

**Utfordringer med å implementere
kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid**

Ragnhild Sollesnes

Høgskolen i Bergen

Ca. 7200 ord

**Vestnorsk Nettverk - Forskarutdanninga
Vitenskapsteoretisk essay
2006**

INNHALDSFORTEGNELSE

Innledning	3
Fra Evidence-based medicine til kunnskapsbasert praksis.....	4
Evidence-based medicine	5
Evidenshierarkier	6
Kunnskapsbasert praksis	7
Fra forebyggende til helsefremmende arbeid	9
Utvikling av helsefremmende arbeid	10
Gammel vin på nye flasker eller paradigmeskifte ?	13
Kunnskapsbasert praksis og helsefremmende arbeid	15
Bruerkunnskap og brukermedvirkning.....	16
Kontekst	20
Prinsipper fra EBP i helsefremmende arbeid	22
Avslutning	23
Referanser:.....	25

Innledning

Evidence based practice (EBP) har de siste 10-15 årene hatt økende innflytelse spesielt innen helse- og sosialfagene, både internasjonalt og i Norge. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er foreslått som norsk term for EBP. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), som fremskaffer og formidler forskningsbasert kunnskap, ble opprettet 1.januar 2004. Kunnskapssenteret har tematisk ansvar for alle Helse- og omsorgsdepartementet's områder, herunder primærhelsetjenesten og folkehelsearbeidet. Kunnskapssenteret er også nasjonal koordinator for Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration¹. Ved Høgskolen i Bergen er kunnskapsbasert praksis et av innsatsområdene i Strategisk plan for 2005-2010, og det er etablert et senter for kunnskapsbasert praksis ved Avdeling for helse- og sosialfag. I programmet for åpning av senteret sies følgende: "Det blir i stadig økende grad og fra stadig flere hold forventet at at helse- og sosialprofesjoner drives kunnskapsbasert. Dermed er det vesentlig at disse selv er med på å definere hvordan de akter å forholde seg til disse forventningene innen sitt fagområde". Kunnskapsbasert praksis fremstår altså i dag som et sentralt begrep både i utdanningssammenheng og i praksis, - praksis skal begrunnes med den best tilgjengelige kunnskapen (St.meld. nr. 26 1999-2000). Dette gjelder også for mitt fagfelt, helsefremmende og forebyggende arbeid. Kunnskap er blant annet viktig for å begrunne avgjørelser som tas, for å velge rette tiltak i gitte situasjoner, og for å evaluere tiltak som iverksettes. Det har vært hevdet at mange tiltak innen helsefremmende og forebyggende arbeid er basert på en intensjon om at tiltaket skal ha effekt, uten at en vet om tiltaket faktisk virker (Schanke 2003).

Fra et faglig ståsted er det ikke vanskelig å være enig i at tiltak som iverksettes må være kunnskapsbaserte. Kunnskapssenteret har laget en modell som jeg kommer tilbake til, der forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukervedvirkning samt den aktuelle konteksten hvor ny kunnskap skal implementeres, sammen utgjør kunnskapsbasert praksis. Begrepet kunnskapsbasert praksis er imidlertid ikke uproblematisk, og i Norge har kritiske røster reist debatt om begrepet blant annet i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (Ekeland 1999), tidsskriftet *Fysioterapeuten* (Ekeli 2000) og tidsskriftet *Sykepleien* (Martinsen og Boge 2004). De mest sentrale diskusjonene om kunnskapsbasert praksis har vært knyttet til synet på kunnskap, og det har vært mindre oppmerksomhet rettet

¹ Cochrane Collaboration omfatter helserelatert forskning og Campbell Collatoration omfatter forskning på sosial velferd, utdanning, kriminalitet og justis (Jamtvedt 2005).

mot brukerkunnskap og brukermedvirkning samt den aktuelle kontekst. Disse områdene er også sentrale innen helsefremmende arbeid, og jeg vil derfor vektlegge disse elementene i essayet.

I likhet med kunnskapsbasert praksis er helsefremmende arbeid et relativt ungt fag, og også dette fagområdet har fått stor utbredelse siden det ble lansert for cirka 20 år siden. I essayet tar jeg utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjon's (WHO) definisjon av helsefremmende arbeid slik det fremkommer i Ottawacharteret fra 1986: "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health"². Sentrale prinsipper innen helsefremmende arbeid kan umiddelbart synes å være vanskelige å forene med grunnprinsipper i kunnskapsbasert praksis. På denne bakgrunn ønsker jeg å drøfte noen utfordringer jeg ser når kunnskapsbasert praksis skal implementeres i helsefremmende arbeid, knyttet til:

- Brukermedvirkning, og endring i de profesjonelles rolle i helsefremmende arbeid
- den aktuelle kontekst for tiltak innen helsefremmende arbeid
- overføring av prinsipper med bakgrunn i evidence-based practice til helsefremmende arbeid

Fra Evidence-based medicine til kunnskapsbasert praksis

Evidence-based practice vokste frem i The medical school of McMaster University, Toronto, tidlig på 1990-tallet. Begrepet har sitt utspring i "Evidence-based medicine" (EBM), og handler om "å utøve klinisk praksis i samsvar med den beste kunnskapen som fins på det gjeldende området" (Forland 1996). Evidens er ikke et nytt ord, og hvis en går til etymologiske ordbøker vil en se at ordet evidens ikke er entydig³. Kunnskapssenter har valgt å bruke benevnelsen kunnskapsbasert praksis, som en erkjennelse av at kunnskapsbegrepet er mangfoldig. Det vil si at også systematisert erfaringskunnskap får plass som kunnskapskilde. Slik jeg forstår det har denne forståelsen vunnet terreng både nasjonal og internasjonalt. Det

² Medin og Alexanderson (2000) har identifisert ti ulike definisjoner av helsefremmende arbeid, og det er både geografiske og begrepsmessige forskjeller. I Nord-Amerika har det siden 1970-årene vært uttrykk for metoder for å påvirke folks atferd, mens globalt sett er det WHO's definisjon fra Ottawacharteret som har fått fotfeste.

³ Rent språklig betyr evidens å se og innse, og semantisk har evidens bindinger til ord som åpenbar, påtagelig, ubestridelig, klar, bevis (Eriksson 1999). Filosofen Kari Martinsen bruker evidens i en videre forstand, og sier at innen fenomenologien knyttes evidens til opplevelser, utsagn, gjenstander i verden eller til tilværelsen selv (Martinsen 2005).

erkjennes at det er nødvendig med et mangfoldig kunnskapsbegrep og ulike kunnskapsformer når grunnprinsippene fra EBM skal implementeres i andre fagområder enn medisin. I mange sammenhenger kan det likevel synes som om evidens basert på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) fortsatt veier tyngst, noe jeg kommer tilbake til. Jeg vil derfor gå tilbake til opprinnelsen av evidence-based medicine og se på utviklingen frem til kunnskapsbasert praksis.

Evidence-based medicine

Den mest brukte definisjonen på evidence-based medicine er fra Sackett et al. (1996):

”Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual and clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.”

Sackett et al (1997) viser til at begrepet EBM's filosofiske opprinnelse går tilbake til Paris i første halvdel av 1800-tallet, der de tre legene Bichat, Magendie og Louis studerte henholdsvis patologisk anatomi, eksperimentell fysiologi, og det kontrollerte forsøk og statistikk. Gjennom disse studiene etablerte de en mal for hvordan man kan frembringe sikker og objektiv kunnskap om sykdom og behandling, det Ekeli (2002) kaller et positivistisk syn på kunnskap⁴. Siden den gangen har vært en enorm utvikling innen medisinsk diagnostikk og behandlingsmuligheter. Medisinske problemstillinger har også endret seg fra å være dominert av infeksjonssykdommer, mangelsykdommer og livsstilssykdommer, til helseproblemer av mer sammensatt natur som preger dagens sykdomspanoramaet⁵. De to hovedgruppene av denne type helseproblemer i Norge i dag er muskel-skjelettsykdommer og psykiske lidelser. I følge Mæland (2005) er disse helseproblemene til dels overlappende, og kan være vanskelige å klassifisere med tradisjonelle medisinske diagnoser. Til tross for disse endringene synes i stor grad fortsatt det samme vitenskapsidealet å være dominerende; objektive kunnskap basert på sikre data.

