er en del av

64. Hooper, B. and W. Wood, *Pragmatism and Structuralism in Occupational Therapy. The Long Conversation*. The American Journal of Occupational Therapy, 2002. **56**(1): p. 40-50.

knytter en bio - medisinsk forståelse til begrepet. I bio - medisinsk tankegang fokuseres objektet i verden, og sykdommen, ikke den syke, står i sentrum [43].

De to siste tiårene har fagets kildetilfang hatt internasjonal vekst. Samtidig som betydningen av å vitenskapliggjøre fag og utdanning, fokuseres evidensbasert praksis og effekt- spørsmål [70, 71]. Utviklingen har gått i retning av øket interesse for fenomenologi, klientsentrert praksis og narrativ resonnering [17, 61, 70]. Forskere påpeker at ergoterapi har beveget seg utover den bio - medisinske modellen, der diagnose ("disease") fokuseres, til den holistiske eller bio - psykososiale modellen, der sykdomsopplevelsen ("illness") står i sentrum [56, 72]. I følge Finlay [73] innebærer holisme fire grunnleggende antagelser: 1) mennesket er unikt, og sinn, hjerne og kropp danner en integrert helhet, 2) helse og sykdom fremkommer av et samspill mellom fysiske, psykologiske, sosiale og miljømessige faktorer, 3) mennesker har selvhelbredende krefter når de klarer å ta ansvar og bestemme hva som er helsefremmende for dem, 4) helsevesenets mål bør være å tilrettelegge for livsstilsaktiviteter som virker selvrealiserende, helsefremmende og integrerende i forhold til omgivelsene (s.269).

De to divergerende modellene vil resultere i ulikt faglig fokus, og vil dermed skape en spenning i ideologien [7, 17, 58]. Dominerer den bio - medisinske modellen vil ergoterapeuten prioritere pasientens spesifikke ferdigheter, mer enn konteksten og personens aktivitetshistorie [58, 63]. I den bio – psykososiale eller holistiske modellen på den andre siden, vektlegges klientens psykososiale så vel som medisinske behov [72]. Men den bio – medisinske modellen utgjør også en sentral del av kunnskapsgrunnlaget. Ergoterapi er med andre ord plantet i to ulike forståelsesmodeller, som Mattingly og Fleming [17] har karakterisert som "The Two Bodied Practice".

Aktivitets- og deltagelsesperspektivet forklares med utgangspunkt i en bred, eklektisk kunnskapsbase som for eksempel dynamisk systemteori, virksomhetsteori, situert læring, flowteori, og bevegelsesvitenskap [59, 66]. I følge Finlay [59] har det meste av dagens ergoterapi sitt utspring fra teorier og forskning utviklet fra den tverrfaglige disiplinen aktivitetvitenskap. Hun fremhever videre at en av de mest brukte ergoterapispesifikke modellene, modell for menneskelig aktivitet (MoHO) [74], er fundert i "occupational therapy behavior theory" (Mary Reilly) og fenomenologisk filosofi. Adaptive ferdighetsmodeller som benyttes av ergoterapeuter er imidlertid i hovedsak basert på fysiologisk utviklings- og læringsteorier [59].

I følge Finlay [59] bruker ergoterapeuter i UK i hovedsak MoHO, The Canadian Modell of Occupational Performance, klient- sentrert modell og "adaptive skills models". Jeg har ikke funnet undersøkelser i Norge som dekker dette temaet, men velger å løfte frem en svensk

kvantitativ studie. Haglund mfl. [75] sine resultater viste at 334 svenske psykiatriske ergoterapeuter var influert av psykososial tilnæringsmåte, og en overveiende (75%) bruk av MoHO.

Hvilke spørsmål stilles? Josephsson [21] peker på to sentrale debatter innen dagens ergoterapi. Den ene debatten knytter seg til Kielhofner som kritiserer ergoterapiforskere for å bidra til økt gap mellom forskning og praksis [76]. Josephsson [21] hevder at dette gapet ikke eksisterer på samme måte i skandinavisk ergoterapi som i USA, der forskningen har en sterkere kliniske forankring. Samtidig kritiserer Josephsson [21] Kielhofner for ikke å problematisere hvilke vitenskapelige metoder ergoterapiforskning bør benytte. Den andre debatten knytter seg til Iwama [77], som postulerer manglende kulturrelevans og dominans av vestlig tenkning i eksisterende modeller som anvendes i faget. Han hevder blant annet at MoHO ikke problematisere nok hvordan kollektive verdier som for eksempel ”selvstendighet” klinger ulikt i forskjellige kulturer. Dette forholdet kan illustreres slik: Mens trenden i ergoterapitiltakene i vestlige land gjerne rettes mot at klienten skal bli ”uavhengig” av hjelp fra pårørende, vil det i østlige land som for eksempel Japan være naturlig at klienten baserer seg på hjelp fra familien.

Jeg vil hevde at kartet ofte ikke alltid stemmer med terrenget innen ergoterapi, særlig i forhold til klientsentrert praksis og holistisk modell. For eksempel kritiserer Fisher [58] ergoterapeuter for å overse klientens verdier og mål i tilretteleggingen, slik at aktiviteten begrenses et formåltjenelig middel tilpasset opptreningens krav. I tråd med denne kritikken vil jeg trekke frem tre ulike studier avdekket et manglende samsvar mellom teori og praksis. Både Wressel [78] og Palmadottir [70] har vist at klientsentrert praksis er en utfordring for mange ergoterapeuter. Wressel [78] sin kvantitative spørreundersøkelse blant 97 svenske ergoterapeuter indikerte at den største barrieren mot klientsentrert praksis var at ergoterapeuter ikke vet nok om modellen. I sin kvalitative undersøkelse intervjuet Palmadottir [70] tjue voksne islandske pasienter om deres utbytte av ergoterapitilbudet etter avsluttet rehabilitering. Resultatene viste overvekt av positive erfaringer, men også negative. Forskeren konkluderte blant annet med at ergoterapeuter bør legge mer vekt på klientens utbytte og behov i forhold til aktivitet, og involvere dem mer i den terapeutiske målsettingsprosessen.

Resultater fra Finlay [72] sin kvalitative intervjuundersøkelse av tolv engelske ergoterapeuter viste at selv om terapeutene verdsatte holisme, var det betydelig usikkerhet omkring begrepets betydning. Informantene oppfattet holisme svært forskjellig, noen ganger

også motsetningsfylt. Videre viste resultatene at praksisen var både reduksjonistisk og holistisk, avhengig av terapeutens opplevde behov i situasjonen. Selv om informantene strebet etter klientsentrering, fordret arbeidssituasjonen en strategisk og pragmatisk tilnærming.

Uklare definisjoner av begrepet aktivitet eller occupation har skapt forvirring både innad i faggruppen og utad. I faglitteraturen diskuteres ulike definisjoner, men en konsensus mangler [7, 48, 58, 79]. I følge Fisher [7] skal en aktivitet være både hensiktsmessig og meningsfull for personen. Wilcock [80] hevder at occupation en syntese av ”doing” (gjøren), ”being” (væren) og ”becoming” (hva vi blir til). Nevnte begreper tydeliggjør fagets fenomenologiske og sosialkonstruktivistiske røtter [80]. Slik fremkommer at ergoterapeuter legger vekt meningsaspektet i en handling, og definerer aktivitet eller ”occupation” på annen måte enn i dagligtalen. Men på tross uenighet kan ulike forfattere forenes om følgende: Meningsfull aktivitet er dagligdagse gjøremål, knyttet til arenaene arbeid, lek/ fritid og hjem. En aktivitet eller occupation er resultat av et dialektisk samspill mellom mennesket, miljøet og oppgave, og oppfyller et spesifikt motiv eller behov [48, 59, 66]. Begrepet aktivitet kan også forklares slik: en person gjør noe på en bestemt måte med et bestemt formål og betydning for seg selv eller andre [66] (s. 145).

Hvordan ser historien ut? Koblingen mellom begrepet aktivitet eller occupation og mening har alltid vært sentral i ergoterapi [48]. Men historien viser at ergoterapeuter har hatt ulike begrunnelser for sine tiltak, som muntlig overlevering, overbevisning og verdier innad i profesjonen, pasientpreferanser, taksonomi, ekspertsynspunkter, og forskningsresultater [71]. Innad i profesjonen har for eksempel grunnsetningen om ”at mennesket er av naturen aktivt” og ordspråket ”lediggang er roten til alt ondt” fungert som overbevisning, tro og verdi.

Kielhofner [48] har beskrevet hvordan grunnlagstenkningen i ergoterapi har utviklet seg gjennom ulike filosofiske og epistemologiske epoker eller såkalte paradigmer. Det første paradigmet benevnes som *aktivitetsparadigmet*, og oppsto i U.S. ved begynnelsen av 1900-tallet. Både ergoterapiens pre- paradigme og aktivitetsparadigmet var influert av Moral Treatment bevegelsen, med røtter i veldedighetsfilosofi [48]. Datidens diskurser var preget av et holistisk syn på enheten psyke/ sjel og person/ omgivelser, samt at aktivitet påvirker psykisk og fysisk trivsel [48]. Grunnleggerne av ergoterapi kritiserte det gjeldende bio-medisinske syn på sykdom, og hentet sine faglige begrunnelser fra humanistisk og pragmatisk tenkning. Når ergoterapeuter brukte aktivitet som middel og mål i behandlingen, var samspillet mellom ”ånd, hånd og miljø” sentralt [48].

