

**Hvilke utfordringer synliggjøres ved bruk
av kunnskapsbasert praksis i
rehabilitering?
- En drøfting**

Vibeke Lislerud

Masteroppgave, masterstudie i rehabilitering, fordypning barn og eldre

Høgskolen i Oslo

Vår 2010

**Hvilke utfordringer synliggjøres ved bruk
av kunnskapsbasert praksis i
rehabilitering?
- En drøfting**

Vibeke Lislerud

Masteroppgave, masterstudie i rehabilitering, fordypning barn og eldre

Høgskolen i Oslo

Vår 2010

Forord

En stor takk til min veileder Kariann Krohne for uvurderlig hjelp og støtte i skriveprosessen, og til Per Koren Solvang for verdifulle forslag til bearbeiding av teksten i oppgavens slutfase.

Takk til Rune, Anna, Vegard og Petter for forståelse og arbeidsro.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| INNLEDNING | 13 |
| PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING | 13 |
| TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET | 14 |
| METODE | 15 |
| OPPGAVENS STRUKTUR | 16 |
| REFLEKSJON OVER EGET ARBEID | 17 |
| KAPITTEL 1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 18 |
| HVA ER KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS? | 18 |
| EN GJENNOMGANG AV ARBEIDSMODELLEN KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 22 |
| HVA ER SÅ KUNNSKAPSBASERT REHABILITERING? | 24 |
| KAPITTEL 2 REHABILITERING | 25 |
| HVA ER REHABILITERING? | 25 |
| REHABILITERINGSPROSESSEN | 27 |
| ORGANISERINGEN AV REHABILITERINGSTILBUDET PÅ SYSTEMNIVÅ | 30 |
| NASJONALE STRATEGIER FOR REHABILITERING | 31 |
| KAPITTEL 3 UTFORDRINGER FOR REHABILITERINGSPRAKSIS SOM SYNLIGGJØRES I FORHOLD TIL EVIDENSBEGREPET I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 32 |

| | |
|--|-----------|
| EVIDENSBEGREPET I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 32 |
| HVILKE UTFORDRINGER SYNLIGGJØRES AV AT MAN BEGRENSER DEN EVIDENTE/GYLDIGE KUNNSKAPEN I REHABILITERING TIL Å GJELDE DEN VITENSKAPELIGE FORSKNINGSBASERTE KUNNSKAPEN? | 34 |
| EN FENOMENOLOGISK TILNÆRMING TIL EVIDENS | 34 |
| POSITIVISME | 35 |
| DET INSTRUMENTELLE MISSTAK | 36 |
| KONFLIKTEN MELLOM VITENSKAP OG PRAKSIS | 37 |
| EVIDENS SOM STYRINGSMIDDEL | 41 |
| KONFLIKT OM HVA SOM ER FAGLIG EKSPERTISE I REHABILITERING | 43 |
| <u>KAPITTEL 4 UTFORDRINGER I FORHOLD TIL BRUK AV SKJØNN VED KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I REHABILITERING</u> | 46 |
| SKJØNN I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 46 |
| DRØFTING AV MULIGE KONFLIKTER I FORHOLD TIL SKJØNN VED BRUK AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I REHABILITERING | 48 |
| STRUKTURELT SKJØNN | 48 |
| SKJØNN SOM EPISTEMISK KATEGORI | 51 |
| SKJØNNETS OMSTENDIGHET | 54 |
| SKJØNNETS NORMATIVE KONTEKSTER | 55 |
| <u>KAPITTEL 5 UTFORDRINGER I FORHOLD TIL BRUKERMEDVIRKNING VED BRUK AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I REHABILITERING</u> | 56 |
| BRUKERMEDVIRKNING I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 56 |
| HVA ER BRUKERMEDVIRKNING? | 59 |
| BAKGRUNN OG GRUNNLAG FOR BRUKERMEDVIRKNING | 59 |
| BRUKERMEDVIRKNINGENS NIVÅER | 60 |
| BRUKERMEDVIRKNING I REHABILITERING | 61 |
| UTFORDRINGER FOR REHABILITERINGSPRAKSIS VED REDUSERT FOKUS PÅ BRUKERMEDVIRKNING | 62 |
| BRUKERENS KUNNSKAP ELLER FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP? | 62 |
| MAKTPERSPEKTIVET | 64 |

| | |
|--|-----------|
| BRUKERMEDVIRKNING FØRER TIL GODE RESULTATER I REHABILITERING | 67 |
| <u>OPPSUMMERING & KONKLUSJON</u> | 69 |
| <u>LITTERATURLISTE</u> | 72 |
| INTERNETTRESSURSER | 79 |

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvilke sider ved arbeidsmodellen kunnskapsbasert praksis som kan komme i konflikt med måten vi arbeider på i rehabiliteringsfeltet. Dette undersøkes ved å identifisere og drøfte hvilke utfordringer som synliggjøres ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering, med spesielt fokus på utfordringer i forhold til evidens, skjønn og brukermedvirkning. Oppgaven er en drøftingsoppgave der oppgavens problemstilling drøftes ved hjelp av relevant litteratur.

Opgavens problemstilling:

Hvilke utfordringer synliggjøres ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering?

Opgaven peker på en rekke utfordringer i forhold til å bruke kunnskapsbasert praksis i rehabilitering. Evidens slik begrepet forstås i kunnskapsbasert praksis kan gi utfordringer i forhold til kunnskapsgrunnlaget i rehabilitering, og det vil kunne medføre utfordringer i forhold til en begrensning av muligheten til å utøve faglig skjønn. Dersom man skal arbeide ut fra kunnskapsbasert praksis sin definisjon av brukermedvirkning kan det også føre til en nedgradering av brukermedvirkning og brukerens kunnskap i rehabilitering.

Kunnskapsbasert praksis i møtet med rehabiliteringsfeltets særegne utfordringer byr på en rekke utfordringer. Dersom denne arbeidsmodellen skal være egnet for rehabiliteringsfeltet bør den utvikles videre for å fange opp et behov for flere typer kunnskap enn den forskningsbaserte. Det bør også klargjøres hvordan man skal forholde seg til det faglige skjønn og ikke minst klargjøre hvordan man skal integrere brukermedvirkning i modellen.

Abstract

The purpose of this master thesis is to identify the parts of evidence-based practice that may be in conflict with the way we work in rehabilitation. This is investigated by identifying the challenges we might face with the use of evidence-based practice in rehabilitation. Special focus is placed on challenges connected to evidence, professional discretion and patient-centered practice. The thesis is presented as a discussion of these subjects substantiated by the use of relevant literature.

Problem:

Which challenges can we identify related to the use of evidence-based practice in rehabilitation?

A number of challenges related to the use of evidence-based practice in rehabilitation were discovered. Evidence as it is understood in evidence-based practice might lead to challenges connected to the understanding of what constitutes evidence, and to a possible restriction of the use of professional discretion. The understanding of patient-centered practice and client-knowledge in rehabilitation appears to be very different from the understanding presented in evidence-based practice. This combined with their limited place in the decision-making process in evidence-based practice, gives reason to believe that evidence-based practice might challenge the way we practice patient-centered rehabilitation.

When introducing evidence-based practice to rehabilitation, we might be faced with a number of challenges. Following the results of the discussion in this thesis, the conclusion is that if evidence-based practice is to be a good tool for use in rehabilitation, it needs further development to suit the need for multiple forms of knowledge. Research-based knowledge alone is not sufficient in rehabilitation. There is also a need for a clarification in evidence-based practice explaining how professional discretion and patient-centered practice fits into the model.

Innledning

Kunnskapsbasert praksis har etter hvert blitt en naturlig del av det norske helsevesenet. Arbeidsmetoden vektlegges av både fagfolk og myndigheter som et viktig bidrag i arbeidet med å sikre kvaliteten på de tjenestene som tilbys brukerne. Metoden er allikevel omstridt (Ekeli 2002; Martinsen 2009; Nordtvedt & Jamtvedt 2009). Diskusjonen rundt metoden føres ofte på et generelt grunnlag, i tillegg til at de ulike fagmiljøene ser på hvorvidt denne arbeidsmodellen kommer i konflikt med særtrekk ved de respektive fagfeltene innenfor helsefaglig arbeid. Mye av kritikken mot kunnskapsbasert praksis går på problematikken i forhold til hva kunnskapsbasert praksis kan gjøre med det faglige skjønnet og brukernes medvirkning (ibid). Denne innretningen av kritikken gjør diskusjonen spesielt relevant for rehabilitering. Spesielt brukermedvirkningen står tradisjonelt sterkt innenfor rehabiliteringsfeltet (Lie 2001; Normann m. fl. 2006; Lingås 2005).

Denne oppgavens forskningsspørsmål er viktig fordi kunnskapsbasert praksis etter hvert også er blitt en del av rehabiliteringsfeltet. De ulike profesjonene har allerede et krav om å arbeide evidensbasert i sine respektive yrker, og tar dette med inn i sine stillinger i rehabiliteringsfeltet. Kunnskapsbasert praksis er en del av høgskoleutdanningene i helsefagene og det pekes videre på som en viktig metode for kvalitetssikring av helsevesenet av norske myndigheter. Min tanke er at vi bør diskutere hvilke sider ved kunnskapsbasert praksis som kan komme i konflikt med måten vi arbeider på i rehabiliteringsfeltet før vi adopterer en så omdiskutert arbeidsmodell som dette tross alt er.

Problemstilling og avgrensning

”Hvilke utfordringer synliggjøres ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering?”

Formålet med denne oppgaven er å se på hvilke utfordringer som synliggjøre ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering Fokus vil være på evidensbegrepet, det faglige skjønnnet og brukermedvirkning. Innenfor disse temaene vil noen utfordringer som er aktuelle i forhold til rehabilitering løftes fram og drøftes. Jeg drøfter ikke evidens, faglig skjønn og brukermedvirkning opp mot hverandre, men enkeltvis i forhold til rehabilitering og kunnskapsbasert praksis. Brukerne jeg snakker om er tenkt å være voksne med samtykkekompetanse.

Jeg har valgt å fokusere på evidensbegrepet, det faglige skjønnnet og brukermedvirkning. Det vil si at andre utfordringer som kan synliggjøres ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering ikke vil være en del av denne oppgaven.

Innledningsvis vil jeg presisere at jeg opplever at det er en del åpenbare fordeler med tanken bak kunnskapsbasert praksis. Det er derimot ikke det som er fokus for denne oppgavens diskusjon. Her skal jeg lete etter mulige utfordringer ved bruk av kunnskapsbasert praksis. Oppgaven er altså ikke i utgangspunktet ment som en kritikk av metoden, men som et bidrag til en klargjøring av noen utfordringer som dukker opp i møte mellom kunnskapsbasert praksis og rehabilitering.

Tidligere forskning på området

Temaet kunnskapsbasert praksis, faglig skjønn og brukermedvirkning er ivrig debattert innenfor helse- og sosialfaglige miljøer i Norge, men det er vanskelig å finne forskning der disse temaene ses i sammenheng eller i forhold til kunnskapsbasert praksis og/eller rehabilitering.

Det er allikevel flere pågående forskningsprosjekter som er interessante. Universitetet i Stavanger har ved Institutt for helsefag et prosjekt der flere forskere ser på forholdet mellom brukermedvirkning og faglig skjønn¹. Dette prosjektet ønsker på bakgrunn av lite relevant litteratur på området å gjøre en kunnskapsoppsummering for å få oversikt over litteratur som omhandler faglig skjønn. Prosjektet består av seks underprosjekter som ser på ulike sider av

¹ <http://www.uis.no/forskning/heles-og-velferd/brukermedvirkning>

faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. Ingen av disse delprosjektene fokuserer på rehabilitering. Dette prosjektet er ikke ferdig før i 2010. Ved Høgskolen i Oslo pågår prosjektet Rehabilitering som konflikt der Evidensbaserte tiltak, faglig skjønn eller brukerstyring? Dilemmaer i rehabiliteringspraksis, er et delprosjekt ². Det er ikke publisert noen resultater fra dette prosjektet. Dette er så langt jeg kan finne det eneste prosjektet som ser på disse temaene i rehabiliteringskontekst.

Metode

Som metode for oppgaveløsning har jeg valgt drøftingsoppgave. I det legger jeg at jeg ved hjelp av relevant litteratur vil diskutere oppgavens problemstilling.

For å finne litteratur som var relevant for dette temaet, har jeg foretatt litteratursøk innenfor emnene kunnskapsbasert praksis, evidens, skjønn, brukermedvirkning og rehabilitering. Jeg har søkt både etter teori, forskning og offentlige dokumenter og nettsteder som sier noe om temaene. Av søkemetoder har Bibsis Ask, HiOs base for vitenskapelige artikler, Google Scholar, FRIDA og Helsebiblioteket vært benyttet. Det har også vært nyttig å følge henvisningskilder i de ulike bøker og artikler jeg fant underveis. Disse satte meg på sporet av mulige gode kilder.