Archie Cochrane var den som skapte begrepet evidence based medicine. Han baserte seg blant annet på undersøkelser som viste at bare 15-20% av medisinske tiltak bygget på resultater fra

⁴ Auguste Comte, som regnes som positivismens far, bygget videre på empirismen: erfaring, det som kan observeres, konstateres og måles regnes som kilden til kunnskap. Han ville også bygge samfunnsvitenskapen på det positive gitte, det målbare og sikre, altså utvikle en enhetsvitenskap etter ideal fra fysikk og matematikk.

⁵ Disse helseproblemene benevnes også som samsykdommer, fordi de ofte gjenspeiler vansker i samliv, samfunn og samarbeidsforhold.

god forskning (Bjørndal, Flottorp og Klovning 2000). Archie Cochrane så på inntreden av randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) som banebrytende innen klinisk medisin (Cochrane 1972). Cochrane understreket imidlertid at RCT ikke er den eneste verdifulle teknikken innen medisinsk forskning, men at så sant det er mulig er RCT er å foretrekke når medisinske intervensjoner skal evalueres. Han påpekte manglende tilgang til pålitelige oversikter over vitenskapelig litteratur, og Cochranesenteret, basert på hans ide om systematiske, oppdaterte oversikter over alle relevante studier innenfor helsetjenesten, ble etablert i Oxford i 1993. Gjennom dette samarbeidet utarbeides, oppdateres og formidles systematiske oversikter over effekten av helsetjenestens behandlinger, dette omfatter også forebyggende tiltak.

Antall vitenskapelige publikasjoner har økt enormt den senere tiden, og allerede for 10 år siden ble det publisert omlag 2 millioner artikler årlig i biomedisinske tidsskrifter (Forland 1996). Oversiktsartikler vil da være en hjelp og styrke til å orientere seg i denne jungelen. Men systematiske oversiktene har også sine klare begrensninger. For det første vil det å publisere ha en bias-virkning. De som bestemmer hva som skal publiseres, tar samtidig en beslutning om hva som ikke skal publiseres (Humpris 2003). Strenge kriterier til studier som kan inngå i systematiske oversikter vil også medføre at mye god og relevant forskning ikke inkluderes, og derved underkommuniseres. Når det gjelder publisering av primærartikler er det også en tendens til at studier med positive resultater prioriteres, og at studier med negative funn, som kan være vel så relevante for praksis, publiseres i mindre grad (Forland 1997). Fagtidsskriftene er også underlagt en hierarkisk orden, og mange forskere vil av hensyn til personlig karriere søke mot tidsskriftene med mest tyngde, uten at det dermed er de tidsskriftene som er mest tilgjengelige for praksisfeltet. Dette gjør seg også gjeldende innen høgskole- og universitetssystemet. Det er en utfordring å gjøre relevante forskningsresultater tilgjengelige for praksisfeltet, som ikke nødvendigvis har tilstrekkelige ressurser til å holde seg faglig oppdatert. I denne sammenheng tenker jeg både på tidsressurser og muligheter og tilgang til å bruke internett. Dette kan blant annet ivaretas ved at det utarbeides faglige veiledere og retningslinjer på de mest sentrale områdene.

Evidenshierarkier

Archie Cochranes tenkning om oversiktsartikler er videreført i evidenshierarkier, der forskningsresultater og informasjon graderes etter forskningsdesignens ”styrke”. Dette er primært en bio-medisinsk modell, der effekten av intervensjonene først og fremst uttrykkes i form av målbare resultater som endring i sykkelighet eller dødelighet, eller endring av atferd.

Centre for Reviews and Dissemination (CDR) utarbeider oversiktsartikler og har fastlagt hva de legger i evidenshierarki (Humphris 2003):

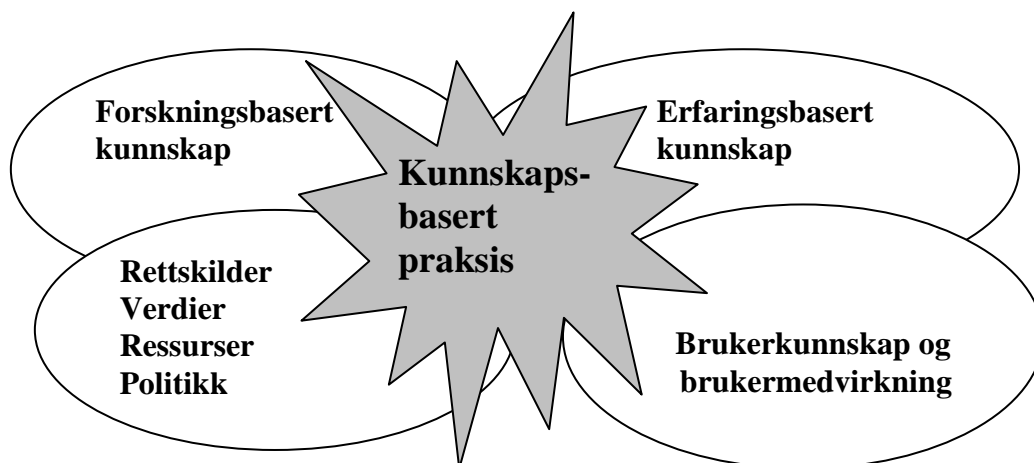
Randomiserte, kontrollerte undersøkelser
Kohort-studier
Kasus-kontroll studier
Deskriptive studier
Ekspertuttalelser

Dette er en av flere måter å gradere informasjon på, men felles for evidenshierarkiene er at det legges størst vekt på evidens som utspringer av en holdning til vitenskap der RCT sees på som ”gullstandarden”, mens deskriptive studier til frembringelse av kunnskap er lavest rangert. Evidenshierarkiet stilles opp uten at forskningsmetodene relateres til forskningsspørsmålet, og dette oppfatter jeg er en av hovedårsakene til diskusjonen rundt ulike kunnskapsformer. Slik det presenteres kan det tolkes som om evidenshierarkiet gjelder alle typer forskningsspørsmål. Som tidligere nevnt er det imidlertid en økende erkjennelse av at ulike forskningsspørsmål krever ulik tilnærming: medisinske og sykepleiefaglige intervensjoner lar seg ofte best belyse med RCT og systematiske oversikter, mens kvalitative metoder er best egnet til å studere erfaringer, holdninger og oppfatninger (DiCenso et al. 1998; Humpris 2003; Nortvedt et al. 2004).

Det er etablert et eget program for ”Cochrane reviews of health promotion and public health field.” Også her er de fleste publikasjonene basert på kunnskapsoppsummeringer av RCT. I følge Nutbeam (1999) er oppsummeringene basert på relativt enkle intervensjoner med veldefinerte målgrupper i spesifikke arenaer, for eksempel røykesluttkurs for gravide hos helsetjenesten. Mange helsefremmende intervensjoner er imidlertid ofte komplekse og påvirket av atferdsmessige, sosial og miljømessige forhold, og det er vanskeligere å isolere årsak-virkningssammenhenger, noe jeg kommer tilbake til senere. Det arbeides imidlertid med å inkludere ikke-RCT studier i Cochrane oversikter, og det lages retningslinjer for å inkludere kvalitative design i systematiske oversikter ((Jackson & Waters 2005).

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapscenteret’s modell for kunnskapsbasert praksis har fått fotfeste i norske fagmiljøer. I denne modellen hviler kunnskapsbasert praksis på fire elementer: forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukernes kunnskaper og medvirkning, samt den aktuelle konteksten, representert ved rettskilder, verdier, ressurser og politikk.



Figur 1: Kunnskapsbasert praksis

(Mørland 2004)

Kunnskapssenteret's bidrag til kunnskapsbasert praksis er primært å bringe inn forskningsbasert kunnskap, mens det er opp til praksisfeltet å diskutere og utvikle de andre elementene i modellen⁶. Kunnskapssenteret arbeider etter den systematiske metoden for innhenting og bearbeiding av kunnskap som er utviklet gjennom Cochrane-samarbeidet. Det er sterke bindinger mellom evidence-based medicine og kunnskapsbasert praksis, men både innen Nasjonalt kunnskapssenter og Cochrane-samarbeidet erkjennes det at kunnskapssynet som evidence-based medicine bygger på i mange sammenhenger blir for snevert, eksempelvis i forhold til helsefremmende arbeid og tiltak innen folkehelsearbeidet.