I Norge ble ergoterapi formet i kjølvannet av den moderne velferdsstaten. På femti, seksti og syttitallet investerte myndigheter i utdanning og ekspertise, og det menneskelige ble betraktet som en form for sosial kapital [81]. Nøkkelbegrepene kunnskap, kompetanse og utdanning var stikkord for samfunnsutviklingen [81, 82]. Perioden var preget av positivistisk tenkning og bio- medisinsk modell og en teknologisk orientering råde [81, 82]. Det moderne sykehuset og medikamentell behandling fikk sitt gjennombrudd. I pasientpleien ble det kurative fremfor det forbyggende prioritert [82, 83]. I følge Martinsen [83] manifesterte den bio - medisinske logikken seg i helsevesenets systemer og prosedyrer, og ved at aktører objektiviseres. Eriksen [82] påpeker at det ble etablert mange fagprofesjoner med ulike spesialiteter i et komplisert yrkessystem. Øverst på rangstigen satt forskeren som kunnskapsprodusenten, med legene som kontrollører og ”eiere” av kunnskapsbasen [82].

Den første ergoterapeututdanningen kom til Norge i 1952 [84]. I likhet med andre såkalte semi- profesjoner⁹ måtte ergoterapeuter kjempe for å etablere og opprettholde sin status og plass i det medisinske miljøet [14, 84]. Etter andre verdenskrig oppsto legenes krav om vitenskapelig bevisførsel for ulike faggruppers legitimitet. Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi var uklart definert. Ergoterapeuter ble kritisert for at sysselsettingsmodellen¹⁰ fikk råde [84]. I følge Kielhofner [48] medførte perioden fra 1950- 1960 at aktivitetsparadigmet kom konfrontasjon med legevitenskapen. Dette resulterte i *en krise* i ergoterapi.

I 1960 – årene oppsto det andre paradigmet i ergoterapi; det *reduksjonistiske og mekanistiske paradigmet* [48]. Dette paradigmet varte frem mot midten av 70- årene [59]. I tråd gjeldende idealer på 60- til 80 tallet var menneskets *funksjonsevne* omdreiningspunktet i ergoterapiprosessen. Tiltakene ble omskrevet i diagnostiske termer [48]. Aktivitet som mål og begrunnelse ble nedtonet til fordel for aktivitet som middel [66] (s. 138). I følge Finlay [59] fragmenteres profesjonen i denne perioden i ulike spesialiteter. Benevnelser som ”håndterapeuten”, ”bevegelses – terapeuten”, ”A. M. P. S – terapeuten ” eller ”hjelpemiddel - eksperten” kan illustrere dette forholdet.

⁹ I et historisk perspektiv skiller det mellom ”gamle” og ”nye” profesjoner. Som premissleverandører for velferdsstaten var de ”gamle” representert ved legene og tannlegene, mens ”nye” yrker som for eksempel sosionomer, barnevernpedagoger og ergoterapeuter er et produkt av velferdsstaten. Sistnevnte beskrives gjerne som ”hjelp- yrker” eller ”semi- eller halvprofesjoner. Begrepet har utspring i forestillingen om ”et helt” eller ”ekte” yrke. Det hevdes at begrepet er med på opprettholde profesjonshierarkiet i helsevesenet (Etzonia, 1969; ref 82. Eriksen, V., *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, ed. L.-s.u.p.T. Aschehoug. 1996, Oslo: Tano Aschehoug.

¹⁰ Sysselsetting kan benevnes som praksishandlinger der mål, verdier og normer ligger i selve handlingen 84. Nilsskog, G., *Framvekst av arbeidsterapeut/ergoterapeut yrket i Norge: perioden 1950-1980*. 1991, [S.l.]: G. Nilsskog. 50 s.

I Norge på åtti og nittitallet grep staten inn med ulike reformer, som førte til dyptgripende forandringer i velferdsstaten [82]. Avinstitusjonaliseringen skapte store strukturelle endringer i helsevesenet. Den statlige styringen avtok, og kommunen fikk både økt ansvar og frihet. Tendensen i profesjonsutviklingen var av- spesialisering, og ”generalist fremfor spesialist” ble et slagord [81, 82]. Begrepet holisme gjenoppsto med fornyet interesse [3], som i følge Finlay [59] og Kielhofner [48] gav grobunn for et nytt paradigme. Den nye fagkulturen forsøkte å fange opp det beste av de to foregående paradigmene. I følge Kielhofner [48] ble det foreslått alternative faglige fokus: adaptasjon, utvikling og aktivitet. Diskurser rettet igjen oppmerksomheten mot aktivitet som både mål, begrunnelse og middel [66].

De siste tjue årene har profesjonen arbeidet for å tydeliggjøre sin unike kompetanse og yrkesidentitet gjennom å fokusere på *aktivitets- og deltagelsesbegrepet* [28]. I følge Kielhofner [48] er dagens såkalte paradigme fortsatt i støpeskjeen. Dette er sterkt påvirket av dynamisk systemteoretisk¹¹ tenkning, og klientsentrert praksis står sentralt [48, 59, 66]. Finlay [59] fastslår at integreringen av ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) i helsesektoren, som verdsetter det dynamiske samspillet mellom funksjon og ”disability” og mellom person og miljø, har understøttet og styrket ergoterapeuters ideologi og posisjon.

5.0 Det evidensbaserte paradigmet

Hvilken praksis fins? I følge Sachett [85] kan evidensbasert medisin defineres slik: ”The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients” (s.71). Taylor [86] og Jamtvedt [23] påpeker at evidensbasert praksis (EBP) betyr å omdanne kliniske problem til spørsmål, for deretter å systematisk finne, vurdere og anvende aktuelle forskningsresultater i kliniske beslutninger.

Forfattere gir EBP ulike merkelapper. Mens Jamtvedt [23] karakteriserer EBP som både ideologi og et handlingsmønster, karakteriserer Ekeland [25] det som et middel etablert for å evaluere ulike behandlingsmetoder i det medisinske fagmiljøet. Begrepet evidensbasert medisin (EBM) brukes ofte synonymt med EBP [23]. På norsk brukes ofte termen kunnskapsbasert praksis, men uten at kunnskapsbegrepet utdypes eller problematiseres [23, 87]. I følge Jamtvedt [23] innebærer kunnskapsbasert praksis å kombinere klinisk erfaring og ekspertise med best tilgjengelig kunnskap fra forskning.

¹¹ Systemteoretikere kritiserer reduksjonismen, og hevder at mennesket fungerer som helheter, intimt forbundet med sine omgivelser, som utvikles og endres i en form for kompleksitet

For å dokumentere og legitimere profesjonsspesifikke tiltak, skal EBP være et metodisk hjelpemiddel slik at helsearbeideren kan finne, vurdere og anvende forskningsresultater [23, 85, 86]. Målsettingen er å skille ”vitenskapelig kunnskap” fra annen kunnskap.

Oppmerksomheten rettes mot konkrete prosedyrer og mot innhold, hvor effektfulle behandlingsmetoder skilles fra mindre effektfulle [27]. EBP dreier seg om klinikers behov for å ha evidens i beslutningsprosesser i forhold til den enkelte pasient. Siktemålet er å minske gapet mellom praksis og forskning slik at det utøves en kunnskapsbasert praksis, men det hevdes at EBP er mer enn praksis basert på forskning. Tradisjonen befinner seg i skjæringspunktet mellom forskningsbasert -, erfaringsbasert, brukerbasert kunnskap, og verdier og preferanser [23, 88].

I følge Ekeli [87] er The Cochrane Collaboration bærebjelken i EBP. Dette beskrives som et verdensomspennende system av grupper – i hovedsak medisinske klinikere og forskere, som er organisatorisk tilknyttet The Cochrane Center. Gruppene leser kritisk (”reviews”) alle nye forskningsresultater innen aktuelle fagfelt. Resultater sammenfattes, anbefales og sendes til et internasjonalt panel [87].

Evidensbasert praksis presenteres som å arbeide etter følgende trinn: (1) Erkjenne informasjonsbehov. (2) Formulere gode spørsmål. (3) Innhente kunnskap. (4) Kritisk vurdere kunnskap. (5) Anvende (implementere) god kunnskap. (6) Evaluere praksis [23]. Når det gjelder trinn to introduserer EBP begrepene *kjernetema og det såkalt tre - delte – spørsmålet* [23, 88]. *Kjernetemaene* benevnes slik: (a) Prevalens – forekomst . (b) Diagnostikk. (c) Årsaksforhold – etiologi . (d) Prognose – sykdomsforløp. (e) Effekt av tiltak. (f) Erfaringer [23, 88, 89]. Wågø Aas [88] eksemplifiserer aktuelle kjernespørsmålene innen ergoterapi slik: (a) Tiltakenes effekt og nytte. (b) Utredningens kvalitet. (c) Brukererfaringer og mestringsstrategier. (d) Forekomst og årsakssammenhenger. (e) Sammenhengen mellom helse og aktivitet. I følge Wågø Aas [88] innebærer det *tre - delte spørsmålet* å strukturere problemet slik: Hvilke mennesker..., hvilke tiltak... og hvilke effekter er aktuelle, som eksemplifiseres slik: de med leddgikt, leddvernsundervisning og økt mestring eller livskvalitet (s.6).