Hoveddelen av arbeidet med denne oppgaven har vært litteraturstudier og lesing av ulike kilder for å skaffe meg forståelse og innsikt i dette komplekse temaet. Det har også vært en krevende oppgave å finne en problemstilling som lot seg besvare så presist som mulig. Det har vært mange endringer underveis. For å holde oversikt i tre temaer som tidvis overlapper hverandre, men allikevel fortjener å bli behandlet hver for seg delte jeg oppgavens drøftingsdel i tre separate deler.

² <http://www.hio.no/enheter/avdeling-for-helsefag-HF/Funksjonshemming-rehabiliter...>

Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert som en drøftingsoppgave. I kapittel 1 gir jeg en redegjørelse for kunnskapsbasert praksis, og i kapittel 2 en redegjørelse for rehabilitering. Dette er ment å gi lesere med ulik fagbakgrunn et bedre utgangspunkt for å følge oppgavens drøftingsdel.

Kapittel 3, 4 og 5 utgjør oppgavens drøftingsdel.

I **kapittel 3** drøfter jeg utfordringer som synliggjøres for rehabiliteringsfeltet i forhold til bruk av evidensbegrepet slik det presenteres i kunnskapsbasert praksis. Innledningsvis ser jeg på hvordan evidensbegrepet presenteres i kunnskapsbasert praksis. Ut fra denne gjennomgangen løfter jeg fram noen aktuelle utfordringer og drøfter disse. Videre drøfter jeg utfordringer i forhold til hva som er evident kunnskap, konflikten mellom vitenskap og praksis, evidens som styringsmiddel og hva som er faglig ekspertise.

I **kapittel 4** drøfter jeg utfordringer som synliggjøres i forhold til bruk av faglig skjønn i rehabilitering ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering. Innledningsvis ser jeg her på skjønn slik det beskrives i kunnskapsbasert praksis. Deretter diskuterer jeg mulige utfordringer for rehabiliteringsfeltet ved et redusert rom for skjønn i praksis. Dette diskuterer jeg innenfor ulike dimensjoner av skjønn; skjønn som strukturell kategori, skjønn som epistemisk kategori, skjønnets omstendighet og skjønnets normative kontekst.

I **kapittel 5** drøfter jeg utfordringer som synliggjøres i forhold til brukermedvirkningens rolle i rehabilitering ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering. Denne delen starter med en gjennomgang av hvordan brukermedvirkning framtrer i kunnskapsbasert praksis. Deretter gjør jeg rede for brukermedvirkning, det formelle grunnlaget for brukermedvirkningen og brukermedvirkningens rolle i rehabiliteringsfeltet. Dette drøfter jeg i forhold til hvorvidt praksis skal styres av brukerens kunnskap eller forskningsbasert kunnskap, maktperspektivet og brukermedvirkning som grunnlag for gode resultater i rehabilitering.

Til sist vil jeg oppsummere de ulike delene av oppgaven og konkludere.

Refleksjon over eget arbeid

Som sykepleier tar jeg med meg min forståelse av helse og omsorg inn i min måte å løse denne oppgaven på. Rehabiliteringsfeltet er et tverrfaglig arbeidsområde og det er grunn til å tro at representanter fra andre fagretninger ville ha sett alternative løsninger på en slik oppgave.

Målet med oppgaven var å foreta en gjennomgang av mulige utfordringer for rehabiliteringsfeltet ved implementering av kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode ved å se på tre potensielle problemstillinger. Dette var et valg basert på et ønske om en bred og grundig gjennomgang av temaet, og det ble gjort i forståelse for at det ville begrense min mulighet til å gå i dybden på de enkelte temaene. Mange av oppgavens tema kunne med fordel vært gjenstand for en mer omfattende drøfting enn det som har vært mulig å få til i en oppgave av begrenset omfang.

Kapittel 1

Kunnskapsbasert praksis

Hva er kunnskapsbasert praksis?

Evidensbevegelsen kan sies å ha sin bakgrunn i 1930 og 40 årenes eksperimentering med kontrollerte forsøk for å undersøke effekt av medisiner og behandling, mens det først kan kalles en organisert virksomhet med etableringen av Cochrane-samarbeidet i 1993. I Europa er det særlig England som har drevet evidensbevegelsen framover (Hansen & Rieper 2009).

Den norske modellen for kunnskapsbasert praksis har sitt utspring i den internasjonale evidensbevegelsen (Hansen & Rieper 2009), der metoden går under navnet evidence-based practice (Dawes 1999). De ulike fagretningene har tilpasset navnet til sitt fagområde, slik man ser i for eksempel begrepene evidence-based medicine eller evidence-based rehabilitation (Law 2008). Metoden er grunnleggende den samme, men vi ser noen tilpassinger til de forskjellige fagområdene.

I Norge ble Kunnskapssenteret opprettet i 2004. Deres primæroppgave er å lage systematiske oversikter over forskning om medisin og helse i tillegg til å være samarbeidspartner i Cochrane- og Cambell samarbeidet (Hansen & Rieper 2009). Kunnskapssenteret driver også utstrakt informasjon om metoden kunnskapsbasert praksis. Dette inkluderer å utgi fagbøker i metoden og nettkurs for å utdanne helsearbeidere. De er også aktive foredragsholdere.

Arbeidsmodellen kunnskapsbasert praksis presenteres i Norge blant annet gjennom nettstedet kunnskapsbasertpraksis.no som er laget i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Dette nettstedet retter seg primært mot profesjonsgrupper innenfor medisin og helsefag, og tilbyr et nettkurs for å lære denne metoden til bruk i praksis. Det er også utgitt lærebøker i metoden blant annet for sykepleiere i tillegg til mer generelle lærebøker (Nordtvedt m. fl 2008; Bjørndal 2007).

Kunnskapsbasert praksis presenteres i disse kildene som en metode som skal kvalitetssikre de tjenestene brukerne av helsetjenester i Norge mottar. Metoden for spørsmålsstilling, datasamling og bruk av innsamlede data i kunnskapsbasert praksis skal være med å sikre denne kvaliteten i helsetjenestene (Nordtvedt m. fl 2008; Bjørndal 2007).

De ulike lærebøkene og internettkurset i kunnskapsbasert praksis har det felles at de i sin versjon av kunnskapsbasert praksis har utgangspunkt i forskningsbasert (evidensbasert) kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning. Disse elementene settes i kontekst og utgjør begrepet kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt m. fl 2008; Bjørndal 2007; kunnskapsbasertpraksis.no).

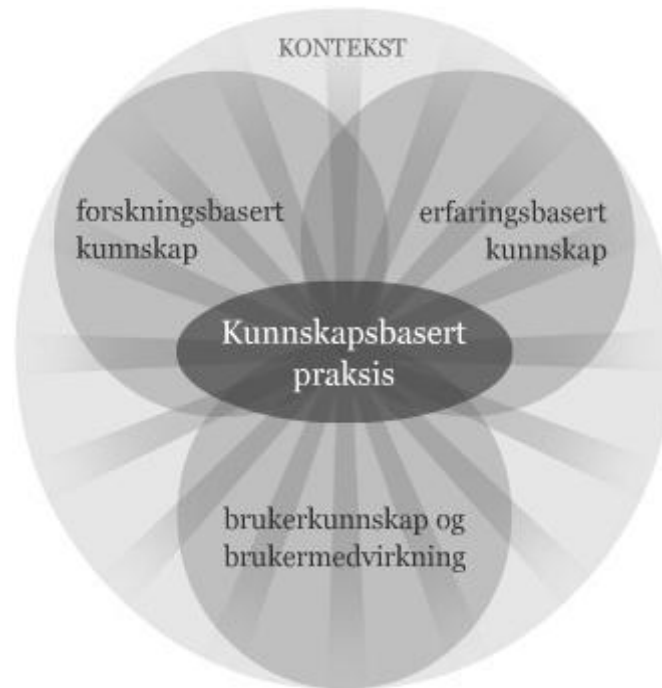
”Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (kunnskapsbasertpraksis.no).

Dersom man ser på definisjonen av evidence-based practice finner man at den norske versjonen av definisjonen kommer svært tett opp mot en oversettelse av denne definisjonen.

“Evidence-based clinical practice is an approach to decision-making in which the clinician uses the best evidence available, in consultation with the patient, to decide upon the option which suits that patient best” (cochrane.org).

Dersom man sammenligner den norske versjonen av kunnskapsbasert praksis med evidence-based practice slik det presenteres av Dawes m. fl. (1999) og Mazurek & Fineout-Overholt (2005), er det vanskelig å se noen vesentlig forskjell mellom evidence-based practice og kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis slik det presenteres via kunnskapsbasertpraksis.no og publikasjoner utgitt av fagpersoner med sentrale posisjoner innenfor kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt m. fl 2008; Bjørndal 2007) vedkjenner seg da også å ha sitt utløp i den internasjonale evidensbevegelse.

Figur 1.1 Modell av kunnskapsbasert praksis



(kunnskapsbasertpraksis.no 2010)

Dersom man ser på den visuelle framstillingen av kunnskapsbasert praksis ovenfor, ser man at forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning har like stor plass i modellen. Disse tre kunnskapsformene i kontekst utgjør det som går under betegnelsen kunnskapsbasert praksis. Disse nøkkelbegrepene innenfor kunnskapsbasert praksis er det verdt å stoppe opp litt ved.

I boken *Å arbeide og undervise forskningsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere* (Nordtvedt m. fl 2008) kommer vi nærmest en definisjon av hva begrepet forskningsbasert kunnskap betyr i kunnskapsbasert praksis. Forskning defineres her som ”kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap” (Sitat Nordtvedt m. fl 2008:15). Forskningsbasert kunnskap beskrives som anvendt forskning med lav grad av abstraksjon. Det er denne type forskning som gir det man betegner som evident kunnskap. Det er også denne typen kunnskap man skal lære å finne og bruke med metoden kunnskapsbasert praksis. Anvendt forskning vil si at forskningen er utført med tanke på å gi kunnskap som kan brukes i praktisk anvendelse.

Den anvendte forskningen bygger ofte på grunnforskning, men grunnforskningen retter seg primært mot å skaffe ny kunnskap som ikke sikter på praktisk anvendelse.

Den erfaringsbaserte kunnskapen beskrives som den læring man får gjennom å erfare og reflektere over denne erfaringen. Denne erfaringskunnskapen er viktig for å kunne sette sammen hele modellen for kunnskapsbasert praksis til en klinisk virkelighet.

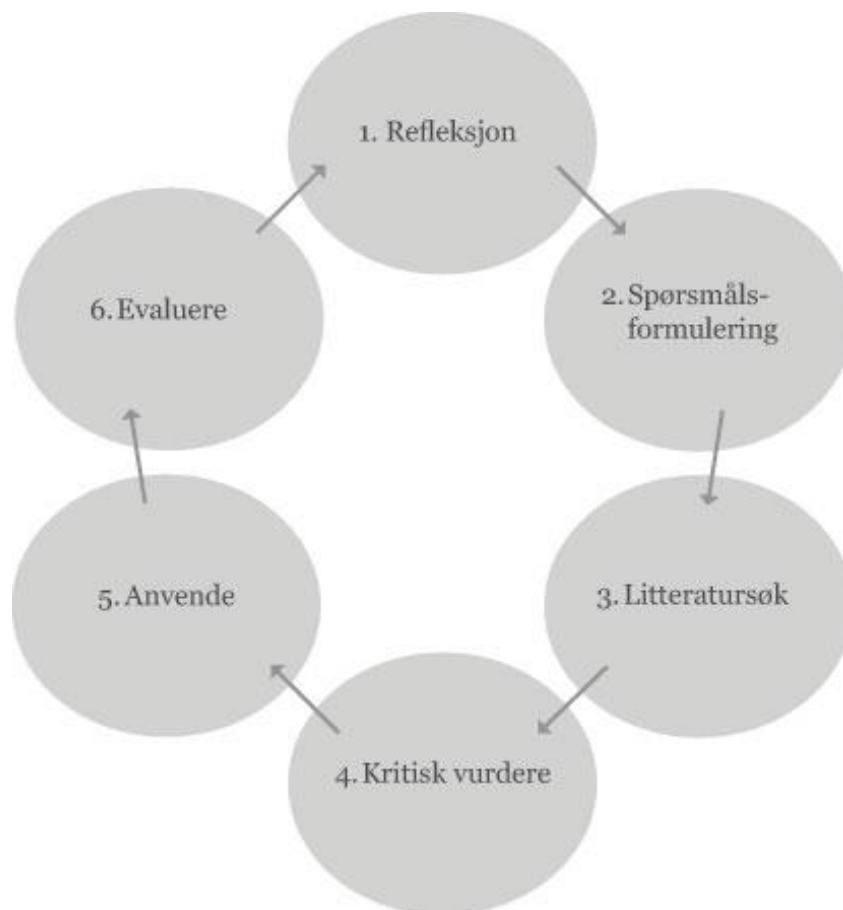
Erfaringskunnskapen knyttes også til oppøvelse av tekniske ferdigheter, kommunikative evner og evnen til å samhandle med pasienter og pårørende (Mazurek & Fineout-Overholt 2005).