Som tidligere nevnt har diskusjonene i norske fagmiljøer stort sett vært sentrert rundt forskningsbasert eller "evidence-basert" kunnskap, og de andre hjørnesteinene i begrepet kunnskapsbasert praksis har vært viet mindre oppmerksomhet. Dette gjelder også innen opplæring, hvor det har vært lagt stor vekt på å finne frem til og vurdere forskningsbasert kunnskap. Når kunnskapsbasert praksis i den senere tid har fått så sentral plass innen forskning, utdanning og praksis er det nødvendig å klargjøre hva som legges i begrepet, og også se på hvordan kunnskapsbasert praksis kan tilpasses ulike fagområder, i dette tilfellet helsefremmende arbeid.

Det er etterhvert kommet mye litteratur om evidence-based health promotion, og innen WHO og EU støttes og etterspørres evidence-based health promotion. I 1998 vedtok Verdens helseorganisasjon (WHO) en resolusjon om helsefremmende arbeid (WHO 1998), og her bes

⁶ E-post på diskusjonsliste for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (HELSKO) 7.10.05 fra Anne Seierstad ved Kunnskapssenteret.

generaldirektør Gro Harlem Brundtland om å støtte utvikling av ”evidence-based health promotion” innen organisasjonen. Samme år kom International Union for Health Promotion and Education (IUPHE) med en todelt rapport til Europakommisjonen, *The Evidence of Health Promotion Effectiveness* (IUPHE 2000). I rapporten oppsummeres effekten av helsefremmende arbeid gjennom de 20 siste årene og det vurderes hva som verdt å satse på. I *Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, fremheves kunnskapsbasert praksis som et grunnleggende prinsipp⁷ (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Fra forebyggende til helsefremmende arbeid

Før jeg går inn på utfordringer ved implementering av kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid, vil jeg gå gjennom utviklingen av helsefremmende arbeid, i internasjonalt og nasjonalt perspektiv. Utgangspunktet er fagområdets selvforståelse slik det fremkommer i litteratur basert på WHO’s definisjon av helsefremmende arbeid: ”den prosess som gjør folk i stand til å ta kontroll over, og forbedre, sin helse” (WHO 1986).

”Det er en økende erkjennelse i vårt samfunn at det ikke er nok å reparere skader når de er oppstått, men at vi også må fremme helse og forebygge sykdom og nød gjennom virksomme forebyggende tiltak” (St.meld. nr. 37 1992-93:5). Helsefremmende arbeid (health promotion) og sykdomsforebyggende arbeid beskrives som to ulike, men komplementære tilnærminger innen forebyggende helsearbeid som bygger på ulike tradisjoner og ulikt vitenskapsteoretisk grunnlag (NOU 1998:18; Mæland 2005)⁸.

Etter opplysningstiden var forebyggingsfeltet dominert av ingeniører og byplanleggere, og forbedring av de sanitære forholdene stod sentralt. På 1800-tallet var det en sterk fremvekst av medisinske nyvinninger, blant annet ble mikroskopet oppfunnet og bakteriologien fikk et gjennombrudd. Med kunnskaper om bakterier og smittemåter kom medisinen sterkt inn i forebyggingsfeltet. Naidoo & Wills (2000) sier at rundt 1920 var helseopplysningsarbeidet

⁷ Her synes det å herske litt begrepsforvirring, og kunnskapsbasert praksis brukes på flere måter, blant annet tilnærmet synonymt med forskningsbasert kunnskap: ”I tillegg til kunnskapsbasert praksis er det også viktig for helsepersonell å vektlegge brukers preferanser og egen praksiserfaring ved valg av metoder” (s.25).

⁸ Dette skillet kan skrives tilbake til gresk mytologi. Det sies at Asklepios, som betegnes som legekunstens far, hadde to døtre Hygiea og Panacea. Hygiea kan knyttes til det helsefremmende og miljørettede aspektet, mens Panacea spesialiserte seg på urtemedisin og representerte det sykdomsorienterte aspektet.

assosiert med ”diare, urenslighet, spyting og veneriske sykdommer”. Fokus ble rettet mer mot individuell helsepåvirkning enn offentlig helsepolitikk, og den medisinske modellen ble dominerende innen forebyggende helsearbeid (Tones & Green 2004). I den medisinske modellen sees helse på som fravær av sykdom, og synet på helse karakteriseres som:

Biomedisinsk – helse knyttes primært til biologiske forhold

Reduksjonistisk – forhold knyttet til helse og sykdom kan reduseres til mindre komponenter knyttet til biologiske forhold

Mekanistisk – kroppen oppfattes og behandles maskinelt

Allopatisk – arbeider ut fra et system om motsetninger

Patogenetisk – fokuserer på hvorfor sykdom oppstår

(Naidoo & Wills, 2000)

Den medisinske modellen basert på en lineær årsak-virkningsammenheng har lenge vært rådende innen forebyggende helsearbeid. Fremveksten av det helsefremmende begrepet kan blant annet sees på som en konsekvens av det tradisjonelle sykdomsforebyggende arbeidets begrensninger i forhold til nye og mer sammensatte helseproblemer, som jeg har vært inne på tidligere.

Utvikling av helsefremmende arbeid

Den kanadiske helse- og velferdsministeren Lalonde’s rapport fra 1974 ”A new perspective on the Health of Canadians” fornyet interessen for sosial og miljømessig innvirkning på folks helse (MacDonald 1998). Verdens helseorganisasjon (WHO) grep fatt i dette, og ”Helse for alle”-bevegelsen ble lansert av WHO i 1977. Det ble holdt en konferanse om primærhelsetjenesten i Alma Ata i 1978, og i *Alma Ata-deklarasjonen* blir primærhelsetjenesten sett på som den viktigste arenaen for å nå målene i ”Helse for alle ” (WHO 1978). Primary health care blir her vidt definert som alle tjenester som har innvirkning på helse, altså mer enn den medisinske helsetjenesten (Tones & Green 2004).

I 1984 ble det utarbeidet et diskusjonsdokument om helsefremmende arbeid (WHO 1984), og her trekkes hovedlinjene i helsefremmende arbeid opp. Den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid ble holdt i Ottawa i 1986, og Ottawa-charteret bygger på mange av prinsippene fra diskusjonsdokumentet. Ottawa-konferansen og Ottawa-charteret bidrar til en dreining fra sykdomsforebyggende til helsefremmende perspektiv, og representerer således et skille innen forebyggende helsearbeid. Helse sees her på som ”en ressurs for det daglige liv,

og ikke som tilværelsens mål. Helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige ressurser samt fysisk yteevne”⁹.

Følgende innsatsområder eller strategier er trukket frem:

Bygge opp en sunn helsepolitikk

Skape et støttende miljø

Styrke lokalmiljøets muligheter for handling

Utvikle personlige ferdigheter

Tilpasse helsetjenesten

De fem strategiene er synergiske og er mest effektive når de kombineres. Leger (1997) har brukt skolen som arena for helsefremmende kosthold som eksempel for å synliggjøre dette: Kosthold i skolekantiner reflekterer anbefalinger fra myndighetene, og sunne matvarer kan subsidieres (sunn helsepolitikk). Skolen har omgivelser som fremmer sosialt fellesskap, og mat og avfall håndteres på en måte som skjerner miljøet (støttende miljøer).

Lokale matvareprodusenter deltar sammen med skolen for å styrke elevenes evner til å lage og omgås mat (styrke lokalsamfunnet). Elevene lærer og veiledes i å kjøpe og lage sunn mat (utvikle personlige ferdigheter). Lokale helsearbeidere arbeider sammen med skolen, foreldrene og elevene for å planlegge og implementere et slik opplegg (reorientere helsetjenesten).

Vi ser her at helsefremmende arbeid krever ferdigheter i å kunne stimulere individuelle, sosiale og politiske handlinger, i motsetning til det sykdomsforebyggende arbeidet som først og fremst tar utgangspunkt i faglig kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer.