Hvilken ideologi gjelder? Kravet om evidensbasert praksis har blomstret opp og fått tiltagende internasjonal innflytelse og oppmerksomhet i det siste tiåret [34]. Cusick [90, 91] og Haynes [92] erklærer at utviklingen har utløst ”et paradigmeskifte i helsefagene”; et skifte

48. Kielhofner, G., *Conceptual foundations of occupational therapy*. 2. utg. ed. 1997, Philadelphia: F.A. Davis. XX, 358 s..

fra det såkalte erfaringsbaserte til det evidensbaserte paradigmet. I følge Lundback [93] har så vel profesjonelle organisasjoner som statlige myndigheter, internasjonale organisasjoner som Verdens Helseorganisasjon, og ekspertorgan (for eksempel The Cochrane Collaboration) engasjert seg i fenomenet [93]. EMB har spredd seg til både utdanningssektor og til sosialt arbeid [93]. Dreiningen gjør at helsearbeideren nå i større grad må forsvare hvorfor tiltak igangsettes, og hva som gjøres i henhold til hvordan dette gjøres [71, 94]. Dermed forventes det at terapeuter *forstår hva evidens er*, hvordan dette kan brukes, og at de har i kunnskaper i forskningsmetode [91].

I følge Wågø Aas [88] gjelder følgende idealer i EBP - ideologien: Kunnskapen skal være *oppdatert, relevant, gyldig, pålitelig og tilgjengelig*. Helsearbeideren bør således skille god kunnskap fra dårlig kunnskap [24, 88]. Den enkelte helsearbeider bør finne, forstå og bruke kunnskap som tilsvarer denne standarden. EBP har et kunnskaps hierarki, der gullstandarden oppnås gjennom meta- analyser og randomiserte kliniske kontrollerte forsøket (RCT). Poenget med denne rangeringen er å beskytte mot såkalte systematiske feil eller bias, som kan gi en skjevhet eller forskyvning i effektestimater [23, 25, 95]. RCT- forsøket forutsetter at det som kan behandles kan defineres klart, og laboratoriestudiet er idealet [25, 27]. I følge Martinsen [34] og Ekeland [25] rangeres RCT høyest og klinisk erfaring lavest.

Hvordan ser historien ut?

I dag representerer evidensbasert praksis en flerfaglig forgreining, men tradisjonen har sitt rot i ”evidence- based medicin” (EBM), som eksisterte allerede på 1970- tallet [23, 34].

I følge Hammell & Carpenter [96] har EBM sitt utspring fra problembasert læringsstrategi ved McMaster University, Canada (Evidence- Based Working Group 1992) (s. 3).

Ved rask gjennomlesing av relevante kilder innen EBP, har det vært vanskelig for meg å oppspore kunnskapssystemets ideologiske røtter. Imidlertid påpeker både Ekeli [87] og Martinsen [34] at de filosofiske røttene til evidensbasert medisin (EBM) kan spores tilbake til Paris i første delen av 1800tallet, og de epidemiologiske og statistiske tilnæringsmåtene. Med utgangspunkt i patologisk anatomi og eksperimentell fysiologi, skapte datidens leger, Bichat, Magendie og Luis, normen for vitenskapelighet innenfor den medisinske kulturen. Martinsen [34] slår fast at denne normen bygger på *klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser*, der evidens innhentes ved å bekrefte eller avkrefte hypoteser (s.85). Målet var å finne ”sikker kunnskap” ved hjelp av ”evidens” via biologiske fakta. Slik ble kravet om den metodiske gullstandarden etablert [87].

For å kunne drøfte hvilken grobunn det såkalt EBP- paradigmet har hatt, kan det være hensiktsmessig å gi et samfunnsmessig tidsbilde. Byrkjeflot [97] og Lundback [93] har undersøkt hvor ideer i helsesektoren har hentet sin inspirasjon fra, særlig i perioden fra 1980-1990- tallet. Byrkjeflot [97] poengterer at EBP har vokst fram parallelt med bedriftsmodellen. Helsesektoren har blitt omdannet ved etablering av helseforetak, fritt sykehusvalg, modeller for enhetlig ledelse, og nye styringssystemer tilknyttet prinsipper for mål- og resultatstyring [97]. Kombinasjonen statlig styring og økt vekt på økonomiske normer og verdier har sitt utspring i en gruppe av reformer som kalles New Public Management ¹² (NPM).¹³ [27, 97]. Johannesen [27] påpeker at ”det viktigste trekket ved reformene innen NPM er ideologisk dominans av økonomiske normer og verdier, tilknyttet ulike typer av lederskap som fremmer aktiv og synlig kontroll med organisasjoner, basert på eksplisitte standarder for evaluering og måling” (s.10) [97]. Mens behandlingsfaglige og økonomisk- administrative resultatmålinger tidligere var klart atskilte, kombineres nå administrativ/økonomisk og faglig fornuft [27]. Parallelt benevner Ekeland [25] dagens sykehusreform som et eksempel på hvordan helsesektoren er påført en typisk markedets logikk, der behandling standardiseres i produksjonstenkning og diagnostiske grupper blir markedsandeler. Sett i lys av nevnte markedslogikk tolkes EBM som medisinens faglige respons på dominansen av økonomiske normer og verdier i internasjonale reformprosesser [25, 27]. I følge Lunback [93] har hensikten vært å effektivisere, modernisere, forbedre resultater, og øke fleksibiliteten. For å sikre pasienten mot tilfeldig og ufaglig behandling, har internasjonale forskningsmiljøer igangsatt såkalte konsensusprosesser, og anbefalt evidensbasert praksis som et internasjonalt satsingsområde [25, 27, 34].

Hvilke spørsmål stilles? Mitt inntrykk er at diskusjonene innen for EBP paradigmet i hovedsak dreier seg om dets kunnskapshierarki, og hvilken status de kvalitative aspektene skal ha. Jeg vil hevde at dette kommer til uttrykk i debattene, både implisitte og eksplisitte.

¹² I følge Johannesen (2004) representerer NPM en løsere samling av ideer og konkrete reformelementer, der økonomisk effektivitet, markedstenkning, management, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn utgjør sentrale elementer

27. Johannesen, B.F., *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*, in *Universitetsforskning Bergen*. 2004, Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnstudier: Bergen. p. 26 p.

¹³ NPM har sitt utspring i anglo- amerikanske land og er aktivt støttet av OECD, men reformbevegelsen har spredd seg og fortolket ulikt i den vestlige verden i løpet av de siste tiår. På grunn av sin prioritering av kostnadseffektivitet fremfor privatisering av sykehusene anses Norge som en forsiktig reformator

97. Byrkjeflot, H., *"The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway"*, in *Hospitals, patients and medicine 1800- 2000*, A.A.m. (red.), Editor. 2004, Rokkan Rapport: Bergen..

Det implisitte fremkommer, slik som Carpenter [96] hevder, i det faktum at mange sentrale definisjoner av EBP underminerer alternative former for evidens, som for eksempel ekspertens klinisk erfaring og klientens mening og mål.

Haynes [98] tar opp problemet eksplisitt og hevder at fire spørsmål er sentrale for leger. For det første: Hva er ”valid” helse forskning? For det andre: Hva er det ”beste” resultatet fra denne forskningen? For det tredje og fjerde: For hvem og hvordan anvendes valid og tilgjengelig helseforskning? (s.5) Innvendingen hans er at EBP – ”advocates” ennå ikke har utviklet gode nok redskaper til å besvare disse spørsmålene. Innrømmelsene går også på mangler når det gjelder tydelighet i forhold til hva som konstituerer ”best evidens”, samt at EBP har fått en overveiende praktisk dreining. Videre imøtegår Haynes [98] kritikken om ”kokebok” – praksis. Selv om det fremheves at EBP aldri har hatt til hensikt å erstatte det kliniske skjønn, erkjennes at EBP – litteraturen i liten grad problematiser forhold som generaliserbarhet og overførbarhet, samt mangelfull evidens for at EBP virker [98].

Parallelt påpeker Malterud [44] følgende paradoks i EBP - diskursen: Mens evidensgründerne innen medisinen, den britiske legen Sackett og hans medarbeidere, opprinnelig ikke hadde til hensikt å erstatte individuell klinisk ekspertise med eksterne kunnskapsbaser, ignoreres disse anbefalingene av de fleste innen EBM- fellesskapet. Sackett proklamerte nemlig at EBM ikke bør begrenses til randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) eller meta- analyser [44]. Malterud [44] hevder at dagens utvikling peker i følgende retning: økt oppmerksomhet mot 1) mer sofistikerte former meta- analyser av RCT, 2) ferdigheter i å stille forskbare spørsmål, 3) å designe gode søkestrategier, samt 4) og validitetsvurdere identifiserte kilder [44].

5.1 EBP – som gavepakke

Tenkt som et kunnskapssystem som skal bidra til at helsepersonell driver bedre og mer vitenskapelig praksis, kan EBP være som en ”gavepakke” for ergoterapeuter. Som andre profesjoner har ergoterapeuter i det siste tiåret følt presset om ta imot denne ”pakken” [87]. Men hvordan mottas så denne av de aktuelle aktørene? De fleste vil nok være enige i at innpakningen er fin - hvem kan vel være uenige i at pasienten fortjener et faglig forsvarlig og ikke minst et forbedret behandlingstilbud? Men hva er pakkens innhold? Er dette ”spiselig” for den enkelte ergoterapeut? Forskning viser imidlertid at EBP får en blandet mottagelse av ergoterapeuter.