Pasientens brukerkunnskap anses for å være en kunnskapsressurs i kunnskapsbasert praksis. Denne brukerkunnskapen skal i følge arbeidsmodellen ” imøtekommes og vektlegges når beslutninger om dem skal fattes” (Sitat Nordtvedt m. fl.2008:16), men beskrives ikke nærmere.

Det siste sentrale begrepet er kontekst. Konteksten er den sammenhengen eller miljøet kunnskapskildene nevnt ovenfor skal benyttes i. Konteksten kan både være forståelsesrammen til de involverte, brukerens ressurser og liknende (Nordtvedt m. fl. 2008).

En gjennomgang av arbeidsmodellen kunnskapsbasert praksis

Figur 1.2 Trinnene i kunnskapsbasert praksis



(kunnskapsbasertpraksis.no 2010)

Første trinn i arbeidsmodellen kunnskapsbasert praksis er refleksjon. Det presiseres at det du skal reflektere over er egen praksis og hva du baserer praksisen din på for øyeblikket.

Arbeider du kunnskapsbasert, eller baserer du din praksis på andre kunnskapskilder? Dette igjen skal føre deg fram til en erkjennelse av hva som er ditt informasjonsbehov i situasjonen (Dawes 1999; Nordtvedt m. fl. 2008).

Erkjennelsen du kom fram til denne refleksjonsfasen skal så føre deg fram til trinn to som er spørsmålsformuleringen. Her skal du komme fram til et konkret spørsmål (Dawes 1999). Den

type spørsmål som kunnskapsbasert praksis skal hjelpe deg å finne forskningsbaserte svar på er det Nordtvedt m. fl. (2008) kaller forgrunnsspørsmål. Dette er de spørsmålene som dukker opp i møte med enkeltpasienter eller situasjoner der du ikke kan forvente å finne gode nok svar i lærebøker eller din erfaringskunnskap. Et forgrunnsspørsmål er et konkret klinisk spørsmål, i motsetning til det som beskrives som et bakgrunnsspørsmål som kan gi mer generelle svar om et tema.

I litteratursøket, bruker du din kunnskap om litteratursøk og søker opp aktuell forskning som kan gi deg svar på spørsmålet ditt. For å gjøre dette på en god måte må du lære å gjøre spørsmålet ditt søkbart, du må lære å bruke databaser og elektroniske kilder til informasjon, velge riktig kilde, sette opp en søkestrategi og gjennomføre søk i databaser. Dette lærer du ved å gjennomgå kurs og arbeidsbøker i metoden gjennom nevnte nettkurs og publikasjoner (Bjørndal 2007; Nordtvedt m. fl. 2008; kunnskapsbasertpraksis.no; Dawes 2005).

I trinn fire, gjør du en kritisk vurdering av forskningens gyldighet og kontekst. For å kunne vurdere dette må du ha kunnskap om vitenskapelige artikler, kunne vurdere de metodene som er brukt i forskning og ha tilstrekkelig kunnskap om statistiske metoder og forskningsdesign. De ulike lærebøkene i kunnskapsbasert praksis legger stor vekt på å gi en grundig innføring i de ulike typene forskningsdesign (Nordtvedt m. fl. 2008; Dawes 2005; Bjørndal 2007; Law 2008).

I kunnskapsbasert praksis framheves systematiske forskningsoversikter som det ideelle for å svare på et faglig spørsmål (Dawes 2005; Bjørndal 2007). Med dette menes oversikter som er eksplisitte ved at det er synlig og forståelig hvordan forskningen er gjennomført og systematisk ved at det er systematikk i innhenting og vurderingen av informasjonene. Når man skal vurdere effekt av tiltak eller behandling er det randomiserte kontrollerte studier som anses som best egnet til å besvare de spørsmålene man måtte stille seg. Dersom man ikke finner en systematisk oversikt kan man bruke gode primærstudier. Ved spørsmål som dreier seg om hvordan noe oppleves, erfaringer og holdninger kan man gå til kvalitative studier.

Når du så skal anvende den kunnskapen du har funnet fram til i trinn fem er det viktig å ta med pasientens kunnskap, din erfaringskunnskap og kontekst før tiltak iverksettes. Det beskrives ikke noe sted hvordan dette skal gjennomføres i praksis (Nordtvedt m. fl. 2008; Bjørndal 2007; Dawes 2005).

Det sjette og siste trinnet er en evaluering av prosessen. Det som skal evalueres i denne fasen er hvorvidt du har arbeidet kunnskapsbasert eller ikke. Dette kan man få kunnskap om enten ved refleksjon over egen praksis eller ved hjelp av ekstern eller intern audit. Ved en audit anses elektroniske journaler som den mest pålitelige kilden til informasjon (Dawes 2005; Nordtvedt m.fl. 2008).

Hva er så kunnskapsbasert rehabilitering?

Det finnes ikke noen norsk lærebok i kunnskapsbasert rehabilitering. For å se på hvordan denne arbeidsmodellen tilpasses rehabiliteringsfeltet har jeg derfor gått til Centre for Evidence-based Rehabilitation³ og boken Evidence-based Rehabilitation. A guide to practice (Law 2008).

Når jeg ser på hvordan trinnene i kunnskapsbasert rehabilitering presenteres ser jeg ingen prinsipielle forskjeller mellom kunnskapsbasert rehabilitering og kunnskapsbasert praksis (Centre for evidence-based rehabilitation; Law 2008). Slik kunnskapsbasert rehabilitering presenteres her kan kunnskapsbasert rehabilitering ses som en sidegren til kunnskapsbasert praksis. Arbeidsmodellen skal tilpasses rehabiliteringsfeltet, men prinsipper fra kunnskapsbasert praksis inngår i metoden. Det er allikevel noen forhold som påpekes som spesielt viktige for kunnskapsbasert rehabilitering.

For å kunne utøve kunnskapsbasert rehabilitering kreves i utgangspunktet at profesjonsutøveren kan kombinere bruken av evidensbasert kunnskap med de komplekse forhold som preger avgjørelser i rehabilitering. I den sammenheng har man bruk for god kunnskap om kommunikasjon med brukeren. Profesjonsutøveren ses på som en som gir råd og deler kunnskap med brukeren. Når man gir disse rådene skal man bruke forskningsbasert kunnskap, sitt faglige skjønn og på den måten tilpasse anbefalinger til brukers behov. Det sies ikke noe om hvordan man skal få til dette i praksis samtidig som man skal følge de vanlige trinnene i kunnskapsbasert praksis (Law 2008).

³ <http://www.srs-mcmaster.ca/ResearchResources/CenterforEvidenceBasedRehabilitation/EvidenceBasedRehabilitation/tabid/544/Default.aspx>

Kapittel 2

Rehabilitering

Hva er rehabilitering?

Det finnes en rekke ulike definisjoner av rehabilitering. I St. meld. Nr. 21. (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, finner jeg følgende definisjon av begrepet rehabilitering:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”(St. meld. Nr. 21. 1998-99).

Denne definisjonen av rehabilitering har sin tilslutning fra det norske storting og regjering og gjentas i etterfølgende offentlige dokumenter (St.prp. nr.1 2007-2008). Jeg anser derfor denne definisjonen som autoritativ i norsk offentlig forvaltning, og derved en definisjon vi må forholde oss til som en premiss i rehabiliteringsarbeidet.

Rehabilitering er altså definert som et tilbud som på en helhetlig måte skal inneholde de tjenester en bruker trenger for å nå sine individuelle mål. Denne brukeren kan være alle med funksjonsnedsettelse som har behov for bistand til endring av sin situasjon. Dette gjelder også de med medfødte funksjonshemminger. Funksjonshemmingen kan være kognitiv, fysisk, psykisk, sosial eller en kombinasjon av flere. Rehabilitering vil derfor være en individuell prosess som er ulik for alle brukere og må tilpasses deretter (Normann m. fl 2006).

Normann m. fl (2006) beskriver rehabilitering som enkeltindividers behov for sammensatte tjenester for å kunne oppnå individuelle mål. Disse sammensatte tjenestene består av en rekke faggrupper og tjenester som samarbeider i arbeidet for individet. Tjenestene brukeren har behov for kan være av ulik art. Både medisinsk behandling, økonomisk bistand, tilrettelegging

for å fjerne funksjonshemmende barrierer og sosiale tjenester er eksempler på aktuelle tjenester.

Når man snakker om habilitering og rehabilitering skiller man tradisjonelt mellom medfødte og ervervede sykdommer og skader. Her vil begge disse begrepene brukes som en fellesbetegnelse. Dette fordi habiliteringsbegrepet også omfattes av rehabiliteringsbegrepet på et overordnet plan.

Dette fokuset på individuelle behov innebærer at rehabiliteringsprosessen må tilpasses hver ny bruker. Siden brukere av rehabilitering ofte vil veksle mellom behov for hjelp fra ulike klart definerte fagområder i løpet av sin rehabilitering er det heller ikke ukomplisert å definere rehabilitering som et fag (Normann m. fl 2007). Et fag betegner ofte et område med en mer homogen kunnskapsbase enn det rehabiliteringsfeltet kan sies å ha. Rehabiliteringskunnskap er ikke noen en faggruppe kan påberope seg monopol på. Normann m. fl (2007) mener derfor at det kanskje er mer hensiktsmessig å kalle rehabilitering et felt enn et kunnskapsområde. Dette peker også på at dette er et tverrfaglig arbeidsfelt der ulike faggrupper og etater arbeider ut fra en felles målsetning og en felles kunnskap om rehabilitering samtidig som de bruker sin fagspesifikke kunnskap.

Til tross for at rehabilitering ideelt sett styres av individets egne definerte mål og ønsker, ut fra prinsippet om brukerstyring og autonomi i forhold til eget liv (Lie 2001), finner jeg at det legges noen premisser i rehabiliteringsdefinisjonen. Rehabiliteringen skal bidra til best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Vi kommer altså ikke utenom at det er et fokus på fysisk funksjon i rehabilitering, selv om man ikke lenger begrenser rehabilitering til opptrening av manglende eller tapte fysiske funksjoner. Det er et økende fokus på deltakelsesprinsippet innenfor rehabilitering, både i politiske føringer og blant faggrupper og brukere (ibid).

Grue (2004) snakker også om deltakelsesprinsippet innenfor rehabilitering, og han hevder dette prinsippet er et resultat av en vridning mot en mer sosial forståelse av funksjonshemming i det norske samfunnet. Vi oppfatter i stadig større grad funksjonshemming som et resultat av funksjonshemmende barrierer som hindrer mennesker med ulike biologiske og fysiske egenskaper i deltakelse i samfunnet på linje med andre borgere.

Rehabilitering retter seg altså mot enkeltindividet. Individets egne definerte mål og behov er derfor sentrale for tjenestene som tilbys. Brukere med tilsynelatende like behov kan vise seg å ha behov for svært ulik støtte i sin prosess fra ulike faggrupper. Dette kommer av at rehabilitering dreier seg om individuelle mål som skal føre brukeren fram til ulike resultater. Dette munner ut i begrepet helhetlig tilbud. Det er ikke diagnoser som avgjør behovet for rehabiliteringstjenester, men hvilke mål og forutsetninger den enkeltes totale sammensatte situasjon tilsier er ønskede og riktige tjenester (St.prp.nr 1 2007-2008).

En aktuell diskusjon i rehabiliteringsfeltet er forholdet mellom rehabilitering og behandling. Ikke alle er enige i at rehabilitering handler om tidsavgrensede prosesser eller fokus på å forbedre fysiske funksjoner. Rehabilitering er også beskrevet som en prosess der man skal lære å leve med sin skade eller sykdom i sitt miljø (Reynolds 2005). Reynolds (ibid) hevder at gjenoppretting av funksjoner etter en skade ikke kan kalles rehabilitering og begrunner dette med at denne typen behandling vil føre til en fullstendig gjenoppretting av funksjon og derved ikke føre til langvarige endringer i funksjonsnivå.