Grunnprinsippene i Ottowacharteret er fulgt opp i WHO-konferanser om helsefremmende arbeid, med ulike tema¹⁰. Den sjette konferansen om helsefremmende arbeid i Bangkok, Thailand (2005) *Health Promotion in a Globalized World* bygger på verdiene, prinsippene og strategiene i Ottawa-charteret. Bangkok-charteret stadfester at ”policies and partnership to empower communities, and to improve health and health equality, should be at the centre of global and national development” (WHO 2005). Det vektlegges videre at den globale

⁹ Innen biomedisinsk tradisjon har helse som fravær av sykdom hatt sterk innvirkning, men utviklingen både nasjonalt og internasjonalt synes å gå mot et mer humanistisk syn på helse, som helse som ressurs, velbefinnende, opplevelse av sammenheng etc., se Medin og Alexanderson (2000). Det har vært tatt til orde for at helsetjenesten bør ha et snevrere helsebegrep, bl. a. for å unngå at dagliglivets problemer medikaliseres.

¹⁰ Følgende konferanser har vært avholdt: Adelaide, Australia (1988) *Healthy public policy*, Sundsvall, Sverige (1991) *Supportive environments for health*, Jakarta, Indonesia (1997) *Leading health promotion into the 21st Century*, Mexico City, Mexico (2001) *Bridging the gap*.

konteksten for helsefremmende arbeid er endret siden konferansen i Ottawa. Noen kritiske faktorene som kan påvirke helsen er økende ulikheter mellom og innen land, nye kommunikasjonsmønstre, kommersialisering, globale miljøendringer og urbanisering. Globaliseringen åpner også for nye muligheter i form av bedret informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som igjen fører til at kunnskap og erfaringer raskere og mer effektivt formidles.

Ottawa-charteret har vært kritisert for at det ble laget av og for den vestlige verden, og at det ikke i tilstrekkelig grad ble tatt hensyn til utfordringer i utviklingsland. Kickbush (2005) imøtegår denne kritikken ved å peke på at en av utfordringene da charteret ble utarbeidet nettopp var å gjøre prinsippene fra Alma Ata deklarasjonen anvendbare i utviklingsland. Empowerment, et sentralt begrep i helsefremmende arbeid som jeg kommer tilbake til, skriver seg nettopp fra erfaringer fra utviklingsland. Hun påpeker også at det har vært lettere å få forståelse for helsefremmende arbeid og dets strategier i mange utviklingsland enn i den vestlige verden.

Mange land, deriblant Norge, forpliktet seg til å følge opp prinsippene og strategiene for helsefremmende arbeid slik de ble utmeislet i Ottawa, og strategiene og prinsippene har etter hvert fotfeste i norske fagmiljøer. Det er lagt frem to stortingsmeldinger i denne perioden, St.meld nr. 37 (1992-1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* og St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen).

Stortingsmeldingene bygger på faglige utredninger, og i NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*, er det helsefremmende aspektet svært tydelig¹¹. I St.meld. nr. 16 er de overordnede målene:

- 1) Flere leveår med god helse i befolkningen.
- 2) Redusere helseforskjeller mellom sosial lag, etniske grupper og kjønn.

Stenvollen, Elvbakken og Malterud (2005) har foretatt en sammenligning av norske forebyggingspolitiske dokumenter fra 1993 og 2003, og konkluderer med at det overordnede perspektivet i folkehelsemeldingen fremstår som individrettet, og at norsk forebyggingspolitikk idemessig sett går i retning av økt individualisering. I Folkehelsemeldingen legges det mer vekt på holdningskampanjer og opplysning enn på strukturelle virkemidler. Dette kan bidra til å øke sosiale forskjeller i helse. Det er kjent at

¹¹ I NOU 1998:18 påpekes det at folkehelsearbeidet tradisjonelt har vært mer orientert mot å fjerne risikofaktorer for skader og sykdom fremfor å bygge og styrke ressurser i befolkningen, og at innsatsen derfor bør rettes mot den helsefremmende dimensjonen i folkehelsearbeidet.

helseopplysning virker best på de som har relativt sunne vaner fra før, mens strukturelle tiltak som trygge lekeplasser, subsidierte matvarer etc. kan ha en utjevneende virkning. På denne bakgrunn kan det se ut som om det helsefremmende arbeid ikke har fått et løft gjennom denne meldingen, selv om intensjonen kanskje har vært til stede.

Gammel vin på nye flasker eller paradigmeskifte¹² ?

I utgangspunktet bygger helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid på ulike tradisjoner og har også ulik vitenskapsteoretisk forankring når det gjelder hva kunnskap er og hvordan kunnskap erverves. Det sykdomsforebyggende arbeidet representerer et top-down-perspektiv med ekspertstyring, og hovedstrategiene innen sykdomsforebyggende arbeid er systematisk kunnskapsdannelse, eksperimentell utprøving og etablering av evidens-basert praksis. I hovedsak rettes intervensjoner mot risikogrupper med den hensikt å forebygge sykdom. Lansering av Ottawacharteret i 1986 hadde sin bakgrunn i at forskere så at det tradisjonelle sykdomsforebyggende arbeidet kom til kort i forhold til å bedre befolkningens helse, og at det var nødvendig med endring i livsvilkår og levevaner for å fremme helse. Helsefremmende arbeid bygger på aktiv medvirkning fra befolkningen, og har et bottom-up-perspektiv (NOU 1998:18). I helsefremmende arbeid tas det også utgangspunkt i en sosial modell for helse og hvordan helse påvirkes, jfr. tabell 1.

Tabell 1: *Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid – prinsipielle forskjeller*

	Sykdomsforebygging	Helsefremmende arbeid
Teoretisk modell	Biomedisinsk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskapelig	Samfunnsvitenskapelig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsbasert medvirkning

(Mæland 2005)

Grovt sett kan det sies at det sykdomsforebyggende arbeidet har sin bakgrunn i naturvitenskapelig tradisjon, mens helsefremmende arbeid i større grad kan forankres i hermeneutikken. Hermeneutikk er ikke et entydig begrep, og i denne sammenhengen støtter jeg meg til Nortvedt og Grimen (2004:40) som sier at ”hermeneutikken er en filosofi om

¹²Det refereres ofte til filosofen og vitenskapshistorikeren Thomas Kuhn ved bruk av termen paradigme, og i hans etterord til boken Vitenskapelige revolusjoners struktur (2002) sier han at paradigme brukes i to betydninger: 1) hele den konstellasjon av oppfatninger, verdier, teknikker osv. som medlemmene av et gitt fellesskap deler. 2) de konkrete puslespill-løsningene som, når de anvendes som modeller eller eksempler, kan erstatte eksplisitte regler som basis for løsningen av de gjenværende normalvitenskapelige puslespillene. Her brukes paradigme i en løsere betydning: paradigme er et syn som bygger på felles oppfatninger, aksepterte definisjoner, vaner og verdier, paradigme forteller hva som er viktig, legitimt og fornuftig.

forståelse som vektlegger at all forståelse er kontekstuell; all forståelse er dannet i en historisk og kulturell sammenheng”. Hermeneutikken er blant annet en innfallsvinkel til hvordan en fortolker seg selv i lys av andre:

”Hermeneutikken er primært opptatt av hvordan mennesket innen språkets rammer og i språklig formidlede sammenhenger forstår den mening og de intensjoner som andre mennesker uttrykker gjennom handlinger, ord og i relasjonelle sammenhenger”.

(Nortvedt og Grimen 2004:38-39)

Det helsefremmende perspektivet har hentet inspirasjon fra ulike disipliner, blant annet samfunnsvitenskapelige begreper og teorier som systemteori, økologisk perspektiv og kritisk teori. I kritisk teori inngår i følge Stang (1998) kommunikative handlingsteorier og intervensjoner mot undertrykking, objektivisering og fremmedgjøring. Den brasilianske pedagogen og undervisningsministeren Paulo Freire’s ideer og pedagogiske filosofi har vært en av de tydeligste inspirasjonskildene for helsefremmende arbeid. Hans filosofi ble utviklet på bakgrunn av arbeid med fattige og analfabeter i hjemlandet. Gjennom utdanning skulle de ikke bare lære å lese og skrive, men også bevisstgjøres for å kunne gå til handling mot undertrykking og den politiske umyndiggjørelsen de ble utsatt for (Freire 1984). Freire’s filosofi ligger til grunn for begrepet ”empowerment”, som er sentralt innen helsefremmende arbeid. Stang (1998) har oversatt begrepet til ”bemyndigelse”, og Mæland (2005) oversetter det med ”det å vinne større makt og kontroll over”. Grupper og individer betraktes ikke som målgrupper, men som aktive samarbeidspartnere. Dette medfører at de profesjonelle må gi fra seg makt og styring, de får altså en annen rolle enn i det tradisjonelle forebyggende helsearbeidet. Det erkjennes også at forutsetninger for helse primært skapes utenfor helsesektoren, og samarbeid på tvers av sektorer og fagdisipliner er derfor en forutsetning innen helsefremmende arbeid.