I følge Taylor [89] og Tse [95] har fortolkningen av EBP i ergoterapi blitt direkte modellert av prinsippene og prosessene utviklet fra den medisinske fagtradisjonen. EBP har fått en

særstilling i ergoterapi [71]. Utpekt som ”profesjonens mandat i det nye Millennium” [71, 88, 89, 99], vurderes EBP som en viktig forutsetning for at ergoterapi i dag kan fremstå som en dynamisk profesjon i vekst [90]. Faggruppen har viet implementeringen av EBP stor oppmerksomhet, med egne temanummer i internasjonale fagtidsskrifter som *British Journal of Occupational Therapy* (november 1997), *The Canadian Journal of Occupational Therapy* (Juni 1998), *American Journal of Occupational Therapy* og *Australian Journal of Occupational Therapy* (begge i 2000) [100].

Men på tross av sin slagferdighet som læringsmodell, har ikke EBP slått helt igjennom i ergoterapiprofesjonen. Australsk og amerikansk forskning viser at samtidig som ergoterapeuter er positive til EBP, har de problemer med å innlemme dette i sin praksis [71, 90]. (Jeg har ikke funnet tilsvarende undersøkelser i forhold til skandinaviske ergoterapeuter).

Cusick [90] hevder at mange yrkesutøvere fortsatt ikke vet hva EBP er, og ei heller hvordan verktøyet skal brukes. Resultater fra McClusky [101] sin undersøkelse fra 2003 viste at sammenlignet med for eksempel fysioterapeuter og leger har ergoterapeuter brukt lang tid på å adoptere EBP. Går vi for eksempel tilbake til internasjonale publikasjoner i Cochrane Review Group fra 2003, var ergoterapeuter bare involvert i 5,2 % av systematiske oversikter, mens leger var involvert i 89,4 %, sykepleiere 55, 2 %, fysioterapeuter 29 % [101].

Kvantitative studier viser altså at samtidig som ergoterapeuter er positive til EBP, reserverer de seg også i forhold til konseptet [92, 100, 101]. Resultater fra Bennet` s [100] survey i forhold til 649 australske ergoterapeuter avdekket selv om over halvparten (52 %) var svært positive til å lære seg trinnene i evidensbasert praksis, stolte flere på klinisk erfaring (96 %), og informasjon fra kontinuerlig utdanning (82 %) og kollegaer (80 %). De hyppigst nevnte barrierene mot å lære seg EBP var mangel på tid, begrensede ferdigheter i database søk og evne til å kritisk lesing av artikler, samt utilstrekkelig mengde med evidens som kan understøtte ergoterapitiltakene [101].

6.0 En sammenligning av ergoterapi og EBP

Her vil jeg kort flette sammen fokusene i ergoterapi og EBP. For å tydeliggjøre hvilke implikasjoner EBP kan ha for ergoterapipraksis, introduseres termene ”klientsentrert ergoterapeut” versus ”evidensbasert ergoterapeut” i eksemplene. Jeg vil imidlertid understreke ulempen ved å bruke slike ”idealtyper”, som fort kan lede til en forenkling av virkeligheten.

Hvilken praksis finns?

I følge Cusick [90] kan EBP medføre at en evidensbasert ergoterapeut konfronteres med følgende spørsmål: ”Gjør jeg den rette tingen på riktig måte med den rette personen på riktig tidspunkt på riktig sted med det riktige resultatet – og er jeg den rette personen til å gjøre dette?” (s.103). For en arbeidsgiver eller klient kan spørsmålet være: ”Får jeg det rette igjen for innsatsen [90]. Sitatet illustrerer hvordan en evidensbasert ergoterapeut frontes av ulike etiske, ideologiske og fagpolitiske dilemmaer. Og ikke minst – hvordan det kan oppleves måtte legitimere sin plass og vise til målbare resultater, eller å bli kikket på [25, 87].

Jeg vil hevde at mens en klientsentrert ergoterapeut vektlegger både prosedyre-, samhandlings-, og situasjonsspoet, vil en evidensbasert ergoterapeut i større grad støtte seg til prosedyresporet. Mens en klientsentrert ergoterapeut vil ”lese” personens aktivitetsutførelse ved å analysere samspillet mellom mennesket, oppgaven og miljøet, vil en evidensbasert ergoterapeut i større grad fokusere hva forskningen sier om en gjennomsnittspersons reaksjoner. Videre – mens en klientsentrert ergoterapeut vil validere sin arbeidsprosess gjennom både klientens subjektive vurdering og generelle faglige bedømmelse, vil den evidensbaserte ergoterapeuten tendere til å legitimere til sine tiltak gjennom objektive forskningsresultater, og gjerne favorisere kvantitative funn. Altså – mens en evidensbasert ergoterapeut velger generelle tiltak anbefalt gjennom forskningsresultater, vil den klientsentrerte ergoterapeuten forhandle med klienten for å finne den ”riktige” og meningsfulle aktiviteten. Jeg vil hevde at EBP kan føre til en form for ”mål – middel – tenkning”, som påvirker selve kjernen i ergoterapi: at meningsfull aktivitet og deltagelse virker helsefremmende. For eksempel kan det være ”kontra – indisert” for Per (som sliter med depresjon) å delta i en turgruppe om han ikke er motivert, selv om forskning viser positiv effekt av fysisk aktivitet i forhold til mental helse.

Går vi tilbake til ergoterapiprofesjonens problemfelt med underrapportering og manglende evidens, kan spørsmålet være om EBP kan motvirke denne tendensen. Her kan svaret være både ja og nei. På den ene siden kan forskningsresultater som viser verdien av for eksempel hobbyaktiviteter, styrke ergoterapeuters fagidentitet, troen på ”common - sense- praksis” og tiltakenes status. På den andre side kan tiltak som ikke passer inn i det bio – medisinske paradigmet eller som det ikke forskes på, risikere tiltagende undergraving.

Hvilken ideologi gjelder i de to paradigmenes? Mens Wågø Aas [88] hevder at EBP kan bedre kvaliteten på ergoterapitjenesten og tydeliggjøre nytteverdien av tiltakene, snur Martinsen

[34] dette spørsmålet på hodet og spør: Hvilke problemer kan ikke besvares, og hvilke problemer får en mer innsikt i ved å bruke andre forskningstilganger? (s.86) [34].

Spørsmålene peker mot mitt neste moment: Nødvendigheten av at evidensbasert praksis ikke erstatter, men supplerer ergoterapeutens klientsentrering og klinisk skjønn. Altså - selv om sentrale kilder i EBP som Saccett mfl. [102, 103] understreker at eksterne former for evidens bare kan informere, men aldri erstatte det kliniske skjønnet, er det nettopp den svekkede tilliten til skjønnet som EBP – paradigme kritiseres for. Det hevdes at den implisitte styringslogikken og krav om gullstandard ved favorisering av kvantitative metoder nedvurderer betydningen av helsearbeiderens kliniske erfaring og klokskap [25, 27, 29, 34, 44, 87, 104]. Denne ”dommen” har stor aktualitet for ergoterapeuter. ”Kunsten” i ergoterapi dreier seg som nevnt om å fortolke det unike samspillet mellom mennesket, oppgaven og miljøet [48]. Denne kompetansen krever en form for klinisk resonnering med utgangspunkt i både klientens tilbakemelding, narrative og pragmatisk tekning, samt evidens fra relevante, vitenskapelige studier og begrepsmodeller [17].

Hva diskuteres innfor de to ulike retningene? Innen ergoterapi diskuteres som nevnt hvilke vitenskapelige metoder som bør benyttes og hvilke spørsmål som skal spørres av hvem [21, 76]. Spørsmålene har blant annet vært hva det er som skal forskes på og hvordan. Anbefalingene går i retning av å minske gapet mellom forskning og praksis, og at det reises mer praksisnære problemstillinger. Disse innvendingene samsvarer bra med EBP, som fokuserer på den såkalte ”kløften” mellom praksis og forskning.

Diskusjoner angående kunnskapshierarkiet i EBP er relevante for ergoterapi. Problemet er at *kvalitative studier nedvurderes i evidensbasert praksis* (EBP) [105]. I følge Tse [95] er hovedargumentasjonen mot EBP at overvekt av populasjonsbasert forskning og effektstudier ikke nødvendigvis er relevante og tilgjengelig for ergoterapeuter. Fagets sentrering om klientsentrert praksis og på det unike samspillet mellom mennesket, oppgaven og miljøet, gjør det problematisk for ergoterapeuter å ta utgangspunkt i for eksempel randomiserte kontrollerte forsøk [21, 71, 90, 95, 106]. Ved det klinisk kontrollerte forsøket er poenget snarere det motsatte, nemlig at tiltakene og konteksten tilpasses forskningsdesignet og standardiseres [95]. Tse [95] hevder at RCT- studier kun er hensiktsmessige for ergoterapeuter når det kliniske spørsmålet dreier seg om å vurdere tiltakenes effekt og nytte. Wågø Aas [88] og Taylor [86] påpeker at kjernesporsmål som er knyttet til brukererfaringer og mestrings – strategier eller sammenhengen mellom helse og aktivitet, trenger andre former for evidens [86, 88, 95].

For ergoterapeuter har dette særlig aktualitet. Rappolt [105] fastholder at fordi kvantitative studier generelt er designet for å måle kontrollerbare variabler, elimineres underliggende og ”ukontrollerbare” faktorer i pasientens aktivitetsutførelse. Ettersom ergoterapi handler om aktivitet og deltagelse, vil ofte kvalitative spørsmål om klientens erfaringer med meningsfull aktivitet, og dens identitets- skapende sider være gjeldende [90].