Medisinsk behandling kan også ses som en viktig del av et rehabiliteringsopplegg sammen med andre typer tiltak (Normann m. fl. 2006). En viktig forskjell mellom rehabilitering og behandling er at behandling utføres av helsefaglige profesjoner, mens rehabilitering også favner tiltak som like gjerne kan gjennomføres av andre faggrupper (Normann m. fl 2006). Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp.nr 1 2007-2008) er skeptiske til et skarpt skille mellom rehabilitering og behandling. Her pekes det på at dette uavklarte forholdet og distanse mellom fagmiljøene kan få negativ innvirkning på rehabiliteringens forløp. Behandling bør i stede ses som et av mange mulige tiltak i rehabiliteringsprosessen.

Rehabiliteringsprosessen

Som jeg nå har gjort rede for er rehabilitering en individuell prosess. Denne tankegangen har resultert i at rehabiliteringsprosessen er en modell rehabiliteringsfeltet bruker for å organisere arbeidet sitt på en planmessig måte. Prosessens detaljer vil være ulik for alle, men det er fellestrekk som vil være tilstede i de individuelle prosessene. Prosessen vil innebære både medisinsk behandling og oppfølging, tiltak rettet mot å øke funksjonsevne og arbeid rettet

mot sosial deltakelse (Normann m. fl 2006). Nøkkelverdier for rehabiliteringsprosessen kan ideelt sett sies å være verdighet, brukermedvirkning og individualisering (Jensen m. fl 2007). Verdighet betyr i denne sammenhengen at profesjonsutøvere skal opptre på en måte som gir brukeren av rehabiliteringstjenestene en opplevelse av verdighet gjennom hele rehabiliteringsprosessen. Brukermedvirkning er en følge av verdighetsprinsippet og har brukerens autonomi over eget liv som grunnlag. Individualisering betyr at man ikke kan akseptere pakkeløsninger i rehabilitering. Det betyr også at livssituasjon framfor diagnose skal være i fokus (Jensen m. fl 2007).

St. prp nr. 1 (2007-2008) kommenterer også rehabiliteringsprosessen. De presiserer at målet for rehabiliteringsprosessen er å nå brukerens egne mål for rehabilitering, selv om samfunnet også stiller noen krav i forhold til å øke funksjonsnivå og mestringsevne. Denne prosessen skal per definisjon være tidsavgrenset. Det stilles også krav om at flere aktører innenfor rehabiliteringsfeltet må delta for at det skal kunne kalles rehabilitering (St. meld. 21.1989-1990). Enkelttiltak er altså ikke tilstrekkelig for å kalle noe rehabilitering eller for å bruke betegnelsen rehabiliteringsprosess. Prosessen kan i korte trekk sies å skulle inneholde trinnene målutredning, problemkartlegging, problemløsning, evaluering og oppfølging.

I målutredningsfasen er det et overordnet prinsipp at målene som settes er brukerens egne mål, ikke mål satt av fagpersoner (Jensen m. fl 2007). Bidraget fra faggruppene blir her altså å støtte og informere brukeren om muligheter og begrensninger i tilbud. De bidrar også med sin fagkunnskap slik at brukeren har nødvendig kunnskap om alt fra relevante medisinske forhold til trygdeordninger (Lie 2001).

Problemkartleggingen og målutredningen vil ofte foregå parallelt. Problemene man avdekker vil gjerne være det som må arbeides med for å nå målene brukeren setter. Problemer kan være av praktisk eller mer eksistensiell art (Lie 2001). Praktiske problem for en rehabiliteringsbruker kan være ulike forhold som kan rettes på gjennom konkrete tiltak i rehabiliteringsprosessen som problem knyttet til bosted, økonomi og lignende. De eksistensielle problemene en rehabiliteringsbruker opplever vil ofte være knyttet til nyorientering i forhold til livssituasjon, en opplevelse av tap og lignende. Denne delen av rehabiliteringen går i hovedsak ut på å tilegne seg kunnskap og redskaper som og er vesentlige for at personen skal kunne lære seg å leve med sin situasjon og sitt liv (Alm Andreassen 2008).

Det er viktig å avdekke hvilke problem som må løses tidlig i prosessen og hvilke som kan vente. I tillegg bør gjennomførbarhet, tidsbruk og hvor mye energi som kreves av bruker og hjelpeapparat for å løse problemene vurderes nøye. Noen problem vil være svært viktige for brukeren å få løst, selv om det tilsynelatende ikke framstår som viktig for fagpersonene. Her er det igjen viktig å huske på at det er brukeren selv som er i sentrum (Lie 2001). I denne fasen er det viktig å diskutere målene, begrensninger og muligheter med brukeren (Jensen 2007).

Problemløsning er en prosess der både den funksjonshemmede selv og fagpersoner bidrar med sin kompetanse. Det er viktig at brukeren har et eierforhold til målsetting og problemidentifisering. Dersom dette ikke er tilfelle er det vanskelig å gjennomføre og få god effekt av tiltak. At et tiltak for problemløsning er definert som gjennomførbart og nødvendig er ikke i seg selv nok dersom brukeren selv ikke ønsker å gjennomføre tiltaket (Normann m. fl. 2008).

Valg av rehabiliteringstiltak krever kompetanse og motivasjon hos brukeren, men også fra fagpersonene som er involvert. Det skal arbeides fram tiltak innenfor en rekke områder og dette innebærer et behov for fagkunnskap og tverrfaglig kompetanse for å sikre fagkunnskap fra de ulike områdene som er involvert. I tillegg har man behov for kunnskap om hvordan man får de ulike bidragene til prosessen til å føye seg sammen (Lie 2001; Normann m. fl.2008).

I evalueringen av tiltakene som settes i gang er det viktig å se på effekt av tiltak, men også den personlige prisen av tiltakene. Med dette forstås hvor stor belastning tiltakene medfører både når det gjelder tid og ressurser for den enkelte. Noen tiltak kan være verdt innsatsen til tross for stor bruk av ressurser, mens andre vil være for belastende i det lange løp (Hammel 2006). Mange funksjonshemmede har sykdommer eller skader som utvikler eller endrer seg over tid. Det er derfor viktig å evaluere og endre mål og tiltak underveis (Lie 2001).

Det er viktig å merke seg at ikke alle er udelt positive til rehabiliteringsprosessen som et arbeidsverktøy for profesjonsutøvere og brukere. Hammel (2006) bemerker at problemkartleggingen kan ses som en utøvelse av profesjonell makt og at måten man samler data på vil reflektere majoritetsbefolkningens forståelse av hva som er normalt. Hammel (2006) hevder også at man kan se tendenser til at ulike faggrupper ser brukerens behov ut fra egen fagforståelse og hva de kan tilby tiltak i forhold til. På denne måten opprettholder de sin faglige autoritet.

Alm Andreassen (2008) er kritisk til å se på rehabilitering som en administrativ arbeidsmåte der planlagt og målrettet innsats tidsavgrenses. Mange brukere av rehabiliteringstjenester føler seg ikke hjemme i denne måten å forstå rehabilitering på. Hun hevder at noen med ervervede skader ønsker å knytte rehabilitering til det å få ny kunnskap og komme til en ny erkjennelse av den situasjonen de har kommet i. Denne prosessen kan ikke sies å være tidsavgrenset og bryter dermed med rehabilitering som tidsavgrenset prosess.

Jeg finner lignende argumenter hos Hammel (2006), som hevder at man må skille mellom behandling og rehabilitering. Behandling rettes mot å reparere en skade, mens rehabilitering retter seg mot å lære seg til å leve med sin funksjonshemming. Norske myndigheter framholder denne uklarheten i forholdet mellom behandling og rehabilitering som en av utfordringene i rehabiliteringsfeltet. De uttrykker også bekymring for at denne type uavklarte divergerende oppfatninger kan føre til ansvarsfraskrivelse og ansvarsforskyvning på alle tjenestenivåer. Dette igjen vil kunne føre til en nedprioritering av rehabiliteringstjenestene (St.prp.nr. 1. 2007-2008).

Organiseringen av rehabiliteringstilbudet på systemnivå

I stortingsproposisjon nr. 1 (2007-2008), plasseres hovedansvaret for rehabiliteringstjenesten i Norge hos kommunene. Dette fordi det er her brukerne bor og derved her det meste av rehabiliteringen vil foregå. Det er også et viktig prinsipp at rehabiliteringen skal foregå på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON prinsippet). Kommunene har ansvar for utredning av behovet for tjenester og koordineringen av tilbudet. De skal også sørge for at rehabilitering er innarbeidet i kommunenes planer og øvrige arbeid. Kommunene har allikevel stor frihet i forhold til hvordan tjenestene organiseres.

Kommunenes ansvar reguleres av en rekke lover og forskrifter. Sentralt står kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, sosialtjenesteloven, i tillegg til Forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar innenfor rehabilitering. Mange brukere starter sin rehabilitering her eller har behov for spesialiserte tjenester i løpet av sin rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten har

også ansvar for å etablere en koordinerende enhet som skal ha oversikt over de ulike virksomheters arbeid i helseregionen (St.prp.nr. 1 2007-2008).

Nasjonale strategier for rehabilitering

Norske myndigheters strategier for rehabiliteringsfeltet har bakgrunn i en tanke om at alle borgere i Norge i utgangspunktet skal ha samme rettigheter til deltakelse uansett funksjonsnivå (NOU 2001: 22). Dette arbeides det med på flere nivå. Prinsippet om universell utforming dreier seg om å utforme produkter og omgivelser på en måte som gjør dem tilgjengelige for alle. Tanken er at man skal begrense funksjonshemmende barrierer. Dette arbeidet foregår på samfunnsnivå og er ikke rettet mot enkeltindivider. Rehabiliteringsfeltet retter seg i hovedsak mot individet (Normann m. fl 2006).

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for 2008-2011 (St.prp.nr.1 2007-2008), følger opp arbeidet og prinsipper fra foregående sentrale dokumenter som omhandler rehabilitering. De viser til at Soria Moria erklæringen har stadfestet en bred politisk enighet om å styrke rehabiliteringsfeltet. I den nasjonale strategien fastslås det at det er en rekke områder som ikke fungerer tilfredsstillende innenfor rehabiliteringsfeltet. Det pekes blant annet på behov for mer samhandling, økt brukermedvirkning og kvalitetsutvikling.

Kapittel 3

Utfordringer for rehabiliteringspraksis som synliggjøres i forhold til evidensbegrepet i kunnskapsbasert praksis

Evidensbegrepet i kunnskapsbasert praksis

Når jeg ser på debatten rundt kunnskapsbasert praksis får jeg en klar forståelse av at kjernen i debatten er evidensbegrepet. Det er tydelig at mange kritikere opplever at evidensbevegelsen har tatt patent på dette kunnskapsbegrepet - til stor forargelse for noen (Martinsen 2009). Det er derfor på sin plass å gå inn i hva dette begrepet betyr i kunnskapsbasert praksis.

Evidensbevegelsen selv viser til at evidensbegrepet har sitt utspring i det latinske *evidentia* som i norsk oversettelse blir klarhet, tydelighet og visshet (Nordtvedt m. fl 2008). I kunnskapsbasert praksis er begrepet evidens skjult i begrepet kunnskapsbasert og beskriver den delen av grunnlaget for praksis som bygger på forskning. Nordtvedt m. fl (2008), oversetter direkte begrepet *evidence-based nursing* med kunnskapsbasert sykepleie. Siden *evidence* i utgangspunktet har et annet meningsinnhold enn norske ordet kunnskap, leder dette til en forståelse av at kunnskapsbasert eller *evidence-based* er noe det finnes objektive vitenskapelige bevis for. Kunnskapsbegrepet er i utgangspunktet et ord med større plass for subjektive forhold (Heggen & Engebretsen 2009). Begrepet kunnskap i kunnskapsbasert praksis kan derfor forstås som kunnskap det er vitenskapelige bevis for. Begrepet forskningsbasert kunnskap benyttes også blant annet i den visualiserte modellen av metoden.

Dette betyr ikke at evidensbasert eller forskningsbasert kunnskap framholdes som den eneste kilden til kunnskap i kunnskapsbasert praksis. Det refereres også til erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Begrepet evidens brukes derimot ikke om disse kunnskapsformene. Det er

forbeholdt den kunnskapen man får gjennom forskning, altså den vi har evidens for (Nordtvedt m. fl 2009).

Øverst i evidenshierarkiet i kunnskapsbasert praksis finner vi oppsummert forskning (systematic reviews) over kvalitetsvurderte primærstudier. Arbeidsmodellen anbefaler å finne svar på kliniske spørsmål i denne typen oppsummeringer dersom det er mulig. I spørsmål om effekt av behandling eller tiltak anbefales oppsummert kunnskap fra randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). Det spesifiseres også at dette gir beste kunnskap eller evidens om effekt og tiltak innenfor rehabilitering (Nordtvedt m. fl 2008).