Som vist over er det klare forskjeller på de to strategiene, både når det gjelder ideologi, arbeidsmåter og kunnskapssyn. Innen helsefremmende arbeid er i følge Hauge (2002) samfunnsendringer er altså ”resepten”, og individuelle endringer er mer et biprodukt. Det kan imidlertid diskuteres om dette også gjenspeiles i praksis. Andrews (2002) sier at innsatsen i helsefremmende arbeid i realiteten har tatt opp i seg grunntrekk fra den biomedisinske sykdomsmodellen istedenfor å være et alternativ, riktignok med litt andre arbeidsmetoder. Det legges vekt på samarbeid på tvers av sektorer for å ”gjøre de sunne valg til de enkleste valgene”. Hun sier videre at opplærings- og utdanningsprofilen i Ottawa-charteret, ”å utvikle personlige ferdigheter”, har vært et tyngdepunkt i arbeidet. Enkeltindividet er altså fortsatt

målgruppen. Dette er nok delvis riktig, men samtidig ser vi at det legges mer vekt på likeverdige samarbeidsrelasjoner og at helsefremmende arbeid drives på ulike nivåer.

Det er en erkjennelse at folkehelsearbeidet er mangfoldig, og i følge Mæland (2005) er det verken realistisk eller ønskelig at den helsefremmende strategien skal erstatte den sykdomsforebyggende. Men det er en kjensgjerning at de to tilnærmingene har ulike utgangspunkt både når det gjelder vitenskapsteoretisk forankring, arbeidsmetoder og kunnskapssyn. Slik jeg ser det representerer helsefremmende arbeid verken ny vin på gamle flasker, eller et paradigmeskifte. Innen folkehelsearbeidet er begge tilnærmingene nødvendige for å nå overordnede målsettinger. Helsefremmende arbeid representerer en ny tilnærming i folkehelsearbeidet, og det er heller snakk om to paradigmer som står parallelt, enn et paradigmeskifte.

Kunnskapsbasert praksis og helsefremmende arbeid

Vi må forholde oss til begrepet kunnskapsbasert praksis både i utdanningssystemet og i praksis, og det er derfor viktig å ha et bevisst og reflektert forhold til innholdet i begrepet og hva begrepet betyr for fagområdet helsefremmende arbeid. Kunnskapsbasert praksis er mer enn forskningsbasert kunnskap, og som tidligere nevnt er det synet på kunnskap som har vært gjenstand for mest diskusjon i ulike fagmiljøer. Selv om jeg har valgt å legge hovedvekten på brukerkunnskap og brukermedvirkning og konteksten, vil jeg kort nevne noen momenter som er aktuelle i diskusjonen om synet på kunnskap og hvordan kunnskap erverves.

I følge Nortvedt og Grimen (2004) stammer den vanligste måten å forstå kunnskap på i Vesten fra den greske tradisjonen, og dette gjenspeiles også i mye av dagens faglitteratur. Aristoteles' skille mellom de tre kunnskapsformene episteme, tekhné og phronesis synes fortsatt å være gyldig. Episteme kan oversettes til vitenskapelig kunnskap, kunnskap om det universelle. Tekhné er kunnskap om hvordan vi lager ting, håndverksmessig kunnskap. Phronesis er knyttet til det foranderlige, og uttrykker en praktisk kunnskap for hvordan man gjennom handling kan sikre at livet mellom mennesker skal lykkes. Phronesis er basert på erfaring, og omfatter tillærte ferdigheter for bedømmelse av ulike situasjoner (Jensen og Johnsen 2000). Etter antikken var episteme lenge idealet for vitenskapelig kunnskap, men Aristoteles' begrep phronesis om praksiskunnskap ble tatt opp igjen og aktualisert av ulike

filosofer og samfunnsvitere i forrige århundre. Mest kjent er kanskje Michal Polyanis begrep ”taus kunnskap”, det vil si kunnskap som ikke kan uttrykkes verbalt. Nortvedt og Grimen (2004) sier at praktisk kunnskap ikke kan løsrives fra den som innehar kunnskapen eller fra de situasjoner kunnskapen er lært og brukt. De bruker begrepet indeksert kunnskap, etter *indicare* (latin) som betyr å peke. Kunnskapsbæreren er sentral og ikke utskiftbar i indeksert kunnskap, i motsetning til i ulike former for teoretisk kunnskap, der objektivitet og nøytralitet tilstrebes.

I kunnskapscenterets modell for kunnskapsbasert praksis (figur 1) kan episteme og phronesis knyttes til henholdsvis forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Strand og Schei (2001) diskuterer om faktafokuseringen som følge av den voksende mengden av medisinske forskningsresultater kan føre til at subjektiv kompetanse i form av klinisk og praktisk klokskap og dømmekraft fortrenses fra legers faglige oppmerksomhetsfelt, med den følge at phronesis underutvikles. Dette kan nok være en reell risiko i en travel hverdag. Både innen medisinstudiet og andre utdanninger innen helse- og sosialfag har kommunikasjon fått en mer sentral plass enn tidligere, nettopp for å styrke de profesjonelles samhandling med brukerne (Jordal 2000;Lindbæk 2004).

Helsefremmende arbeid handler om møter mellom fagfolk og borgere, ofte i komplekse sammenhenger. Phronesis er å vite hva som kreves i en gitt situasjon, og å handle deretter. Forskningsbasert, objektiv kunnskap er vanligvis ikke nyansert nok til å møte de ulike utfordringene praktikere står overfor i omskiftelige situasjoner. Praktikere må forholde seg til en foranderlig virkelighet, og det krever konkret bruk av rett kunnskap på rett tidspunkt, på rett måte og på rett grunnlag. Det å kunne avpasse handlinger etter situasjoner kjennetegner dyktige praktikere. Det er altså ikke nok for praktikerens å være oppdatert på den best tilgjengelige kunnskapen, phronesis må også oppøves og erverves for at yrkesutøvere skal være i stand til å bruke kunnskapen på best mulig måte. Det er en utfordring også for utdanningsinstitusjonene å ivareta en balanse mellom forskningsbasert kunnskap og erfaringskunnskap, slik at studentene får et grunnlag til å utvikle phronesis.

Brukerkunnskap og brukervedvirkning

Et av elementene i kunnskapsbasert praksis er brukernes kunnskaper og medvirkning, men det fremgår ikke i på hvilken måte og i hvilken grad dette skal ivaretas. I helsefremmende arbeid sees befolkningen på som aktive samarbeidspartnere, ikke som målgruppe, og dette

representerer et markant skille mellom helsefremmende arbeid og tradisjonelt sykdomsforebyggende arbeid. Det betyr at helsearbeidere og andre profesjonelle må legge vekk ekspertrollen og gå inn i nye roller som kartlegger, premissleverandør, initiator, katalysator, forandringsagent (Mæland 2005). Empowerment er nevnt tidligere som et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid. Begrepet brukes både på makronivå og mikronivå, det vil si både om lokalmiljøets¹³ muligheter til å handle (community empowerment) og om å utvikle den enkeltes kontroll over eget liv (psychological empowerment). Davies & MacDonald (1998) sier det så sterkt som at "if the activity under consideration is not enabling and empowering then it is not health promotion".

Tradisjonelt har forholdet mellom brukeren og profesjonelle vært preget av et top-downperspektiv, der brukeren har vært avhengig av eksperten. Forholdet har ikke vært likeverdig.

Filosofen Hans Skjervheim's essay "Deltager og tilskoder" (1996) er en analyse av samhandling mellom mennesker, og var skrevet som et innlegg om forskerrollen. Her drøftes to fundamentalt ulike holdninger vi kan innta i møte med andre: 1) vi kan forholde oss i en treleddet relasjon, mellom den andre, jeg og saksforholdet slik at vi deler saksforholdet med hverandre, eller 2) en toleddet relasjon, der den andre og det den andre gjør er et faktum i min verden, men vi deler ikke det samme saksforholdet. Videre sier Skjervheim at dersom vi objektiviserer den andre, er det ikke lett å ta den andre og det han sier alvorlig. Dersom vi objektiviserer omverdenen, de andre og samfunnet stiller vi oss utenfor, vi er tilskuere. Å ta den andre på alvor er det samme som å være villig til å ta hans meninger opp til ettertanke. I følge Skjervheim må vitenskap om mennesker ta hensyn til at den andre er et tenkende menneske, ikke et objekt.