I den forbindelse kan det være grunn til å nevne en studie som kombinerer kvalitative og kvantitative metoder, og som åpner opp for andre typer spørsmål enn effekten av ergoterapitiltak, nærmere bestemt brukererfaringer. I sin undersøkelse, med spørsmål til 107 voksne mottakere av ergoterapi i ulike deler av USA, avdekket McKinnon [107] følgende faktorer som avgjørende for utbytte av ergoterapi: kvaliteten på samhandlingen mellom klient og terapeut, kommunikasjon, opplæring, og terapeutens kompetanse. Men ”kardinalspørsmålet” er om resultater som disse er ”tilgjengelige” for praksisfeltet, og hvordan disse eventuelt implementeres i yrkesutøvelsen. I forhold til tilgjengelighet viser som nevnt forskning følgende barrierer mot EBP: mangel på tid, begrensede ferdigheter i database – søk og artikkellesing [101]. Det er en fare for at oppstår ”et klasseskille” blant ergoterapeuter mellom de som behersker og de som ikke behersker å arbeide etter trinnene i EBP. Et mer overordnet spørsmål vil være om nevnte studie anerkjennes som gyldige og pålitelige, med de strenge metodologiske kravene som EBP setter.

Historisk utvikling av ergoterapi og EBP. Ergoterapifagets historiske at for eksempel på 50- og 60 tallet kom aktivitets - paradigmet i konfrontasjon med den bio – medisinske modellen og legevitenenskapen [48]. Historien viser også at selv om faget mistet noe av sin egenart ved å fokusere på funksjon i stedet for aktivitet, og ergoterapeuter måtte kjempe for å finne sin plass i det medisinske miljøet, kom faget ut med en styrket kunnskapsteoretisk plattform. Vil historien gjenta seg? Vil ergoterapeutene forlate arbeidsoppgaver eller roller som ikke passer inn i det evidente paradigmet, slik som de for eksempel tidligere til dels har fornektet håndverkstradisjonen i faget? Vil ”strikkedamen”, ”kjøkkentreningsdamen” eller ”hjelpemiddel- ekspertene” bli skjøvet enda lengre ut, til fordel for den evidensbaserte ergoterapeut som har vil forske på praksis [14]? På hvilken måte vil ergoterapiprofesjonen i gå det evidensbaserte paradigmet i møte? Hvilke fordeler og ulemper kan dette ha for faget? For å gå videre i forhold til denne argumentasjonen kan det være relevant å trekke inn hvordan andre profesjoner reagerer.

7. 0 Den tverrfaglige evidensdebatten

EBP har skapt sterke reaksjoner fra ulikt hold. Hovedinnvendingene i helsefaglige kretser er at den innebygde naturvitenskapelige¹⁴ tenkemåten i EBP ”tingliggjør” pasienten og standardiserer helsearbeiderens praksis. Dessuten at det store presset mot evidensbasering kamuflerer normative spørsmål (etikk, verdier) som vitenskapelige [25, 27, 34, 87]. Evidensdebatten har foregått på tvers faggruppene, både sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, og ikke minst i legeprofesjonen har protestert.

Imidlertid har kritikerne også innrømmet nødvendigheten av EBP. Helseproblemer som passer inn eller lar seg forme inn i det bio- medisinske paradigmet kan ha stor fortjeneste av denne forskningsstrategien [25, 34, 87, 108]. Dreier spørsmålet seg om tiltakenes effekt og nytte, er det nødvendig å måle resultatene kvantitativt. Dokumentasjon av sykdomsprosesser på organ- og cellenivå vil selvsagt være nyttige. Hovedinnvendingen er som nevnt at *en del helseproblemer ikke passer inn eller lar seg omforme til effektspørsmål* [87] (s. 44). Med andre ord er det grunn til å problematisere om EBP bidrar til å bedre kvaliteten på behandlingstiltakene [27, 34, 104].

Denne problemstillingen er ikke ny. Det naturvitenskapelige idealet har blitt sterkt kritisert, og resultert i den såkalte ”positivismestriden”(i Norge i 1960 – 70 årene). Dette var en svært sentral teoretisk debatt, men helsefaglige representanter deltok lite. Dette kan forklares med at forskningsmiljøet var svært begrenset i den perioden, og at den bio – medisinske dominansen godtok det naturvitenskapelige idealet [35, 41].

Filosofen Skjervheim [42] var en svært sentral kritiker, og forfektet at ethvert fagområde måtte utvikle sin egen metode. Hovedinnvendingen var at når naturvitenskapelig metode benyttes også i humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag fører dette til en ”tingliggjøring” av mennesket. I følge Skjervheim uttrykker den naturvitenskapelige metoden et tankesett som også kalles ”fysikalisme”, ”scientisme” eller ”reduksjonisme” [42]. I følge Fjelland og Gjengedal [35] har scientisme har fått fotfeste hos mange som vil gjøre helsefag til vitenskap. Logikken hevdes å være slik: 1) at noe blir vitenskap ved at naturvitenskapelig metode anvendes, 2) at de matematiske naturvitenskapenes spesielle metoder anvendes, som oppfattes som allmennvitenskapelige. Fokus på kvalitetsmålinger nevnes som eksempel [35].

Den gamle debatten har fått ny aktualitet i dag. Blant annet i sykepleie – og psykologprofesjonen advares mot at naturvitenskapelig tenkning anvendes i forhold å behandle menneskelige problemstillinger [25, 34]. I følge Ekeli [87] tillegges det evidensbaserte paradigmet en autoritet fordi det i hovedsak formidler forskningsresultater gjennomført i tråd

med den gjeldende ”gullstandarden” i medisinsk forskning, det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT). Ekeland [25] hevder at denne holdningen medfører at en behandling får status som vitenskaplig dersom den kan understøttes av kvantitative undersøkelser. Ekeli [87] bedyrer at er en EBP er en metode som i stor grad skaper sine egne fakta, altså fakta som er produsert i tråd med medisinsens egen logikk.

Både Martinsen [34] og Ekeland [25] henviser til Skjervheims [109] varsku på syttitallet om tendenser til teknisk mål- middel- tenkning. Han protesterte mot samfunnets tendens til å gjøre formålsrasjonaliteten eller instrumentell fornuft retningsgivende for menneskelig samhandling. Skjervheim [109] benevner dette forhold som ”*det instrumentelle mistaket*”. I følge Martinsen [34] innebærer dette at vitenskapelig- teknisk kunnskap blir gjort til modell for menneskelige handlinger av praktisk etisk karakter (s.55). Ekeland [25] påpeker at fokuset på å forutsi kausale sammenhenger fungerer først og fremst i forhold til å forklare det fysiske, og delvis også det biologiske domenet. Men ikke i forhold til å forstå det humane domenet [25]. Han hevder videre at i arbeidet med mennesker vil faktorer som fortolkning, språk, intensjonalitet og kontekst spille inn og gjøre utfallet av situasjonen uforutsigbar og kompleks. Kritikerne anklager kort sagt EBP – paradigmet for å bidra til en overdreven instrumentalisering av skjønnets. Ekeland [25] har stilt det formålstjenlige spørsmålet om rett praksis har blitt viktigere enn god praksis.

Ekeli [87] hevder EBP mangler både en eksplisitt teoriforankring, et eksplisitt kunnskapssyn og vitenskapelig begrunnelse. Hun hevder at EBPI – litteraturen har en *overvekt av veiledningsinnhold* [87]. I litteraturen identifiseres ofte RCT- designet som et viktig kjennetegn ved EBP [27]. Paradokset er imidlertid at i sammenhenger hvor EBP presenteres *tones nettopp RCT- designet ned*. I følge Johannesen [27] finnes det eksempler på dette, også i Norge. Hun hevder at evidensdebatten forkludres av at EBM omtales uspesifikt, uten redegjørelse for hvilken type forskning – og hvilken type kunnskap det er snakk om (s.12). Johannesen [27] forfekter at denne nedtoningen representerer en måte skyves viktige kunnskapsteoretiske debatter om operasjonalisme¹⁵ av menneskelig lidelse tilside (s.14).

¹⁵ Operasjonalisme innebærer at et vitenskapelig begrep defineres ut fra de operasjoner som gjennomføres for å måle begrepet, og inneholder en forutsetning om at virkeligheten er oppdelt i små biter, objekter, eller naturlige kategorier som forankrer de meningsbærende begrep. Operasjonalisme er forankret i logisk positivisme, og er forbundet med en systematisk neglisjering av subjektiv erfaring

27. Johannesen, B.F., *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*, in *Universitetsforskning Bergen*. 2004, Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnstudier: Bergen. p. 26 p.

Ekeland [25] påpeker at i kvantitative undersøkelser som randomiserte kontrollerte forsøk idealiseres en kontekstfri behandling, og avslører de positivistiske og teknologiske undertonene dette har. Dersom RCT- designet relateres til fag som fysioterapi, ergoterapi eller psykologi er problemet at de menneskelige faktorene som ligger i de terapeutiske situasjonene ikke lar seg isolere og kontrollere [25, 27].