Det finnes slik jeg ser det ingen redegjørelse for kunnskapssynet i kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt M. fl 2008; kunnskapsbasertpraksis.no; Martinsen 2009; Grimen & Terum 2009). Arild Bjørndal (2009) hevder derimot at i kunnskapsbasert praksis finnes det i epistemologisk forstand en tro på en sikker kunnskap om årsak og virkning i alle problem. Dette igjen kan knyttes til evidensbegrepet. Denne kunnskapen er det vi har evidens om.

Kunnskapssyn i kunnskapsbasert praksis møter kritikk av blant annet Heggen og Engebretsen (2009) som har foretatt en dekonstruktiv nærlesing av boken Å arbeide og undervise kunnskapsbasert (Nordtvedt m. fl 2008). De hevder at boken har et dominerende nytteorientert syn på kunnskap. Kunnskapen man formidler i boken sies å være eksakt, objektiv kunnskap. (Denne tolkningen av kunnskapssynet i kunnskapsbasert praksis baserer de på en studie av ordbruken i boken).

Dersom man ser på den visuelle framstillingen av metoden kunnskapsbasert praksis står den forskningsbaserte kunnskapen (den evidente) sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning som like store enheter som til sammen brukt i kontekst skal utgjøre metoden kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt m. fl 2008). Når jeg gjennomgår arbeidsboken for sykepleiere der arbeidsmetoden er beskrevet mer detaljert enn på kunnskapsbasertpraksis.no, finner jeg allikevel at det nesten utelukkende er den delen som dreier seg om forskningsbasert kunnskap, hvordan man kan finne fram til den, bruke den og vurdere den som får plass i boken. Erfaringskunnskap og brukerkunnskap nevnes og ilegges vekt, men det sies ikke noe om hvordan dette skal gripes an i praksis.

Sammenfattet vil jeg her konkludere med at man innenfor kunnskapsbasert praksis vedkjenner seg at den evidente kunnskapen er det samme som den kunnskapen man har bevis for etter den vitenskapelige medisinske forskningstradisjonen. Det er dette de kaller forskningsbasert

kunnskap. De hevder også at det finnes sikker kunnskap om årsak og virkning i bunnen av alle problem. Når man leter etter svaret på et problem skal man dersom det er mulig lete opp oppsummert kunnskap av RCT studier. Dette framholdes også som beste kilde til kunnskap i rehabiliteringsspørsmål.

Hvilke utfordringer synliggjøres av at man begrenser den evidente/gyldige kunnskapen i rehabilitering til å gjelde den vitenskapelige forskningsbaserte kunnskapen?

En fenomenologisk tilnærming til evidens

Det kan argumenteres at dersom man adopterer en forståelse av at den forskningsbaserte kunnskapen er den eneste evidente kunnskapen i rehabilitering setter man til side alternative forståelser av hva som er evident kunnskap.

Sykepleieforsker og filosof Kari Martinsen er en av de som tar til orde for at evidenstilhengerne i kunnskapsbasert praksis har en for snever forståelse av evidensbegrepet. Hun får følge av flere kritikere av kunnskapsbasert praksis som også hevder at evidensbegrepet ikke er så entydig som man kan få inntrykk av, og at det finnes andre former for evidens enn den medisinske (Martinsen 2009; Thomassen 2007; Grimen & Terum 2009). Martinsen (2009) påstår at den medisinske kunnskap produserer en kunnskap som underspiller sansingens rolle. Sansingen reduseres til en av teknikkene vi bruker til en medisinsk kontrollert observasjon. Den sansende erfaring anses for å være bedragerisk og ukontrollerbar. Martinsen hevder at dersom man ser bort fra den levende kroppens erfaringer og sansinger blir kroppen en ting. Dersom man derimot åpner for andre former for evidens enn den forskningsbaserte vil denne formen for kunnskap også kunne sies å være evident.

Denne fenomenologiske innfallsvinkelen til evidensbegrepet gir argumenter for å kalle noe evident ut fra sanseintrykk i møte med mennesker. Det å omforme dette til et språklig uttrykk som gir gjenkjennelse hos andre mennesker er også en form for evidens. Disse sanseintrykkene anser Martinsen for å være vesentlige for å få til et godt møte mellom hjelper og den som mottar hjelp (Martinsen 2009). Dette krever imidlertid at man frigjør seg

fra tanken om at det kun er det som forskes fram ved hjelp av hypotetisk-deduktive metoder som gir evidens som kan brukes i praksis.

Filosofen Husserl forsøkte også å forstå menneskets levde erfaringsverden. Han hevdet at menneskers erfaringer er direkte og umiddelbare i sin opplevelse av fenomener som er helhetlige og meningsbærende for individet (Husserl [1907] 1997). Ut fra Husserls tanker vil man dersom man studerer noe utenfra ved å se på objektive data kun finne objektive trekk ved et fenomen. Denne kunnskapen vil derimot ikke gi oss innsikt i hvordan det oppleves å være i en tilstand. Overført til rehabiliteringskontekst og evidensdebatten vil dette bety at man ved bare å undersøke objektive data om funksjonshemninger eller sykdommer ikke får kunnskap om hvordan dette oppleves av individet, hva det betyr og hvilken mening dette har for personen i hans livsverden. Fenomenologien er nettopp opptatt av å finne fram til opplevelsen av et fenomen eller et fenomens essens.

Behovet for et mer pluralistisk evidensbegrep i rehabilitering påpekes av Clarke (1999) ut fra en tanke om at man innenfor helseprofesjonene har behov for et evidensbegrep som favner både vitenskapelig dokumentert kunnskap, humanistisk kunnskap og personlige erfaringer. Det uttrykkes skepsis til et system der all evidens ikke ønskes like velkommen. De ulike former for evidens kommer sammen og bidrar til et bredere og klarere bilde av situasjonen. Ingen form for evidens har hele sannheten. En begrensning av evidensbegrepet til å gjelde forskningsbasert kunnskap vil kunne føre til at man utelater viktige kilder til kunnskap som er vesentlige for rehabiliteringsforløpet.

Positivism

Vektleggingen av vitenskapelig bekreftede forskningsresultater som grunnlag for avgjørelser har ført til at kunnskapsbasert praksis beskyldes for å innta et positivistisk syn på kunnskap (Martinsen 2009). Positivism representerer et rendyrket syn på hva som er gyldig vitenskap og kunnskap. En positiv vitenskap. I Wienerkretsens programskrift fra 1929 som var inspirert av August Comtes framstilling av en positiv vitenskap, beskrives en tro på at man ved å holde seg til fakta i vitenskapen kan overvinne spekulasjoner og utsagn som overgår det vi kan erfare direkte ved vitenskapelige undersøkelser. Det som kan kalles vitenskapelig kunnskap blir i denne tradisjonen det som kan verifiseres når det testes mot det vi sanser (Tomassen 2007).

Grimen (2009) hevder at de som beskylder kunnskapsbasert praksis for å ha positivistiske trekk kan sies å ha delvis rett i dette. Det er blant annet likhet i synet på hva som gir mest pålitelig kunnskap og en likhet i tanken om at vitenskap kan overføres til bruk i praksis. Han peker allikevel på at det innfor kunnskapsbasert praksis er en dreining mot større vektlegging av kvalitativ forskning og derved en mindre snever tolkning av hva som er vitenskap enn den tradisjonelle positivismen.

Det instrumentelle misstak

Innrømmelsen av behov for kvalitativ forskning i evidensbevegelsen (Nordtvedt m. fl 2008), hindrer ikke kritikerne av metoden i å hevde at man ved å bruke metoden kunnskapsbasert praksis eller hengi seg til evidenstenkningen risikerer å begå det filosofen Hans Skjervheim (2002) kalte det instrumentelle misstak. Skjervheim hevdet at ved å gjøre mennesket til gjenstand for en positivistisk tilnærming unnlater man å se forskjellen mellom naturfenomener og sosiale fenomener. Skjervheim hevdet også at samfunnsvitenskapene og naturvitenskapene skiller seg fra hverandre ved at det finnes et prinsipielt skille mellom naturfenomener og sosiale fenomener. Ved å innta en positivistisk tilnærming til mennesker blir mennesker til objekter. Dette fører igjen til at kjernen i all menneskelig samhandling som er den meningsdimensjonen all handling befinner seg i blir borte. Mennesket har evne til å reflektere, handle annerledes og ikke minst en fri vilje som vitenskapen ikke kan fange opp (ibid). Skjervheim var ikke motstander av forskning, men advarte mot å bruke naturvitenskapelig struktur i forskningen. Forskningsforsøk mente han skulle ha til hensikt å prøve seg fram i et forsøk på å lære noe.

Dersom man gjør mennesket til et objekt slik naturvitenskapelig forskning gjør unnlater man å forholde seg til menneskets frie vilje. Det sosiale mennesket har en evne til å reflektere og handle utenom det vitenskapen kan fange opp i sine standardiserte forsøk. I all samhandling mellom mennesker er det en meningsdimensjon som vil påvirke resultatet.

Vesentlig i samhandling mellom mennesker var slik Skjervheim så det at den gode samtalen finner sted mellom likeverdige subjekter. Det vil si i en treleddet relasjon, der den andre, meg og saken er i en relasjon. Saken deles i følge Skjervheim (ibid) mellom de to deltakerne. De er medsubjekter i samme sak. Man deltar og lar seg engasjere. Dersom man gjør den andre til et objekt får man en toleddet relasjon, der den andre blir et objekt.

Skjervheim mente det var umulig å løse praktiske og moralske problem ved hjelp av instrumentelle handlinger basert på teoretiske vitenskaper. Dersom man gjorde dette begikk man det han kalte det instrumentelle misstak.

Hva har så det instrumentelle misstak med rehabilitering å gjøre? Jeg mener dette perspektivet er relevant. Dersom man godtar som premiss at et evidensbegrep slik det framkommer i kunnskapsbasert praksis fører til en dreining mot et mer positivistisk vitenskapssyn i rehabilitering slik blant annet Grimen (2009) og Martinsen (2009) hevder, vil en mulig effekt av å bruke denne arbeidsmodellen være at vi risikerer å havne i situasjoner der vi begår instrumentelle misstak i forhold til brukere av rehabiliteringstjenester ved å gjøre brukerne til objekter og derved miste den meningsdimensjonen de befinner seg i.

I rehabiliteringspraksis har vi behov for kunnskap om en rekke ting kunnskapsbasert praksis ikke legger inn under evidensbegrepet. Et hovedprinsipp i rehabilitering er at rehabilitering er en individuell og personlig prosess der brukerens egen opplevelse av sin situasjon og livsverden er et viktig utgangspunkt for å arbeide seg fram mot aktuelle rehabiliteringsmål (Normann m. fl; Lie 2001; St. prp. nr 1 2007- 2008). Vi trenger altså kunnskap om hvordan tilstanden arter seg fra dette ene individets helt særegne ståsted.

Konflikten mellom vitenskap og praksis

En annen mulig konflikt som synliggjøres ved at vi adopterer evidensforståelsen fra kunnskapsbasert praksis i rehabilitering, er en konflikt i forhold til hvorvidt vitenskapen skal styre rehabiliteringspraksis.

Evidensdebatten kan diskuteres som en del av teori- praksis debatten i helse- og sosialfagene. Grunnleggende handler dette om forholdet mellom vitenskap og praksis, hvordan vi ser på praksis og hvilket teorigrunnlag som ligger til grunn for god praksis. Disse igjen er avhengig av det til enhver tid dominerende kunnskapssyn (Grimen 2009). Dersom man setter forskningsbasert kunnskap som det rådende idealet for kunnskap i rehabilitering bør man derfor forvente å se en endring i forhold til hva som skal være grunnlaget for god praksis.

Når man ser på kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode, kommer det tydelig fram at de ønsker å bygge sin praksis på forskning som ideelt sett er praktisk rettet og har en lav grad av abstraksjon. Dersom man benytter denne framgangsmåten kan man i følge metodens tilhengere unngå å benytte ubegrunnede tiltak som kan gi skade og uønskede resultater

(Nordtvedt m. fl 2008). I en undersøkelse gjennomført av Grol og Grimshaw fra 2003, gjengitt av Vandvik (2009) kommer det fram at 30-45 % av pasienter ikke får den anbefalte behandling og opptil 25 % av behandlingen de får er skadelig eller unødvendig. Tilhengere av kunnskapsbasert praksis hevder at deres metode vil være et viktig redskap for å bøte på denne faren for feilbehandling.