I Skjervheims analyse av samhandling vil top-down-perspektivet som er beskrevet ovenfor være en toleddet relasjon. Målet i helsefremmende arbeid er å bidra til sterke og uavhengige individer og lokalsamfunn. Vellykket helsefremmende arbeid er altså et møte mellom to eksperter, den profesjonelle som er ekspert på sitt fagområde og brukeren/borgeren som er ekspert på sitt liv (Jensen og Johnsen 2000), altså en subjekt- subjekt-relasjon. Dette er da en

¹³ I helsefremmende arbeid omfatter lokalsamfunnet både geografiske og fysiske områder, f.eks. en kommune, et nærmiljø, en skole eller arbeidsplass. Lokalsamfunn omfatter også andre fellesskap uavhengig av fysiske grenser, f.eks. sosiale nettverk med felles identitet. Lokalsamfunnet sees på som et sosialt system som har potensiale til å handle slik at helse fremmes i et nedenfra- og opp-perspektiv.

treleddet relasjon, der bruker og ekspert deler saksforholdet. Det kan illustreres ved et møte på helsestasjonen der et foreldrepar ønsker veiledning i forhold til barn og grensesetting. Dersom brukeren med sin kunnskap om barnet og familieforholdene og den profesjonelle med sin fagkunnskap kommer frem til en felles løsning på problemstillingen foreligger det en treleddet relasjon. Hvis den profesjonelle derimot bare bruker sin fagkunnskap for å løse problemet, har vi en toleddet relasjon der det ikke tas hensyn til foreldrenes kunnskaper om sin situasjon. I slike situasjoner er det ikke nok at den profesjonelle har generaliserbar fagkunnskap. I samhandling med mennesker er hver situasjon unik, og evnen til å phronesis må gjennom erfaring oppøves.

Helsefremmende arbeid har som sagt også hentet inspirasjon fra kritisk teori, en retning som er særlig opptatt av utvikling av vitenskapen om samfunnet. ”Hvordan er forholdet mellom samfunnet og praksis og mellom vitenskap og politikk, og hvordan bør samfunnsvitenskapen utformes?” (Aadland 2005). Jürgen Habermas er en av de fremste teoretikerne innen denne retningen, og hans vektlegging av den kommunikative dialog ligger nær opp til idealene for helsefremmende arbeid. Han definerer kommunikativ handling som:

”That form for social interaction in which the plans of action of different actors are co-ordinated through an exchange of communicative acts, that is, through a use of language orientated towards reaching understanding”.

(Habermas 1981)

Habermas skiller mellom tre handlingsverdener som må være tilstede i god kommunikasjon: i) den objektive verden - det som faktisk finnes, det som er sant, ii) den sosiale verden – det normativt rette og iii) den subjektive verden – det som er ekte og sannferdig (Aadland 2005). Forutsetninger som gjensidig likeverd, respekt, offentlighet, sannferdighet og universalitet definerer spillereglene for det Habermas kaller ”diskurs”¹⁴ (Kaiser 2000). Den kommunikative samhandlingsform kjennetegnes av at partene søker å opprette en gjensidig forståelse. Målet er å oppnå en fornuftmessig enighet på saksområdet, og enigheten skal gjøre felles handlinger ønskelige og mulige (Branstad 2003). Dette forutsetter altså likeverd mellom partene.

Habermas’ kommunikative teori har mye til felles med Paulo Freires frigjørende dialog og Skjervheims analyse av samhandling, selv om det også er grunnleggende forskjeller i disse

¹⁴ Diskurs kan defineres som kommunikasjon om kommunikasjon: ”communication that reflects upon the disrupted consensus in the context of action” (Finleyson 2005:41).

perspektivene. Habermas forutsetter et demokratisk samfunn, der de fleste har utdanning og kan delta på lik linje i dialogen. Freire viser derimot hvordan uvitende, passive og undertrykte mennesker gjennom dialog kan utvikle selvtillit og bli kritiske og aktive. Skjervheim's essay *Fra tilskoder til deltaker* viser til to ulike posisjoner man kan ha i vitenskapelig arbeid, å se på eller ta del i. Han analyserer videre, med utgangspunkt i språket, samhandling mellom mennesker. De ulike perspektivene på dialog bidrar hver på sin måte til å styrke forståelsen av helsefremmende arbeid og hvordan lokalsamfunnet og den enkelte kan innvirke på beslutninger som gjelder deres helse.

Reorientering av helsetjenesten og endrede roller for helsearbeidere og andre profesjonelle er et av de sentrale innsatsområdene innen helsefremmende arbeid. Dette medfører at de må forlate den tradisjonelle ekspertrollen og gå inn i nye arbeidsformer basert på samarbeid og likeverd. Samtidig er det økende krav om ekspert- og vitenskapeliggjøring av praksis, en kunnskapsbasert praksis. Denne utviklingen er tvetydig; på den ene siden betyr en vitenskapeliggjøring at et område blir bedre faglig begrunnet, men på den andre siden kan samme vitenskapeliggjøring føre til at folks tiltro til egen dømmekraft blir svekket i ulike spørsmål, for eksempel når det gjelder barneoppdragelse. Habermas omtaler dette som kulturell utarming av livsverdenen (Jensen og Johnsen 2000). Vitenskapeliggjøring kan også gjøre det motsetningsfullt å arbeide etter helsefremmende prinsipper. Det statlige foreldreveiledningsprogrammet fra 1995 kan bidra til å synliggjøre dette. I programmet er det utarbeidet åtte tema for godt samspill, og det er utviklet med utgangspunkt i nyere utviklingsteorier (Barne- og familiedepartementet 1995; Ulvestad 2003). Fagpersoner skal gjennom programmet støtte og styrke foreldrenes rolle som oppdragere, og programmet bygger på en antagelse om at "foreldre er eksperter på egne barn". I utgangspunktet kan det virke som om programmet legger vekt på dialog og bygger på kunnskaper foreldre allerede har. I det skriftlige materialet legges det imidlertid ikke vekt på at foreldrenes kunnskaper kan være interessante for fagpersonene når det gjelder forståelse av foreldreskap, barndom og oppvekst. Det kommer heller ikke frem at foreldrene var representerte ved utvikling av programmet. Ulvestad (2003:116) sier at

"Foreldreveiledningsprogrammet gir et skinn av å ville utvikle kunnskap i likeverdige møter mellom foreldre og fagfolk – gjennom dialog – men programmet blir allikevel liggende farlig nær de samme kjennetegn som vi finner i folkeopplysningens tradisjonelle monolog".

Dialog, likeverd og brukermedvirking er sentrale prinsipper innen helsefremmende arbeid og i møte mellom mennesker, men dette kan i noen sammenhenger være vanskelig å kombinere med forskningsbasert kunnskap. Som fagfolk kan vi måtte håndtere vanskelige etiske dilemma når f.eks. brukernes kunnskaper og preferanser kommer i konflikt med forskningsbasert kunnskap. Det kan være i situasjoner hvis brukernes ønsker og prioriteringer kan få alvorlige konsekvenser, f. eks. hvis det nektes blodoverføring av religiøse årsaker, eller ved mistanke om forestående kjønnslemlestelse. Da må vi som profesjonelle yrkesutøvere bruke våre faglige kunnskaper på en konstruktiv måte, og samtidig kunne utøve phronesis.

Kontekst

Mennesket inngår alltid i en kontekst, og når helsefremmende tiltak skal iverksettes vil den aktuelle kontekst være av stor betydning. Helsefremmende arbeid representerer et brudd med den empirisk/ positivistiske posisjonen der en i følge Thornquist (2003) vil prøve å eliminere kontekst i sin søken etter lovmessighet og årsakssammenhenger. Studier innen denne referanserammen går ut fra at en nøytral kartlegging av en objektiv virkelighet er mulig. Nortvedt og Grimen (2004) sier at den mellommenneskelig forståelse preges av den aktuelle sammenheng partene befinner seg i og den forforståelse partene i relasjonen er bærere av. Det vil si at all forståelse formidles innenfor en kulturell og historisk samfunnsmessig sammenheng som former personers forståelse av seg selv og andre. I helsefremmende arbeid legges det vekt på sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske forhold når det gjelder hvordan helse produseres og reproduseres, i motsetning til det sykdomsforebyggende arbeidet som er preget av en reduksjonistisk tenkning og der helse sees på mer som et biologisk fenomen (Mæland 2005).