Oppsummert kan hevdes at kravet om evidens og effektivitet kan føre til at helsearbeiderens tiltak preges av en formålsrasjonalitet¹⁶, og at klienten dermed objektiviseres [25, 34]. Ekeland [25] forfekter at nevnte problematikk er aktuell for alle helseprofesjoner, men mer problematisk når problemet ikke kan lokaliseres til et kroppsobjekt, men til selve subjektet. For ergoterapeuter kan dette særlig dreie seg om klientarbeid innen sektorer som for eksempel psykiatri og kommunehelsetjeneste, men også innenfor somatisk sektor. Når det gjelder de nevnte begrensningene ved RCT, kan dette påvirke selve kjernen i faget - nemlig terapeutisk bruk av meningsfull aktivitet og deltagelse. Kritikken vil bli poengtert i de neste avsnittene.

7. 1 ”Kokebokpraksis” og trojansk hest

Ekeland [25] postulerer at det foregår en scientistisk diskurs i helsevesenet, som med påtrykk fra WHO, pådytter en standardisering av helsevesenet, og stimulerer til en form for ”kokebokpraksis”[25, 87, 112]. Ekeland [25] har introdusert det ironiserende begrepet ”standardisert brukar- medvirkning”, som illustrerer inkongruensen i den offentlige diskurs. Inkongruensen hevdes å være slik: på den ene siden helsepolitiske signaler som gir påbud om bestemte standarder og manualer for praksis, på den andre siden fordres individualisert behandling. Med andre ord hevdes det å være et innebygdt motsetningsforhold mellom Pasientrettighetsloven og standardiserte retningslinjer for behandling fra Sosial- og Helsedepartementet vitenskapelig. Ekeland [25] advarer mot tilbøyeligheten til objektivisering av subjektiviteten i statlige direktiver. Hovik [113] påpeker at sykehusreformens overordnede målsetting var at helsetjenestens innhold skulle bedres sett fra pasientens ståsted (OT. prp.

¹⁶ Formålsrasjonaliteten spør omtrent slik: Hva er *målet?* – og med hvilke *midler* kan det nåes mest effektivt. Problemet består i å finne de rette midlene. Tenkningen har røtter i den rådende ingeniørmentaliteten storhetstid i etterkrigstiden. Samfunnsingeniørene mente å ha en eksklusiv kunnskap om hvordan det gode samfunn kunne oppstå i det moderne. Ideologien var positivistisk i og med den implisitte antagelsen om at fremskrittet kunne sikres ved anvendelse av det naturvitenskapelige tenkesett også på samfunnslivet. Det var nettopp denne form for ”human engineering” som Hans Skjervheim (1926- 1999) rettet sin livslange positivismekritikk mot.

110. Slagstad, R., *Kunnskapens hus. Fra Hansteen til Hanseid*. 2000, Oslo: Pax Forlag A/S.

111. Nilesen, I.M., *Steener for brød. Kritikk av mål/middel- tenkning med utgangspunkt i Steen- Komiteen*, in *Etablert pedagogikk- makt eller avmakt? Kritiske analyser om ensretting av norsk pedagogikk*, J.H.-T. Redaksjon: Ninna Mediaas, S. Haga, J. Ellingjord, B. Bjørklid, Editor. 1972, Gyldendals Fakkell- bøker: Gjøvik.

nr.66, 2000- 2001) (s. 177). Imidlertid spør kritiske røster om sykehusreformen er til organisasjonens eller pasientens beste [25, 27]. Ekeland [25] og Johannesen [27] hevder at helseforetakene preges av motsetningsfulle tenkemåter, eller at staten taler med ”to tunger. For eksempel - på den ene siden skal intensjonen med sykehusreformen være å bremse utgiftsvekst, og på den andre siden å sikre kvaliteten på den behandlingen som tilbys.

Et av hovedargumentene mot EBP er at paradigmet har andre implisitte agendaer – mer enn å vitenskapeliggjøre og bedre kvaliteten på den kliniske praksisen [25, 27, 29, 34, 87]. Eriksson [29] har brakt den skildrende metaforen *den trojanske hesten* på banen. Metaforen illustrerer hvordan EBP- paradigmet fortolkes som et verktøy som på en indirekte måte regulerer den kliniske hverdagen. Kritiske røster hevder at EBP representerer et kunnskapsregime og en form for “kikkert- innsyn” i kunnskapsgrunnlaget i den kliniske praksisen [25, 87]. Det hevdes at EBP med sitt kunnskaps- hierarki fungerer som styringsinstrument for både for klinisk praksis og forskningsfelt [25, 27].

I følge Johannesen [27] representerer *EBP en abstrakt form for ledelse* i helseforetakene, som styrer behandling inn mot bestemte metoder for standardisering, prosedyrer, diagnostiske systemer og utredning. Metodene styres av tenkningen at bare det som kan måles teller [27]. En standardisering av praksis kan både svekke klinikerens autonomi og brukerens rett til medbestemmelse, og dermed objektivere den enkelte aktør [25, 27].

Ekeland [25] hevder at helsevesenet preges av ulik logikk: Den kunnskapsteoretiske -, forskningsmetodiske -, behandlingsfaglige, økonomisk- administrative -, kvalitetssikrings- og tilsynslogikk. De tre sistnevnte former for logikk tydeliggjøres blant annet ved tiltagende etterspørsel etter målesystemer, og krav om innsyn, effektivitet og kvalitet [25, 113]. Logikken forsterkes i lovfestede anmodninger om å kvalitetssikre behandlingstilbudet gjennom faglig forsvarlighet og dokumentasjon av tiltak [25, 27]. Ekeland [25] etterspør i hvilken grad de nevnte former for logikk samsvarer eller støter i mot hverandre, eller ”spiser hverandre opp”, som illustreres i begrepet standardisert brukermedvirkning.

8.0 Et tveegget sverd

Som i andre helsefag har konseptet EBP vakt internasjonal interesse innen ergoterapi, men også mye kritikk. Innad i profesjonen har kritiske røster påpekt uoverensstemmelser mellom det epistemologiske grunnlaget i EBP og ergoterapi [95]. Parallelle forhold i andre helsefag tydeliggjøres gjennom den tverrfaglige evidensdebatten. Følgelig kritiseres det evidensbaserte paradigmet for a) å representere en smal reduksjonisme som ignorerer klinisk vurdering og

erfaring, b) å ha en overdreven tillit til epidemiologi og statistisk metodologi, og for c) å reduserer klientperspektivet i behandlingen [25, 27, 34, 87]. Et annet hovedargument mot EBP er også at standardiserte, effektive behandlingsmetoder brukes som maskerte midler for å ivareta samfunnspolitiske og økonomiske interesser [25, 34, 87].

Slik jeg ser det er essensen i kritikken er at all kunnskap ikke lar seg innhente, forvalte eller nedtegne slik at det kan fungere som evidens [25, 34]. Og dessuten – at klienten risikerer ”å bli tingliggjort”, kategorisert eller standardisert i EBP – tradisjonen. Samtidig fremheves nødvendigheten av at helsearbeideren er faglig oppdatert i forhold til relevante forskningsresultater på sitt fagfelt, slik at det ytes faglig forsvarlig og klientsentrert praksis.

Jeg vil hevde at for å ivareta en vedvarende kritisk refleksjon i forhold til helsefaglig praksis, er slike diskusjoner som evidensdebatten representerer nødvendige og sentrale for aktører innenfor de ulike paradigmer. Kravet om EBP aktualiserer en rekke spørsmål for ergoterapiprofesjonen: Vil kravene om EBP bidra til at det oppstår anomalier innenfor det gjeldende paradigmet i ergoterapi? Kan dette føre til en krise i ergoterapi?

Når det gjelder diskusjoner på tvers av paradigmene så spør det hva som kommer ut av disse. Alvsvåg [46] viser til Kuhns paradigmateteorier når hun hevder at diskusjoner mellom representanter for rivaliserende paradigmer ofte er lite fruktbare. Tilhengerne av ulike tanke sett eller ulike paradigmer snakker forbi hverandre, de snakker ikke samme språk (s.177). Jeg vil si meg enig med hennes innvending, men samtidig oppmuntre til diskurser innenfor ergoterapiprofesjonen.

Som i andre helsefag, har EBP blitt møtt med delte reaksjoner innad i ergoterapiprofesjonen. Essayets hovedargument er at EBP kan fungere som *et tveegget sverd* for ergoterapeuter. På den ene siden kan sverdet være et nyttig verktøy som med sin skarpe kant både kan bedre kvaliteten på pasientbehandlingen, og tydeliggjøre virksomheten til ergoterapeuter. Sverdet kan dermed fungere som et middel i profesjonskampen. Men - på den andre siden, kan den skarpe kanten ødelegge noe av særtrekket ved ergoterapi, som er fagets tyngde i narrative resonnering og det hverdagslige fokuset på pasientens livsverden. Jeg vil derfor konkludere med at evidensbasert praksis alene ikke kan fungere som en base for ergoterapeuter, og hevde at de vitenskapelige metodene bør inkludere et ”kvalitativt mangfold”.