For å finne svar på hva man må gjøre for å forebygge sykdom eller skade, hvilken behandling som er riktig eller effekt av tiltak anbefales det i kunnskapsbasert praksis å bruke randomiserte kontrollerte forsøk og i særdeleshet systematiske oversikter over slike studier (Nordtvedt m. fl 2008). Forskning etter standarder akseptert i kunnskapsbasert praksis skal dersom man har fulgt trinnene i modellen gi forskning som gir evident viten til bruk i praksis også innen rehabilitering. Dersom man finner forskning på det feltet man har reflektert seg fram til behov for forskningsbasert kunnskap om, vurderer metodisk kvalitet, resultat og overførbarhet og bruker godkjente sjekklister regnes dette for å være gyldig kunnskap som kan benyttes i praksis. Det stilles ingen spørsmål om hvorvidt det er problematisk å anvende forskningsresultater som grunnlag for praksis.

Spørsmålet blir da om statistiske sannheter kan overføres til enkeltindivider? Martinsen (2009) er tydelig på at det på ingen måte er enighet om at vi har noen garanti for eller sannsynlighet for at disse statistiske sannhetene tar høyde for alle menneskelige variasjoner og derved kan overføres til enkeltindivider. Hun hevder at det ikke finnes gjennomsnittsmennesker og at forskningen ikke tar høyde for utenforliggende sammenhenger individet befinner seg i.

Ekeland (2009), hevder at faren for feilbehandling heller vil øke enn minke ved bruk av kunnskapsbasert praksis på grunn av faren for å gjøre pasienten til et objekt, og fordi metoden vil redusere fleksibilitet i praksis. Han er på linje med Martinsen når han benekter at man ved å belegge praksis i evidens nødvendigvis gjenskaper resultatene av forskningen. Han påstår også at man innenfor evidenstenkningen ikke framviser noen kunnskap eller problematisering av de mulige utfordringene man kan stå ovenfor når man skal ta i bruk forskning i praksis. Han anser dette å tyde på en manglende forståelse av begrensningene i ulike forskningsmetoder hos evidensbevegelsen.

Det motsatte syn er representert blant annet av Vandvik (2009). Han hevder at motstanden mot evidens kan relateres til medisins historie om Bad Medicine. Dette begrepet benyttes for å beskrive den delen av medisins historie som har gjort mer skade enn nytte for

pasientene. Han hevder at det har vært lange tradisjoner mot å akseptere ny kunnskap innenfor de medisinske profesjonene. Han hevder også at det historiske skillet for når medisinen begynte å gjøre mer nytte enn skade kom samtidig med at man begynte å telle utfall av behandlinger og sette opp kontrollgrupper. Selv i dag er det mange forsømmelser i helsevesenet når det gjelder å implementere ny kunnskap i praksis. Vandvik (ibid) mener motstand mot å benytte seg av forskningsbasert eller evident kunnskap legger seg inn i denne tradisjonen med motstand mot å ta i bruk kunnskap som er til det beste for pasienten.

Det er ikke bare dagens filosofer og praktikere som har vært opptatt av forholdet mellom teori og praksis. Den franske filosofen Paul Ricoeur (1979/2002), var inspirert av Aristoteles og hevdet blant annet at ideen om at det skulle finne en vitenskap for praksis var ”en dødbringende tanke” (Sitat Ricoeur 1979/2002:149). Han mente at praktisk fornuft ikke kan reduseres til anvendt forskning, like lite som man kan framskaffe teknologier for klinisk praksis ved å forske. Å anbefale praksis ut fra forskning fører i følge Ricoeur til en instrumentalisering av praksis, mens praksis i realiteten har behov for sin egen form for fornuft, nemlig den praktiske fornuft. Ricoeur hevder også at man ikke kan overføre krav til evidens innenfor et område til et annet område der de samme krav ikke kan bli oppfylt.

Ricoeur (ibid) mente altså at vitenskap og praksis har ulik logikk og derfor ikke nødvendigvis bør blandes. Ved å bruke evidens som grunnlag for praktisk handling vet vi i følge Ricoeur uansett ikke hva resultatet av handlingen vil bli. Resultatet av handlingen ligger utenfor vår kontroll ved at den påvirkes av en rekke utenforliggende forhold og menneskets frie vilje. Forskningen søker kunnskap om hva som er. Når man gjør valg i forhold til praktisk handling handler det derimot om hva man vil skal bli. Dette ligger utenfor den vitenskapelige forskningens evidens.

I vår tids debatt om forholdet mellom teori og praksis har Aristoteles sin refleksjon over handling og praksis også fått en renessanse. Aristoteles beskriver mennesket som et fornuftsvesen zoon logikon- og mener denne fornuften skiller oss fra dyr og planter. For å løse ulike oppgaver tar vi i bruk ulike former for fornuft. Han skiller mellom teknisk fornuft (techne) teoretisk fornuft eller viten (episteme) og en praktisk fornuft. Denne praktiske fornuften knyttes opp til handlinger og samhandling mennesker mellom og utøvelsen av denne praktiske klokskap eller visdom er det Aristoteles kalte phronesis. Phronesis kan altså slik jeg tolker Aristoteles sin argumentasjon ikke oppnås ved å basere seg på teknisk fornuft eller forskningsbasert kunnskap som vi diskuterer her (Aristoteles 1973).

Whyte (1994), hevder at det er fundamentale forskjeller mellom rehabilitering og andre former for biomedisinsk intervensjon. Disse kan være verdt å se nærmere på når man skal diskutere om evidens gir oss kunnskap som er egnet til faglige avgjørelser i rehabilitering.

Mange og sammensatte lidelser preger bildet for rehabiliteringsbrukeren eller pasienten. Dette gjør det i følge Whyte (1994) vanskelig å påvise sammenheng mellom en patologisk sykdomsprosess eller skade og funksjonshemmingen personen opplever. En biomedisinsk intervensjon er rettet mot å stanse eller reversere en sykdomsprosess. Det har vært allment antatt at en bedring i en patologisk prosess vil føre til en bedring i funksjoner. Forskning viser derimot at dette ikke alltid er tilfelle. Eksempelvis viser det seg at en ryggoperert ikke alltid kommer tilbake til arbeid etter vellykket operasjon selv om patologi var påvist som årsak og korrigert. På den annen side kan noen typer behandling gi funksjonsbedring selv om det ikke i utgangspunktet var påvist at det forelå noen patologi eller at denne ble reversert. Et hovedspørsmål blir her i rehabiliteringssammenheng hvorvidt funksjon kan bedres eller gjenvinnes uavhengig av patologi og under hvilke betingelser dette er mulig (ibid).

Når man ser på effekten av rehabiliteringsprosessen anser Whyte (ibid) at denne ikke bare er et resultat av hvilken behandling som ble valgt, men effektiv utførelse, timing og organisering av tjenesten. Det er slik han ser det ikke sannsynlig at dette kan undersøkes tilfredsstillende ved individuelle kliniske forsøk. Alt dette fører til et behov for andre forskningsmetoder enn de som tradisjonelt benyttes innenfor medisin.

Ekeli (2002) som har foretatt en kritisk gjennomgang av evidensbasert praksis argumenterer på liknende måte når hun hevder at kunnskapen produsert i denne tradisjonen ikke egner seg til å benyttes som grunnlag for praksis i situasjoner der det er snakk om diffuse eller sammensatte plager. Den evidente kunnskapen fra kunnskapsbasert praksis gir oss ikke svarene vi trenger for å hjelpe disse menneskene.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp.nr.1 2007- 2008), peker på at rehabiliteringsfeltet har spesielle utfordringer. Innenfor rehabilitering skyldes feilbehandling og uønskede resultater oftere svikt i samordning av tjenester enn i andre typer helse og omsorgstjenester. Det pekes også på et behov for å utarbeide kvalitetsindikatorer som fanger opp rehabiliteringens helhetlige behandlingkjeder og samhandling. Det fokuseres dog også på behov for systematisk og rask tilgjengelighet av forskningsresultater.

Denne debatten handler i grunnen også om hvilken retning rehabiliteringsfeltet skal ta. Rehabiliteringsfeltet er i endring fra en praksis rettet mot å reparere mennesker, til et stadig videre perspektiv der deltakelse, livskvalitet og livsmål er i fokus. Denne bevegelsen bort fra biomedisinske tilnærminger kommer delvis etter press fra de funksjonshemmede selv og delvis fra politisk hold. Funksjonshemming ses ikke lenger kun som en mangel ved individet som kan repareres ved riktige intervensjoner eller tiltak, men også som noe man kan bøte på ved hjelp av samfunnets organisering (Hanssen & Sandvin 2003; Normann m. fl 2006).

Evidens som styringsmiddel

Ved implementering av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering er det også en mulig konflikt i forhold til hva som skal styre rehabiliteringsfeltet.

Tilhengerne av kunnskapsbasert praksis hevder at evidens etter deres vitenskapelige forskningstradisjoner er et godt grunnlag for planlegging av og fordeling av helsetjenester. Bjørndal og Oxman (1996) gir råd til påtroppende helseminister om å føre en mer kunnskapsbasert helsepolitikk. De hevder at dette vil gi logiske, rettferdige og forutsigbare helsetjenester. Det vil gi mindre politisk opportuniste i helsepolitikken og derved mindre fare for at de med størst ressurser får de beste tilbudene. Til tross for at de anerkjenner at helsepolitikk også skal formes av ideologier, meninger, verdier og barmhjertighet hevder de at kunnskap må foretrekkes som styringsmiddel i helsetjenesten.

Skeptikerne mener derimot at en evidensbasert kunnskap som grunnlag for helsepolitiske prioriteringer kan føre til fokus på diagnosegrupper og refusjonsordninger. Dette kan føre til at grupper med uklare diagnoser og sammensatte langvarige lidelser faller utenfor. Dette er en aktuell problematikk for rehabiliteringsfeltet (Martinsen 2009).

I følge Chronister m. fl (2008), som i utgangspunktet er tilhengere av å kunne tilby sine rehabiliteringsklienter et tilbud basert hva man har evidens for at virker, bør man være oppmerksom på at det er grunn til å betvile om evidens er et godt grunnlag for tjenestetildeling. Dette mener de kommer av at det er for mange uløste spørsmål knyttet til å avgjøre hvilke deler av tilbudet som fører til hvilke resultat.

I all offentlig forvaltning finner vi et økende fokus på faglige uavhengige standarder. I et klima der viten basert på forskning etter evidenshierarkiets standarder har høy status er det å kunne påvise evidens for sin profesjonsutøvelse en måte å vise sin faglige profesjonalisme på

(Grimen & Terum 2009). Offentlig sektor er opptatt av resultater. Tildelende myndigheter vil gjerne vite at de får noe igjen for sine penger og investeringer og de vil gjerne sette ressursene inn der de gir best resultater. Profesjonenes behov for å legitimere sin praksis har gitt behov for å styre forskning til de områdene som hadde behov for legitimering. Det er også fare for at ressurser til forskning og utvikling styres av legemiddelindustriens økonomiske motiv. Forskningsmidler er mangelvare, og det er stor fare for at midler vil gå dit legemiddelindustrien kan bevise effekt for egne produkter (Ekeland 2004).

Det mangler også bevis for at kunnskapsbasert praksis er en effektiv metode for å gi helsetjenester av bedre kvalitet enn andre metoder. Dette fordi forskning på dette har store utfordringer med hensyn til etiske forhold og metode (Ekeland 2009). Vi mangler også empiriske studier om hvordan kunnskapsbasert praksis praktiseres.

Økonomi og målbarhet er viktige prinsipper i et helse- og sosialvesen preget av rasjonalitet. Det nyttige og gode er ikke lenger motivene bak den offentlige styringen av praksis. Dette har skapt et godt klima for evidens som grunnlag for praktiske avgjørelser. Norske myndigheter har støttet opp under kunnskapsbasert praksis ved Nasjonalt kunnskapssenter og etableringen av blant annet masterutdanninger i kunnskapsbasert praksis. Myndighetene tar sine beslutninger basert på evidensbasert kunnskap. Slik kunnskap er forventet å gi sikker og objektiv kunnskap om forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Helsetjenesten forventes også å baserte sitt arbeid på tjenester man vet har effekt (Martinsen 2009). Samtidig risikerer man å miste andre viktige faktorer i forståelsen av helse og lidelse ved å bruke evidens som beslutningsgrunnlag.

Evidensbevegelsens vitenskapssyn har også medført beskyldninger om at man risikerer at forskning i hovedsak rettes mot problemstillinger som lar seg undersøke med vitenskapelige metoder. Det som er viktig i praksis derimot kan ikke nødvendigvis telles og måles med disse metodene og denne type forskning er dermed ikke nødvendigvis et godt grunnlag for offentlig styring (Ekeland 2004).