Helsearbeidere og andre aktører innen helsefremmende arbeid befinner seg ofte i en motsetningsfull posisjon; de er yrkesutøvere innenfor et system som har politiske, administrative og juridiske rammer, og samtidig skal de arbeide etter sentrale prinsippene innen helsefremmende arbeid. Habermas's teori om den moderne velferdsstaten kan bidra til innsikt i dette dilemmaet. Sentrale begreper hos Habermas er systemverden og livsverden. *Systemverden* refererer til sedimenterte strukturer og etablerte mønstre som representerer instrumentell fornuft (Finlayson 2005). To institusjoner har i følge Habermas vært effektive når det gjelder å organisere produksjon av varer og tjenester: den ene institusjonen er markedet, som knyttes til økonomi, og den andre institusjonen er offentlig forvaltning, som knyttes til makt. Penger på markedet og makt i forvaltningen reduserer behovet for

kommunikasjon, og disse to mediene koordinerer mange menneskers handlinger i det daglige svært effektivt. I systemverden er også effektivitet det viktigste kriteriet når handlinger og institusjoner skal evalueres (Jensen og Johnsen 2000). *Livsverden* er et kjernebegrep innen fenomenologien, og Husserl, fenomenologiens grunnlegger, brukte termen for å skille vår felles omgivende verden, den daglige verden vi deler med andre, fra det teoretiske, objektiviserende, naturvitenskapelige perspektivet (Tornquist 2003; Finlayson 2005). For Habermas er livsverden de uformelle domener av det sosiale liv: familie, venner, kultur, politisk liv utenfor organiserte partier, massemedia, frivillige organisasjoner m.m.(Finlayson 2005). Livsverden styres av kommunikativ fornuft, som baserer seg på at vi gjennom samtalen gir gode grunner for våre handlinger.

Systemverden er basert på livsverden, og Habermas viser til at moderne samfunn befinner seg i en skjør likevekt mellom systemverden og livsverden. I utviklingen av velferdsstaten har flere og flere områder blitt lovregulert og lagt under offentlig forvaltning. Mange av reguleringene har bidratt til økonomisk og politisk likhet og har vært sett på som goder. Habermas peker imidlertid på at det er en fare for at vi regulerer områder som er dårlig egnet for systemverdens instrumentelle fornuft, fordi det virker negativt på mer spontane samværsformer og muligheter for dialog. Dette kaller han for *kolonisering av livsverden*, det vil si at strategier, reguleringsformer og strukturer fra det politiske-administrative systemet brukes i livsverden, der det ikke hører hjemme (Jensen og Johnsen 2000).

Hjemmehjelpstjeneste på anbud kan eksemplifisere dette: tjenesten er sett fra systemverden effektiv og billig, mens formen på mange måter griper inn i praktikernes og brukernes livsverden på en negativ måte i form av stress og nedsatt livskvalitet. Et annet eksempel er *Godt samliv*, et parkurs for nye foreldre, som er initiert av Barne- og familiedepartementet. Hensikten er å gi støtte og inspirasjon til nybakte foreldre i en periode med store forandringer og utfordringer i hverdagen og parforholdet. Det fremkommer ikke om tiltaket er forskningsbasert eller hvor vidt foreldre har vært med i utvikling av kurset. Kursinnholdet ser ut til å være strukturert, samtidig som det legges vekt på deltakerorienterte og aktive metoder. Mens bakgrunn for Foreldreveilednings-programmet var en økende bekymring for psykososiale vansker hos barn og unge, er *Godt samliv* initiert på bakgrunn av bekymring for økning i samlivsbrudd og påfølgende innvirkning på barns oppvekst. Tiltaket kan forstås på ulike måter: som et tiltak som bidrar til å styrke parforholdet, eller som en statlig intervensjon der eksperter inntreier i folks livsverden og undergraver folks tiltro til egen dømmekraft og problemløsningsevne. Dersom fagfolk innen helsefremmende arbeid ikke er bevisste på

hvilke tiltak som iverksettes, og på hvilket grunnlag, kan de bidra til kolonisering av brukernes livsverden.

Innen kunnskapsbasert praksis vil forskningsbasert kunnskap sammen med egne erfaringer, brukernes ønsker og eksisterende lovverk, verdier, ressurser og politikk danne grunnlag for hvilke tiltak som iverksettes og hvordan. Slik jeg ser det, kan Habermas' systemverden og livsverden sees på som tilsvarende henholdsvis den aktuelle kontekst og brukernes verden, og det er utfordrende for aktører innen helsefremmende arbeid å utøve sin virksomhet i dette spenningsfeltet.

Prinsipper fra EBP i helsefremmende arbeid

Kunnskapsbasert praksis har sine røtter i evidence based medicine, det er et mål å komme frem til så sikker kunnskap som mulig relatert til den aktuelle problemstillingen. Det har vært reist en del motforestillinger mot å implementere kunnskapsbasert praksis basert på evidence based medicine i andre faglige sammenhenger, som for eksempel i psykoterapi, barnevern, fysioterapi og sykepleie. Dette er heller ikke uproblematisk når det gjelder helsefremmende arbeid. Det er ikke dermed sagt at kunnskapsbasert praksis er uegnet i helsefremmende arbeid, men vi må være klar over at det er både utfordringer og begrensninger.

Medisinske intervensjoner og kliniske forsøk vil i hovedsak være evalueringsstudier som er basert på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). Denne type forskningsbasert kunnskap gir generaliserbar kunnskap som kan overføres til ulike situasjoner og kontekster. Er denne form for evaluering relevant når det gjelder å helsefremmende arbeid? "Well, not never, but hardly ever" (Tones og Green 2004). RCT kan være relevant når det er en enkel intervensjonen, med en klar årsak-virkning-sammenheng. Som tidligere sagt er det i de fleste intervensjoner innen helsefremmende arbeid vanskelig å isolere enkelte komponenter. Lokalsamfunnsbaserte intervensjoner er komplekse og mange faktorer påvirker både intervensjon og utfall. RCT er egnet til å forklare hva som skjer. I helsefremmende arbeid er essensielt å få rede på hvordan noe implementeres og hvilken virkning dette har på resultatet, slik at det er mulig å overføre vellykkede tiltak til andre sammenhenger. Helsefremmende arbeid handler derfor like mye om prosess som resultat.

De mest effektive intervensjonene innen helsefremmende arbeid er omfattende og tar i bruk ulike strategier, de er baserte på målgruppens behov og medvirkning, og er ofte av lang

varighet. De er altså mindre forutsigbare, kontrollerbare og evaluerbare enn studier som er basert på eksperimentelle design. Det synes å være enighet om at den beste ”evidens” når det gjelder helsefremmende intervensjoner omfatter kvantitative og kvalitative studier, og at både prosess, kontekst og resultat må evalueres (Naidoo & Wills 2000; Tones & Green 2004). Men det er viktig å være klar over at det metodiske grunnlaget for det som opprinnelig kalles forskningsbasert eller evidensbasert kunnskap er utviklet i en annen forskningstradisjon enn det som gjelder for f.eks. kvalitative studier. Kvalitative studier vil kunne gi en forståelse av ulike fenomener, men vil ha begrensninger i forhold til objektivitet og generaliserbarhet, noe som har vært sentralt innen evidence-basert medicine og kunnskapsbasert praksis.

Helsefremmende arbeid har bidratt til en endring fra ekspertstyrt monolog til demokratisk dialog i folkehelsearbeidet¹⁵. Brukerperspektivet er sentralt, også når det gjelder utvikling av kunnskap. Deltakerbasert utvikling av kunnskap er oftest både ressurskrevende og tidkrevende, og praktikere kan komme i konflikt mellom hensynet til brukermedvirkning og krav om vitenskapeliggjøring av praksis.