Referanser

1. Lycett, R., "Well what is occupational therapy?" *An examination of the definitions given by occupational therapists*. British Journal of Occupational Therapy, 1991. **54**(11): p. 411-414.
2. Kelly, G., *Understanding Occupational Therapy: An Hermeneutic Approach*. British Journal of Occupational Therapy, 1996. **59**(5): p. 532-536.
3. Finlay, L., *The life world of the occupational therapist: meaning and motive in an uncertain world*. Doctoral Thesis. Doctor of Philosophy in The School of Health and Social Welfare. 1998, West Yorkshire, United Kingdom: The Open University. viii, 353 p.
4. Björklund, A., *On the Structure and Contents of Occupational Therapists Paradigms. Empirical studies of occupational therapy students' and occupational therapists' view on occupational therapy*. Doctoral Thesis. 2000, Stockholm: Institutionen for klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och aldrevaerdforskning. Sektionen for arbetsterapi. Karolinska Institutet.
5. Stenbeck, B., M. Eklund, and I.R. Hallberg, *The Domain of Concern of Swedish Occupational Therapists Working in Psychiatric Care*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001. **8**(1): p. 184-192.
6. Sachs, D. and T. Jarus, *A survey of Israeli occupational therapists' definitions of the profession*. Occupational Therapy International, 1994. **1**(4): p. 261-77.
7. Fisher, A.G., *Uniting practice and theory in an occupational framework: 1998 Eleanor Clarke Slagle lecture*. American Journal of Occupational Therapy, 1998. **52**(7): p. 509-21.
8. Ikiugu, M.N. and H.M. Rosso, *Facilitating professional identity in occupational therapy students*. Occupational Therapy International, 2003. **10**(3): p. 206-225.
9. Sachs, D. and D.R. Labovitz, *The Caring Occupational Therapist: Scope of Professional Roles and Boundaries*. The American Journal of Occupational Therapy, 1994. **48**(11): p. 997-1005.
10. Taylor, A. and R. Rubin, *How do Occupational Therapists define their Role in a Community Mental Health Setting?* British Journal of Occupational Therapy, 1999. **62**(2): p. 59-63.
11. Jenkins, M. and C. Brotherton, *Implications of a Theoretical Framework for Practice*. British Journal of Occupational Therapy, 1995. **58**(9): p. 392-396.
12. Jenkins, M. and C. Brotherton, *In Search of a Theoretical Framework for Practice, Part 1*. British Journal of Occupational Therapy, 1995. **58**(7): p. 280- 285.
13. Jenkins, M. and C. Brotherton, *In Search of a Theoretical Framework for Practice. Part 2*. British Journal of Occupational Therapy, 1995. **58**(8): p. 332-336.
14. Kinn, L.G., "Vi ser med andre øyne". *Hvordan ergoterapeuter beskriver sitt fag og identitet*, in *Det medisinske og det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning*. 2001, University of Bergen: Bergen. p. 126.
15. Hasselkus, B. and V. Dickie, *Doing occupational therapy: dimensions of satisfaction and dissatisfaction*. American Journal of Occupational Therapy, 1994. **48**(2): p. 145- 154.
16. Strandquist, K.G.-. et al., *Actions of Competence in Occupational Therapy. A phenomenological study of practice in narrative form*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2000. **7**(1): p. 15-25.
17. Mattingly, C. and M.H. Fleming, *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. 1994, Philadelphia: F.A. Davis. xiv, 378 s.
18. Pierre, B.L., *Occupational Therapy as Documented in Patients' Records. Part III. Valued but not Documented. Underground Practice in the Context of Professional Written Communication*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001. **8**(4): p. 174-183.
19. Pierre, B.L. and U. Sonn, *Occupational Therapy as Documented in Patients' Records: Part II. What is Proper Documentation? Contradictions and Aspects of Concern from the Perspective of OTs*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1999. **6**(1): p. 3-10.
20. Pierre, B.L. and U. Sonn, *Occupational Therapy as Documented in Patients' Records. Part I. A Content Analysis of Occupational Therapy Records at an Occupational Therapy Department*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1996. **3**(2): p. 79-89.
21. Josephsson, S., *Ergoterapi och forskning= sant? in Aktivitetsperspektiv på dagnad, deltagelse og dagligliv*, K.J.o.N.E.N. Sissel Horghagen, Editor. 2005, tapir akademisk forlag: Trondheim. p. 164.
22. Steultjens, E.M.J., et al., *Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews*, in *Clinical Rehabilitation*. 2005, Arnold Publishers. p. 247.
23. Jamtvedt G., H.K.B., Bjørndal A., *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Vol. 1. 2003, Oslo: Gyldendal Norsk forlag. 173 p.

24. Jamtvedt, G., *Å fremme kunnskapsbasert praksis og undervisning*, in *Hvordan kan høyskolene bidra til en kunnskapsbasert praksis i helse- og sosialfagene?* M.N. (red), Editor. 2005, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Høgskolen i Bergen: Bergen. p. 147.
25. Ekland, T.-J., *Autonomi og evidensbasert praksis*, in *Arbeidsnotat nr. 6/2004*. 2004, Høgskolen i Oslo: Oslo. p. 69.
26. Martinsen, K. and J. Boge, *Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie/ Uro kring evidens*, M.W. Nordtvedt, Editor. 2004, Universitet i Bergen: Bergen.
27. Johannesen, B.F., *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*, in *Universitetsforskning Bergen*. 2004, Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnstudier: Bergen. p. 26 p.
28. Finlay, L., *The Practice of Psychosocial Occupational herapy*. 3rd ed. 2004, Cheltenham, UK: Nelson Thornes. 287 p.
29. Eriksson, K., T. Nordman, and I. Myllymaki, *Den trojanske hest. Evidensbasering og sygepleje*. 2002, København: Gads Forlag. 155.
30. Royeen, C.B., *Occupation reconsidered*. Occupational Therapy International, 2002. 9(2): p. 111-120.
31. Tjørnov, J., *Aktivitetstenkning og klinisk resonnering i ergoterapi*, in *Institutionen for samhallsmedisinske vetenskaper*. 1997, Lund Universitet.
32. Fearing, V., *Occupational therapists chart source through the health record*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 1993(60): p. 232-240.
33. Bakkeiteig, L.S. and P. Magnus, *Epidemiologi*, ed. 2. 1998, Oslo: ad Notam Gyldendal.
34. Martinsen, K., *Samtalen, skjønnet og evidensen*. 2005, Oslo: Akribe.
35. Fjelland, R. and E. Gjengedal, *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. 1995, Oslo: Ad Notam Gyldendal. 201 s.
36. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 2003, Oslo: Universitetsforlaget.
37. Nordtvedt, P. and H. Grimen, *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag.*, ed. G. Akademisk. Vol. 1. utgave. 2004, Oslo.
38. Kvale, S., *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsintervju*. 1997, København: Hans Reitzels Forlag.
39. Olsson, H. and S. Sørensen, *Forskningsprosessen. Kvantitative og kvalitative perspektiver*. 2003, Oslo: Gyldendal Akademisk.
40. Bengtsson, J., *Sammanfletningar. Husserl och Mearleu- Pontys fenomenologi. Vår tids tenkare*. 1988, Göteborg: Daidalos.
41. Thornquist, E., *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 2003, Bergen: Fagbokforlaget.
42. Skjervheim, H., *Objektivisme - og studiet av mennesket*. Basis- bøkene. 1959/ 2000, Oslo: Gyldendal Akademisk.
43. Blåka, G., *Grunnlagstenknig i et kvinnefag*. 2002, Bergen: Fagbokforlaget.
44. Malterud, K., *Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2002. 8(2): p. 121, 6p.
45. Bentling, S., *Sjukskoterske professionen, Vitenskapliga ideer och kunnskapsutveckling*. 1995, Falköping, Sweden: Liber Utbildning.
46. Alvsvåg, H., *SYKEPLEIE- mellom vitenskap og pasient*. 1997, Bergen: Fagbokforlaget.
47. Fjelland, R., *Vitenskapsteori*. 1995, Oslo: Universitetsforlaget.
48. Kielhofner, G., *Conceptual foundations of occupational therapy*. 2. utg. ed. 1997, Philadelphia: F.A. Davis. XX, 358 s.
49. Björklund, A., *Focus on Occupational Therapists' Paradigms*. Scandinavian Journal of Caring Science, 1998. 13(3): p. 165-170.
50. Tørnebohm, H., *Studier i kunnskapsutveckling*. 1983, Karlshamn: Doxa.
51. Tørnebohm, H., *Paradigms in Occupational Therapy*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1994. 1: p. 53 - 58.
52. Tørnebohm, H., *Tre essäer i vetenskapsteori*. Rapport / Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet; 192. 1997, Göteborg: Institutionen för vetenskapsteori. 63 s.
53. Tørnebohm, H., *What is Worth Knowing in Occupational Therapy?* American Journal of Occupational Therapy, 1991. 45: p. 451- 554.
54. Hagedorn, R., *The casson Memorial Lecture 1995: An Emergent Profession- A Personal Prespective*. British Journal of Occupational Therapy, 1995. 58(8): p. 324-331.
55. Kortman, B., *The eye of the beholder: models in occupational therapy*. Australian Occupational Therapy Journal, 1994. 41: p. 115- 22.
56. Law, M.N.S., *Client - centered occupational therapy*. 1998, Thorofare, USA: Slack Incorporated. 163.
57. Hasselkus, B.R., *Reaching consensus*. American Journal of Occupational Therapy 2000 Mar-Apr; 54(2): 127-8 (1 ref).