Ekeland (ibid) beskriver hvordan faglige retningslinjer både er et verktøy for å fremme evidensbasert praksis og et verktøy for å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive. I tillegg gjøre det tjenestene lettere å overvåke. Ekeland stiller seg kritisk til om disse retningslinjene i virkeligheten fører til bedre resultat og etterlyser mer forskning på dette området. Han peker også til utvikling i andre land der man nå ser en tendens til at kriterier for refusjon og legitimitet av tjenester kun følger de tjenestene som kan påvise evidens. Man har også

eksempler fra eksempelvis USA der profesjonsutøvere som har gitt behandling uten dokumentert evidens har blitt domfelt. Dette hevder Ekeland (ibid) kan føre til at profesjonsutøvere ikke tør tilby behandling eller tiltak de ikke har evidens for at virker.

I offentlig forvaltning har vi også et økende krav om å utnytte våre felles ressurser på en best mulig måte. Sykehusene premieres økonomisk for å behandle flest mulig pasienter. Rehabilitering er en tidkrevende og kostbar prosess som ofte ikke gir noen økonomisk gevinst før på lang sikt og da gjerne på et annet budsjett enn der ressursene ble satt inn innledningsvis. Dette er en forklaring på hvorfor rehabilitering ofte er en av taperne i budsjettssammenheng (Hanssen & Sandvin 2003). Vi ser allikevel nå signaler om en større satsing på rehabilitering både med økonomiske midler og økt fokus på rehabilitering som kunnskapsområde (St. prp. nr 12007-2008). Spørsmålet blir da om en ambisjon om å satse på å legge større ressurser i rehabiliteringsfeltet ut fra prioriteringer basert på evidens om hva som er god og lønnsom behandling er forenelig med et ønske om at rehabiliteringsfeltet skal preges av verdier som brukermedvirkning og fokus på individets egne mål og ønsker for sin rehabilitering som uttrykkes i samme dokument.

Rehabiliteringsfeltet møter press fra mange kanter. Ovenfra fra politisk hold i form av press om å levere stadig flere og bedre tjenester for mindre penger. Profesjonene sloss innad i systemet for sin bit av kaken. Og nedenfra fra de funksjonshemmede som sloss mot kategorisering (Hanssen & Sandvin 2003). Det er derfor viktig å diskutere hva som skal være grunnlaget for prioriteringer i rehabiliteringsfeltet.

Konflikt om hva som er faglig ekspertise i rehabilitering

Som profesjonsutøvere i helse- og sosialfag som rehabilitering er vi ansatt til å hjelpe brukerne til å nå bestemte mål. Ofte har de søkt seg til f. eks en rehabiliteringsenhet for å få tilgang på ekspertise. Som profesjonsutøvere forutsettes det at vi skal inneha en særskilt ekspertise om effekt av tiltak, prognose og lignende (Grimen 2009). Man kan allikevel diskutere om man kan ha ekspertise uten å følge kunnskapsbasert praksis. I kunnskapsbasert praksis er det forventet at man skal følge deres prosedyre for innhenting av beste kunnskap og basere praksis på dette så langt det er mulig.

På Center for Evidence-Based Medicine sine nettsider refereres flere undersøkelser som viser at de mest benyttede kilder til kunnskap hos sykepleiere ble oppgitt å være erfaring og

utdanning. Langt nede på listen var faglitteratur og forskningsartikler. Dette kritiseres som grunnlag for praksis (Center for Evidence-Based Medicine 2009).

I boken Evidence- based Rehabilitation. A guide to practice (Law 2008), gjøres det rede for hva som fører fram mot ekspertstatus innenfor kunnskapsbasert praksis. En ekspert i kunnskapsbasert rehabiliterings beskrives som en person som deltar i formelle metoder for datainnsamling og evaluering av intervensjoner, han deler kunnskap globalt og kritiserer andres arbeid. Erfaring og faktorer som taus kunnskap er altså ikke med her.

Det finnes allikevel alternative forståelser av faglig ekspertise. For å beskrive en forståelse av hvordan mennesker oppnår kunnskap og ferdigheter har Hubert og Stewart Dreyfus (1986) presentert en fenomenologisk teori om menneskets læreprosess. De deler denne prosessen inn i fem trinn. Nybegynner, avansert begynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Det er en betydelig kvalitativ forskjell på hva man kan prestere innenfor de ulike trinnene i læreprosessen.

Som nybegynner vil den som skal lære seg et fag eller en ferdighet starte med en innføring i regler og fakta ved situasjonen som er kontekstuavhengige. De kan anses som gyldige i alle situasjoner. For å komme videre til avansert begynner må man ha skaffet seg erfaring. Denne erfaringen fører til en gjenkjennelse av likheter mellom situasjoner. Gjenkjennelsen er nå avhengig av kontekst. Som kompetent utøver lærer man seg å organisere situasjoner ved å bruke mål og planer. Man tar i bruk en hierarkisk prosedyre for sine beslutninger. Den kompetente utøver er engasjert i situasjonen fordi de også føler et ansvar for resultatet. Ved å samle erfaring har den kompetente utøver mulighet for å bli en kyndig utøver. Nye perspektiver tas nå med inn i situasjonen, og tidligere erfaring gir en spontan tolkning og prioriteringsevne. Denne tolkningen og prioriteringen er i hovedsak intuitiv, men den kyndige utøver vil fremdeles bruke en analyse av situasjonen. Med tid og erfaring kan den kyndige utøver gå over til å bli en ekspert. På dette nivået kan eksperten se handlinger, strategier og relevante beslutninger som en helhet og handle intuitivt ut fra dette. De skiller ikke lenger mellom problem og løsning, men ser hele sakskomplekset som en helhet. Det er et stort sprang fra analytisk oppgaveløsning til den sanne menneskelige ekspertise (Dreyfus & Dreyfus 1986).

Det er altså først når vi frir oss fra behovet for prosedyrer og analyser vi er i stand til å bli eksperter på vårt felt. De hevder også at mennesket ikke generelt er oppgaveløsende og at

ingen har maktet å eksternalisere intuisjonen med regler man kan følge for å nå fram til samme resultat som intuitiv adferd (Dreyfus & Dreyfus 1986).

Mange av profesjonsgruppene som arbeider i rehabiliteringsfeltet har tradisjonelt en mer praktisk enn teoretisk kunnskapsbase. I et forsøk på å få høyere status har man sett at de har adoptert den viteskapelige tradisjonen til medisinfaget. De ulike gruppene forsøker på denne måten å befestе sin rolle og sin ekspertise (Normann m. fl 2006). I praksisfeltet derimot ser kravene til kunnskapsbasert praksis ofte ut til å møtes med motstand. En erfaren praktiker føler seg hemmet i sin yrkesutøvelse når han /hun bes om å følge regler og prosedyrer i stede for å kunne ta inn over seg situasjonenes mangfold og sammenhengen den foregår i (Martinsen 2009). Dersom man adopterer Dreyfus og Dreyfus sin teori om kunnskapsutvikling vil man aldri kunne nå ekspertnivå ved å holde seg til Kunnskapsbasert praksis. Her presiseres det jo nettopp at det er viktig å følge prosedyrer for kunnskapsinnhenting (Nordtvedt m. fl 2008).

Rehabiliteringsfeltet preges altså av et behov for mange typer kunnskap for å gi gode tjenester til brukerne. Feltet preges av at mange ulike faggrupper kommer inn med sin fagspesifikke kunnskap. Mye av den kunnskapen de har med seg er kunnskap fra grunnutdanning og erfaringskunnskap (Normann m. fl 2006). Når man snakker om kunnskapsbehov og hva som er faglig ekspertise i rehabiliteringsfeltet snakker man ikke hovedsakelig om mer faktakunnskap om effekt av tiltak og behandling, men om behov for en konvergerende kunnskap om hvordan man kan få alle de ulike bidragene til å bli en helhet. Denne konvergerende kunnskapen innbefatter også brukerens kunnskap (ibid).

Kapittel 4

Utfordringer i forhold til bruk av skjønn ved kunnskapsbasert praksis i rehabilitering

Skjønn i kunnskapsbasert praksis

For å kunne drøfte hvilke konflikter i forhold til bruk av skjønn som synliggjøres ved implementering av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering vil jeg først se på hvordan skjønnsbegrepet omtales i kunnskapsbasert praksis.

Skjønnsbegrepet dukker stadig opp når kunnskapsbasert praksis diskuteres. Jeg får allikevel et inntrykk av at det er mer fokus på skjønnsbegrepet blant metodens motstandere (Martinsen 2009; Grimen 2009) enn det er innad i evidensbevegelsen. Kritikken går på at skjønn får liten plass i kunnskapsbasert praksis. Slik arbeidsmodellen presenteres i Norge via kunnskapscenteret og deres publikasjoner kommer skjønnsbegrepet inn under erfaringskunnskapen. De beskriver at forskningsbasert kunnskap skal ”farges av” (Sitat Nordtvedt m. fl 2008:14) det faglige skjønn som kommer fra erfaring og etiske vurderinger. Denne type ordbruk har ført til en skepsis til om hvorvidt skjønn har noen egentlig tyngde innenfor kunnskapsbasert praksis. Heggen & Engebretsen (2009) tolker dette valget av ord som en måte å plassere skjønn og erfaringskunnskapen lenger ned i beslutningshierarkiet enn for eksempel den forskningsbaserte kunnskapen. Nordtvedt & Jamtvedt (2009) protesterer derimot på denne tolkningen og forklarer dette inntrykket med klønete språkbruk i boken.

Ved en gjennomgang av kunnskapsbasert praksis og deres publikasjoner (Nordtvedt m. fl 2008; Bjørndal 2009, 2007; kunnskapsbasertpraksis.no) finner jeg ingen redegjørelse for hvordan skjønn skal utøves. Dette samme gjelder andre kilder som omhandler kunnskapsbasert praksis eller evidence-based practice (Dawes m. fl 1999; Law 2008).

I Læreboken i kunnskapsbasert praksis som i hovedsak er rettet mot sykepleiere (Nordtvedt m. fl 2008) finner jeg at skjønn beskrives som noe som skal farge praksis gjennom klinisk erfaring og etiske vurderinger. Den omtaler også skjønnsbegrepet ved å si ”at det kreves skjønnsom bruk av de ulike kunnskapskildene for å kalle en praksis kunnskapsbasert (Sitat Nordtvedt m. fl 2008:18). Det sies heller ikke her noe om hvordan dette skal gjøres i praksis, og temaet problematiseres ikke. Nordtvedt og Jamtvedt (2009) forklarer dette med at anvendelseskompetanse skal læres i utdanning og praksis.

Jeg finner støtte for denne manglende klarhet i forhold til forståelsen av skjønnsbegrepet og hvordan man skal forholde seg til skjønn i utøvelsen av kunnskapsbasert praksis hos Grimen (2009), som etter en gjennomgang av litteratur om evidens og kunnskapsbasert praksis har kommet fram til at det ikke kommer klart fram hvordan man skal forholde seg til skjønn. Ulike publikasjoner og uttalelser forholder seg ulikt til begrepet.

Det som er klart er at den internasjonale evidensbevegelsen, som kunnskapsbasert praksis erkjenner å ha sitt utspring i, begrunner sin eksistens med et behov for et bedre grunnlag for faglige avgjørelser enn erfaring eller faglig skjønn (Dawes m. fl 1999; Bjørndal 2007; Tomassen 2007). I kunnskapsbasert praksis er noe av grunntanken at det finnes en klar og sikker forskningsbasert viten som bør være grunnlaget for praksis. Bjørndal (2009) beskriver dette som å fundere praksis i det vi vet, framfor på bakgrunn av det vi mener og ønsker. I kunnskapsbasert praksis skal man når man arbeider altså angripe et spørsmål om en pasient eller intervensjon ved å søke etter forskningsbasert kunnskap i stede for å søke i sin erfaringskunnskap, lærebøker og kolleger. Skjønnen legges altså ideelt sett her til side. Skjønnen dukker opp igjen når resultatet av søk etter forskningsbasert kunnskap skal implementeres med de andre delene av modellen, nemlig erfaringskunnskap, brukerkunnskap og kontekst.

I kunnskapsbasert praksis er man også involvert i å lage faglige retningslinjer og prosedyrer. Nordtvedt m. fl (2008) begrunner dette med at det er et mål i kunnskapsbasert praksis å redusere variasjonene man ser i praksis. Det anses for å være ugunstig at like sykdomstilstander behandles ulikt. Her ligger også mye av kritikken mot kunnskapsbasert praksis. Metoden beskyldes blant annet for å legge opp til kokebokmedisin (Tuntland 2009). Hvis det forventes at man skal følgeprosedyrer og retningslinjer for å unngå å behandle ulike pasienter ulikt, må man kunne trekke konklusjonen at man ikke ønsker å gi det faglige skjønn stor plass når avgjørelser skal tas.