I helsefremmende arbeid er den aktuelle kontekst der tiltak implementeres av stor betydning, og diskusjon om konteksten har ofte vært fraværende (Jackson & Waters 2005). Vanligvis har resultater blitt knyttet direkte til intervensjonen, men resultater kan like gjerne være relatert til faktorer i den aktuelle kontekst. Systematiske oversikter blir ikke bedre enn de enkeltstudiene som inkluderes, og dersom oversiktsartikler inkluderer en diskusjon om kontekstens betydning for tiltaket, vil dette på sikt bidra til at enkeltstudier blir bedre på dette området. En slik diskusjon vil styrke den eksterne validiteten og også gjøre det lettere å kunne vurdere overføringsverdien av ulike tiltak.

Avslutning

Forholdet mellom teoretisk kunnskap og praksis er et gammelt tema i utdanningsinstitusjonene som utdanner praktikere. Vitenskapelig kunnskap har høy status innen utdanningssystemet, og i løpet av utdanningen skal den ikke-vitenskapelige ”hverdagskunnskapen” plukkes av studentene. Med implementering av kunnskapsbasert praksis i utdanningene blir dette enda tydeligere, og utdanningsinstitusjonene må ha et bevisst

¹⁵ Noen vil nok hevde at dette gjelder i teorien men ikke i praksis. I mange sammenhenger er det nok mer symbolsk deltakelse enn reell deltakelse, f.eks. ved brukerundersøkelser eller ved ulike helsekampanjer.

forhold til hvordan ulike kunnskapsformene best kan kombineres. Studentene skal ut som praktikere og møte samarbeidspartnere og vanlige folk, og de vil da berøres av forholdet mellom forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Dette gjelder ikke minst helsearbeidere og andre praktikere innen helsefremmende arbeid. For at deres praksis skal kunne sies å være kunnskapsbasert, er erfaringskunnskap, bruker-kunnskap og -medvirkning og kunnskap om den aktuelle konteksten vel så viktig som forskningsbasert kunnskap. Kunnskap om brukermedvirkning og kontekstens betydning, som står sentralt innen helsefremmende arbeid, kan også være viktige bidrag når det gjelder å implementere kunnskapsbasert praksis i andre faglige sammenhenger.

Referanser:

Andrews T. (2002): *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Bergen: Universitetet i Bergen, Sosiologisk institutt.

Barne- og familiedepartementet (1995): *Foreldreveiledning*. Rundskriv Q-5/95.

Bjørndal A., Flottorp S. og Klovning A. (2000): *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Branstad A. (2003) Fra monolog til dialog. I: Hauge HA og Mittelmark MB (red.): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.

Cochrane A. (1972): *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Davies J.K. & MacDonald G. (1998): Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion: striving for certainties. I: Oliver S & Peersman G (red): *Using Research for Effective Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.

DiCenso A., Cullum N. og Ciliska D. (1998): Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*. Nr. 1, s. 38-39.

Ekeland T.J. (1999): Evidensbasert behandling: kvalitetsikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol.36, s. 1036 - 1047.

Ekeli B.V. (2000): Med "kunnskapsbasert fysioterapi" baklengs inn i fremtiden. *Fysioterapeuten*. Vol. 67, Nr.10, s. 21-26.

Ekeli B.V. (2002): *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka forlag.

Eriksson K., Nordman, T., Myllimäki I. (1999): Den trojanske hästen. I: Martinsen K. (2005): *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Finleyson J.G. (2005): *Habermas A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Forland, F. (1996): Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin. I: *Utposten* nr. 4.

Forland, F. (1997): Arbeid med faglege veileiarar. Om bakgrunn og behov for å lage en mal for arbeidet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Vol. 117, nr. 4, s. 543-546.

Freire P. (1974): *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendals fakkeltbøker.

Habermas (1981): *The Theory of Communicative Action*. I: Powell J.L. & Moody H.R. (2003): *The Challenge of Modernity: Habermas and Critical Theory. Theory and Science*. ISSN: 1527-5558.

Hauge, H.A. (2002): Hvordan kan samfunnsvitenskapen bidra til helsefremmende arbeid? I: Hauge H.A. og Mittelmark M.B. (red.): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.

Humphris D. (2003): Evidenstyper. I: Hamer S. og Collinson G. (2003): *Evidensbasert praksis - grundbog for sundhedspersonale*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

IUPHE (2000): *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels – Luxembourg: ECSC-EC-EAEC.

Jackson N. & Waters E. (red) (2005): *Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions*. www.vichealth.vic.gov.au/cochrane.

Jamtvedt G. (2005): Hvorfor systematiske oversikter. Campbell-seminar 7. juni 05. www.kunnskapsenteret.no+070605_GJ_C2_seminar.pdf.

Jensen T.K. & Johnsen T.J. (2000): *Sundhedsfremme I teori og praksis*. Århus: Philosophia.

Jordal H. (2000): Møte mellom eksperter. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. Vol 120, nr. 19, s.2242.

Kaiser M. (2000): *Hva er vitenskap?* Oslo:Universitetsforlaget.

Kickbush I. (2005): *The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok*. Reviews of Health Promotion and Education Online. [URL:http://rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm](http://rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm).

Kuhn, T.S. (2002) *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. 2. utgave. Oslo: Spartacus.

Leger L.S. (1997): Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International*. Vol.12, no 2, s.99-101.

Lindbæk B. (2004): *Kommunikasjonsverksted i sosialt arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Martinsen K. (2005): *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen K. og Boge J. (2004): Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*. Nr. 13, s. 58-60.

MacDonald T.H. (1998): *Rethinking Health Promotion. A Global Approach*. London: Routledge.

Medin J. og Alexanderson K. (2000): *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Mæland J.G. (2005): *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis*.2. utg. Oslo: Tano Aschehoug.

- Mørland B.: (2004): *Presentasjon av kunnskapssenteret*. 17.09.04.
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=69>. 07.10.05.
- Naidoo J. & Willis J. (2000): *Health Promotion Foundations for Practice*. Second edition. London: Balliere Tindall.
- Nortvedt M.W., Hanssen T.A. og Lygren H. (2004): Kritikken mot evidensbasert sykepleie – debatt eller akademisk øvelse? *Sykepleien*. Nr.15.
- Nortvedt P. og Grimen H. (2004): *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 1998:18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Nutbeam D. (1999): The challenge to provide “evidence” in health promotion. *Health Promotion International*. Vol.14, No.2, 99-101.
- Nutbeam D. (2005): *What would the Ottawa Charter look like if it were written today?* Reviews of Health Promotion and Education Online.
[URL:http://www.rhpeo.org/reviews/2005/19/index.htm](http://www.rhpeo.org/reviews/2005/19/index.htm).
- Peersman G. (2001): Promoting health: principles of practice and evaluation. I: Oliver S & Peersman G (red): *Using Research for Effective Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A., Haynes R.B. og Richardson W.S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. I: *British Medical Journal*. Vol. 312, s.72-73.
- Sackett D.L. et al (1997): Evidence-based medicine. How to Practice and Teach EBM. I: Ekeli B.V. (2002): *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka forlag.
- Schanke V.A. (2003): *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis – en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. Bodø: Kompetanseklinikken ved Nordlandsklinikken.
- Skjervheim H.(1996): ”Deltaker og tilskoder”. I: *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten- veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*.
- Stang I. (1998): *Makt og bemyndigelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stensvoll D., Elvbakken K.T. og Malterud K: (2005): Blir norsk folkehelsepolitikk mer individorientert? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. Vol.125, nr. 5, 603-5.
- St.meld.nr. 37 (1992-1993): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 26 (1999-2000): *Om verdier for den norske helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet.

Strand R. og Schei E. (2001): Gjør kunnskap vondt? I: *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. Vol 121, nr. 12, s. 1502-06.

Thornquist E. (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tones K. & Green J (2004): *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: SAGE Publications.

Ulvestad J. (2003): Folkeopplysning som dialog – utopi eller mulighet? I: Hauge H.E. og Mittelmark M. (red): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget.

WHO (1978): *Declaration of Alma Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 6.-12. september. Geneva: WHO

WHO (1984): *Health Promotion: Concepts and Principles*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion. Ottawa 17.-21. november 1986.

WHO (1998): Resolution of the Executive Board of the WHO on health promotion. *Health Promotion International*, Vol.13, s. 266.

WHO (2005): *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*.

Aadland E. (2005): "Og eg ser på deg..." *Vitenskap og metode i helse- og sosialfagene*. 2. utg. Oslo: Tano Aschehoug.