58. Fisher, A.G., *Why is it so hard to practice as an occupational therapist?* Australian Occupational Therapy Journal, 2003. **50**(4): p. 193-194.
59. Finlay, L., *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy*. 2004, Cheltenham. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
60. Tjørnov, J., *Arbeidsprosesser, ræsonnering og aktivitetsanalyse i ergoterapi*. Basisbog i ergoterapi, ed. T. Borg, Runge, U., Tjørnov, T. 2003, København: Munksgaard Danmark.
61. Persson, D., et al., *Value Dimensions, Meaning, and Complexity in Human Occupation - A Tentative Structure for Analysis*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001. **8**(1): p. 7-18.
62. Kinn, L.G., *Ergoterapeuten fram på scenen*. Ergoterapeuten, 2000. **3**: p. 24-27.
63. Burke, J.P., *How Therapists' Conceptual Perspectives Influence Early Intervention Evaluations*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001. **8**(1): p. 49-61.
64. Hooper, B. and W. Wood, *Pragmatism and Structuralism in Occupational Therapy. The Long Conversation*. The American Journal of Occupational Therapy, 2002. **56**(1): p. 40-50.
65. Finlay, L., *The OT role: meanings and motives in an uncertain world*. British Journal of Therapy and Rehabilitation, 2000. **7**(3): p. 125-129.
66. Bendixen Hans J., A.J.M.J.T., *Kap. 6. Ergoterapeutiske begreper og begrepsmodeller med aktivitet og deltagelse i fokus*, in *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, U.R. Tove Borg, Jytte Tjørnov, Editor. 2003, Munksgaard Danmark: København. p. 709.
67. Wilcock, A.A., *An occupational perspective on health*. 1998, Thorofare, NJ: Slack, Incorporated.
68. Andrews, T., *Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi - en kritisk drøfting av konsekvenser*, in *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*, N.A. Herdis Alvsvåg, Eva Gjengedal, Målfrid Råheim, Editor. 1997, ad Notam Gyldendal: Oslo.
69. Jacobsen, K., *Ergoterapi og den positive helseprosessen*, in *Aktivitetsperspektiv på dagnad, deltagelse og dagligliv*, K.J.o.N.E.N. Sissel Horghagen, Editor. 2005, Tapir Akademisk Forlag: Trondheim.
70. Palmadottir, G., *Client perspective on Occupational Therapy in Rehabilitation Services*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2003. **10**: p. 157-166.
71. Holm, M., *Our mandate for the Millenium: Evidence Based Practice*. American Journal of Occupational Therapy, 2000. **54**(6): p. 575-585.
72. Finlay, L., *Holism in Occupational Therapy: Elusive Fiction and Ambivalent Struggle*. American Journal of Occupational Therapy, 2000. **55**(3): p. 268-276.
73. Finlay, L., *Holism in Occupational therapy: Elusive Fiction and Ambivalent Struggle*. American Journal of Occupational Therapy, 2000. **55**(3): p. 268 - 276.
74. Kielhofner, G., *Model of human occupation: theory and application*. 2002, Baltimore, MD: Lippicott William & Wilkins.
75. Haglund L, E.E., Thorell L- H, Hallberg I R, *Practice Models In Swedish Psyciatric Occupational Therapy*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2000. **7**: p. 107-113.
76. Kielhofner, G. *Challenges and directions for the future of occupational therapy*. in *Keynote adress presented at the fourteenth Congress of the World Federation of Occupational Therapists*. June 2002. Stockholm.
77. Iwama, M.K., *Towards culturally relevant epistemologies in occupational therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 2003. **57**: p. 582- 588.
78. Wressle, E. and K. Samuelsson, *Barriers and Bridges to Client- centred Occupational Therapists*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2004. **11**: p. 12- 16.
79. Hasselkus, B.R., *The meaning of everyday occupation*. 2002, Thorofare, NJ: Slack. XIII, 156 s.
80. Wilcock, A.A., *Reflections on doing, being and becoming**. Australian Occupational Therapy Journal, 1999. **46**(1): p. 1-11.
81. Blåka, G., *Utdanning og yrkeskvalifisering av helseprofesjoner i velferdsstaten.*, in *Kunnskap, kropp og kultur*, N. Andersen, et al., Editors. 1997, Ad Notam Gyldendal: Oslo.
82. Eriksen, V., *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, ed. L.-s.u.p.T. Aschehoug. 1996, Oslo: Tano Aschehoug.
83. Martinsen, K., *Øyet og kallet*. 2000, Bergen: Fagbokforlaget.
84. Nilsskog, G., *Framvekst av arbeidsterapeut/ergoterapeut yrket i Norge: perioden 1950-1980*. 1991, [S.l.]: G. Nilsskog. 50 s.
85. Sackett, D.L., S.E. Starus, W.S. Richardson, W. Rosenberg, R. B. Haynes, *Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2000, Edinburgh: Churchill Livingstone.
86. Taylor, M.C., *Evidence- Based Practice for Occupational Therapists*. 2000, Oxford: Blackwell Publishing.
87. Ekeli, B.-V., *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsevesenet?* Vol. 1. 2002, Tromsø: Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø. 70.

88. Aas, R.W., *Evidensbasert praksis- hva bør ergoterapeuter dokumentere?* Ergoterapeuten, 2003(11): p. 4-11.
89. Taylor, M.C., *Evidence- Based Practice for occupational therapists*. 2002, Oxford: Blackwell Publishing.
90. Cusick, A., *OZ OTEBM 21C: Australian occupational therapy, evidence- based practice and the 21st century*. Australian Occupational Therapy Journal, 2001. **48**(3): p. 102-117.
91. Cusick, A. and A. McCluskey, *Becoming an evidence-based practitioner through professional development*. Australian Occupational Therapy Journal, 2000. **47**(4): p. 159, 12 p.
92. Haynes, R.L., *Evidence- based occupational therapy needs strategically- targeted quality research now*. Australian Occupational Therapy Journal, 2000. **47**: p. 186- 190.
93. Lunback, E. *Vetenskap i paketerad form - Evidensbaserad medicin (EBM) som et led i strevan efter transparens*. in *Nordisk Føretagsekonomisk Førenings konferens*. 2005. Århus.
94. Gray, J.A., *Nvidence- based health- care: How to make health policy and management decisions*. 1997, New York: Churchill Livingstone.
95. Tse, S., K. Blackwood, and M. Penman, *From rhetoric to reality: Use of randomised controlled trials in evidence-based occupational*. Australian Occupational Therapy Journal, 2000. **47**(4): p. 181, 5 p.
96. Carpenter, C., *The contribution of qualitative research to evidence- based practice*, in *Qualitative Research in Evidence- Based Rehabilitation*, K.W. Hammel and C. Carpenter, Editors. 2004, Churchill Livingstone: London.
97. Byrkjeflot, H., *"The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway"*, in *Hospitals, patients and medicine 1800- 2000*, A.A.m. (red.), Editor. 2004, Rokkan Rapport: Bergen.
98. Haynes, R.B., *What kind of evidence is it that Evidence- Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to?* BMC Health Services Research, 2002. **2**: p. 1-7.
99. Welch, A., *The challenge of evidence- based practice to occupational therapy*. The Journal of Clinical Governance, 2002: p. 169- 176.
100. Bennett, S., et al., *Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists*. Australian Occupational Therapy Journal, 2003. **50**(1): p. 13, 10 p.
101. McCluskey, A., *Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence- based practice*. Australian Occupational Therapy Journal, 2003. **50**: p. 3-12.
102. Sackett, D.L., W.M. Rosenberg, and J.A. Gray, *Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't*. British Medical Journal, 1996. **312**: p. 71-72.
103. Rød, P.A., *Evidensbasert barnevernsarbeid: systematisk kunnskapsutvikling eller kunnskapsvridning systematikk?* in *Vitenskapsteoretiske refleksjoner. Essaysamling*, G.O. Hole and T.T.T.S. (red), Editors. 2004, Høgskolen i Bergen: Bergen. p. 301p.
104. Malterud, K., *The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers*. The Lancet, 2001. **358**(August 4): p. 397-400.
105. Rappolt, S., *The Role of Professional Expertise in Evidence- Based Occupational Therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 2003. **57**(5): p. 589-93.
106. Egan, M. and C.Z. C. Dubouloz, J. Vallerand, *The client- centred evidence- based practice of occupational therapy*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 1998.
107. McKinnon, A.L., *Client Values and Satisfaction with Occupational Therapy*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2000. **7**: p. 99-106.
108. Clarke, J.B., *Evidence- based practice: a retrograde step? The importance of pluralism in evidence generation for the practice of health care*. Journal of Clinical Nursing, 1999. **8**: p. 89-94.
109. Skjervheim, H., *Det instrumentelle mistaket*, in *Etablert pedagogikk - makt eller avmakt?* J.H.-T. N. Mediass, S. Haga, J. Ellingjord, B. Bjørklid, Editor. 1972, Gyldendal: Oslo. p. 45-62.
110. Slagstad, R., *Kunnskapens hus. Fra Hansteen til Hanseid*. 2000, Oslo: Pax Forlag A/S.
111. Nilesen, I.M., *Steener for brød. Kritikk av mål/middel- tenkning med utgangspunkt i Steen- Komiteen*, in *Etablert pedagogikk- makt eller avmakt? Kritiske analyser om ensretting av norsk pedagogikk*, J.H.-T. Redaksjon: Ninna Mediaas, S. Haga, J. Ellingjord, B. Bjørklid, Editor. 1972, Gyldendals Fakkelt-bøker: Gjøvik.
112. Timmermans, S. and A. Mauck, *The Promises And Pitfalls Of Evidence- Based Medicine*. Health Affairs, 2005. **24**(18-28).
113. Hovik, S. and T. Lie, *Sykehusreformen - til organisasjonens eller pasientens beste?* in *Helse- Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*, S. Opedal and I.M. Stigen, Editors. 2005, Fagbokforlaget: Bergen.