Tuntland (2009) hevder at det kan være lurt å ikke stole helt på egne erfaringer da din erfaringsbaserte kunnskap kan lure deg til å tro at noe virker selv om det i virkeligheten ikke gjør det. Siden dine erfaringer er grunnlag for ditt faglige skjønn (Grimen & Molander 2009) tolker jeg dette som en holdning til at det faglige skjønn ikke er til å stole på i faglige avgjørelser.

Ut fra dette vil jeg konkludere med at man i kunnskapsbasert praksis ikke anser skjønn for å være et godt nok grunnlag for å ta avgjørelser i praksis. Skjønnets skal være med å farge avgjørelsene, men kan ikke brukes alene som begrunnelse for praksis. Dette vil være utgangspunktet for en drøfting av skjønnets plass i rehabiliteringen og konsekvenser man vil se ved endring av dette.

Drøfting av mulige konflikter i forhold til skjønn ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering

Som ramme for drøftingen har jeg valgt å bruke Grimens og Molanders (2009) teori om skjønn. De hevder at en teori om skjønn må omhandle fire spørsmål. Det ene er skjønn som strukturell kategori, det andre er skjønn som resoneringsform, det tredje er skjønnets omstendigheter, og til sist skjønnets normative kontekst.

Det norske ordet skjønn betyr vurdering og vett, forstand og dømmekraft. Det finnes ikke noe engelsk ord som fullstendig dekker det norske ordet skjønn, men ordet discretion eller judgement brukes ofte for å beskrive det samme Grimen & Molander (2009).

Strukturelt skjønn

Rehabiliteringsfeltet består av en rekke ulike profesjonsgrupper som sammen arbeider for å bistå individet som skal gjennom en rehabiliteringsprosess. Disse profesjonsgruppene har alle i kraft av sin utdanning og sine stillinger fått tildelt en legitim kontroll over noen av

samfunnets arbeidsoppgaver. Denne legitime kontrollen innebærer i følge Abbot "first and foremost a right to perform the work as professionals see fit" (Abbot 1988:60). Vi snakker altså her om de profesjonelles rett til å utøve skjønn.

Strukturelt skjønn er "delegert og negativt avgrenset frihet, dvs. om en aktørs betrodde frihet til å velge mellom tillatte handlingsalternativer på basis av grunner som han selv finner godtakbare" (Grimen & Molander 2009:181).

Innskrenkningen av den profesjonelles rett til å utøve skjønn går her inn i det som er rammen rundt skjønnsutøvelsen. Det vil si de restriksjonene som er satt for skjønnsutøvelse.

Rettsfilosofen Dworkin (1978) beskrev skjønn som hullet i en smultring. Hullet i smultringen er skjønn og restriksjonene for skjønnsutøvelsen er smultringringen. Restriksjonene for skjønnsutøvelsen er satt av en myndighet. Det kan argumenteres her at dersom man som profesjonsutøver i rehabilitering pålegges å arbeide kunnskapsbasert vil dette innebære en restriksjon i forhold til skjønnsutøvelse, eller et mindre hull i smultringen.

Hvis jeg her går ut fra at profesjonsutøverne i rehabiliteringsfeltet i kraft av sine profesjoner har fått tildelt en rett til å utøve skjønn som Abbot (1988) hevder, og legger til at man innenfor kunnskapsbasert praksis ønsker å svekke skjønnets plass som grunnlag for beslutninger kommer vi til den første utfordring i forhold til rehabilitering. Utfordringen vil i dette tilfelle være en innskrenkning av den profesjonelles rett til å utøve skjønn i rehabiliteringsarbeid.

De ulike profesjonsgruppene har tradisjonelt hatt en stor grad av autonomi og derved rom for skjønnsutøvelse i sitt arbeid (Grimen & Molander 2009). Dette gjelder spesielt medisinere, men også fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere for å nevne noen profesjonsgrupper som ofte er involvert i rehabilitering. For disse gruppene har vi med utviklingen av velferdsstaten sett en økning av rommet for skjønn ved at det er stadig flere avgjørelser som må tas på et faglig svakt grunnlag. Dette gjelder både behandling og tildeling av goder og tjenester. Bakgrunnen for dette er at velferdsstatens omfang og tilbud har økt samtidig som profesjonsutøveren i stadig større grad må definere problemer og bestemme hvordan problem skal løses (Eriksen 2001).

Rehabiliteringspraksis kan også ses ut fra teorien om komparativ og ikke-komparativ rettferdighet. Rehabiliteringsfeltet har et fokus på individet og dets særegne situasjon som grunnlag for rehabiliteringens mål og innhold (Normann m. fl. 2006). Dette betyr at det som bør tilkomme den enkelte må bestemmes uavhengig av hva som tilkommer andre i liknende

situasjoner, eller ikke-komparativ rettferdighet. Ulike individ har behov for ulike tiltak og støtteordninger for å nå opp til samme nivå for eksempel i forhold til funksjon. Når man skal vurdere denne typen behov er det ikke mulig å komme utenom skjønn. På den andre siden av skalaen finner vi den komparative rettferdigheten eller den rettferdigheten som krever likebehandling dersom det ikke kan vises til relevante forskjeller (Eriksen & Molander 2009). Eriksen & Molander (ibid) viser til rettighetsfesting som et middel til å redusere rommet for skjønn. De påpeker imidlertid at en slik rettighetsfesting ikke vil fjerne behovet for skjønn.

Nå er det jo ikke noe nytt at rehabiliteringsfeltet må forholde seg til begrensninger i skjønnsutøvelse. Rehabiliteringsfeltet og deres profesjonsutøvere er allerede regulert av lovverk, vedtak, budsjetter og retningslinjer (Normann m. fl 2006). Det kan allikevel argumenteres at et krav om å arbeide kunnskapsbasert etter modellen kunnskapsbasert praksis vil begrense den enkelte profesjonsutøvers mulighet til selv å bestemme hvilken metode som er best egnet til å finne svar på hvilke tjenester og behandling en bruker skal tilbys. Noe av poenget med å begrense profesjonsutøveres autonomi i denne sammenheng er jo å sørge for mest mulig standardiserte tilbud (Ekeland 2004). Bjørndal og Oxman (1996) hevder blant annet at kunnskapsbasert praksis er et godt redskap for å få til en rettferdig fordeling av helsetjenester. Dersom man i økende grad velger en kunnskapsbasert tilnærming til refusjonsordninger og tjenestetildeling vil man også innskrenke den profesjonelles rett til å utøve skjønn. Dersom det er bestemt hvilke rettigheter en diagnose utløser på forhånd må den profesjonelle forholde seg til dette.

Hva skjer så hvis profesjonsutøverens strukturelle rom for skjønn begrenses? Er dette bare negativt for brukeren av rehabiliteringstjenester? En begrensning av det strukturelle rommet for skjønn kan gi flere resultater. Det ene er mindre makt hos den enkelte profesjonsutøver. Dersom man i utgangspunktet er skeptisk til at den enkelte profesjonsutøver i rehabiliteringsfeltet skal ha stor grad av autonomi i forhold til hvordan tjenester skal utføres og hva som er det faglige grunnlaget for avgjørelsene er det gunstig å redusere den enkelte utøvers rom for skjønn. Man må altså stramme inn de strukturelle rammene profesjonen arbeider innefor.

Dersom man skal argumentere for en svekkelse av profesjonsutøvernes rett til å utøve skjønn er maktperspektivet innlysende som argument. Profesjonenes rett til å bruke skjønn kan ha store konsekvenser for enkeltindivider og samfunnet. De kan ved utøvelse av skjønn uten begrunnelse ta beslutninger med store konsekvenser. Det er dette Eriksen (2001) kaller

demokratiets sorte hull. Den demokratiske kontroll over yrkesutøvelsen er svært begrenset ved sterk grad av skjønn, og den skjønnsmessige avgjørelsen kan sjelden etterprøves. Av dette følger også en mulighet for at makten til å utøve det faglige skjønn kan missbrukes. Den som besitter makten til å utøve skjønn er også den som innehar størst ressurser i situasjonen (Grimen & Molander 2009). Delegasjonen av skjønnsmyndighet til profesjonsgruppene ”baserer seg på at profesjonsutøveren faktisk er i stand til å vise god dømmekraft i situasjonen” (Grimen & Molander 2009:182). Dette har man imidlertid ingen garanti for (ibid).

Dersom profesjonsutøvere i rehabilitering får redusert sitt rom for skjønn vil dette også bety en svekkelse av profesjonenes autonomi. Det blir sterkere føringer på hvordan den enkelte skal utføre sitt arbeid. Tilhengere av kunnskapsbasert praksis vil hevde at dette sikrer et rettferdig tilbud basert på kunnskap om hva som er best rehabilitering og hvor man får mest igjen for de ressursene vi legger i feltet (Bjørndal & Oxman 1996). Motstanderne derimot vil hevde at en reduksjon av skjønnets strukturelle rom fører til at man overfører beslutningsmakt til en annen myndighet man ikke har noen bedre garanti for at gir tjenester av høyere kvalitet. Ekeland (2009) stiller spørsmål ved hvorvidt det overhode finnes noen evidens for at evidensbasert praksis virker bedre enn praksis som ikke er basert på evidens slik det presenteres i kunnskapsbasert praksis (Ekeland 2009).

Skjønn som epistemisk kategori

Epistemologi betegner den delen av filosofien som handler om kunnskapens natur og hvordan man kan komme fram til denne kunnskapen. Når man bruker epistemisk skjønn, bruker man altså skjønn for å komme fram til et begrunnet svar på et spørsmål. Svaret på spørsmålet begrunnes i skjønnet til den som resonerer. I rehabiliteringssammenheng vil det ofte være søken på et svar på et praktisk spørsmål (Grimen & Molander 2009).

Epistemisk skjønn er ”ubestemthet med hensyn til hva som er riktig, godt eller vakkert, og skjønn blir forstått som en slags resoneringsprosess som kan lede frem til konklusjoner og beslutninger under slike betingelser”(Grimen & Molander 2009:181).

I metoden kunnskapsbasert praksis anerkjennes ikke skjønnet som resoneringsform alene. Som jeg har argumentert tidligere kommer skjønnet inn i kunnskapsbasert praksis når metodens kunnskapsformer skal settes sammen og skal da kun farge avgjørelsen (Nordtvedt

m. fl. 2008). Jeg vil derfor hevde at man kan si at bruk av kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode i rehabilitering vil svekke skjønnets plass som resoneringsform.

Når vi bruker skjønn som resoneringsform, resonerer vi oss fram til hva som er riktig handling eller avgjørelse. For å kunne skille skjønn fra fri fantasi må man her ha tilstedeværelse av en situasjon kombinert med en handlingsnorm (Grimen & Molander 2009). Siden rehabilitering er individuelle prosesser der det må skreddersys et rehabiliteringsopplegg for hver enkelt bruker man treffer som profesjonsutøver (Lie 2001), er det ikke slik at man kan hente fram en mal for rehabiliteringen. Vi har altså ofte et fravær av eller i alle fall få handlingsnormer å støtte oss på. Når vi har få handlingsnormer kommer vi ikke utenom skjønn som resoneringsform.

Grimen & Molander (2009) beskriver skjønn som praktisk resonering med svake holdepunkter. Det er et svakt forhold mellom premisser og konklusjon. Dersom man ser på skjønn på denne måten er det tilstedeværelsen av normative holdepunkter som skiller skjønn fra fantasi. Jeg tolker det slik at kunnskapsbasert praksis ønsker å styrke forholdet mellom premisser og konklusjon når vi skal ta en avgjørelse. Målet i kunnskapsbasert praksis er jo å finne svar på faglige spørsmål i forskningsbasert kunnskap for deretter å basere avgjørelsene på denne kunnskapen i størst mulig grad.

Når jeg går videre i skjønn som resoneringsform finner jeg argumenter for at skjønn som resoneringsform ikke nødvendigvis må oppfattes som et svakere grunnlag for beslutninger enn beslutninger basert på forskningsbasert kunnskap slik vi finner det i kunnskapsbasert praksis. Skjønn kan også knyttes opp til modenhet og erfaring i utøvelsen av et fag.

Aristoteles (1973) mente at fronesis (praktisk visdom) oppnås når en person på bakgrunn av erfaring og kunnskap er i stand til å resonere seg fram til riktig handling. Fronesis knyttes opp til klokskap hos personen. Man vil se forskjell på resultatet av et arbeid eller en handling gjort av en med fronesis framfor en som kun har teknisk kunnskap (techne). Man kan ikke oppnå fronesis ved å bruke standardløsninger. Den som skal oppnå fronesis må fristilles til å ta valg i situasjonen. Slik jeg tolker Aristoteles her betyr dette at en utøvelse av et godt faglig skjønn er noe som etterstrebtes for å oppnå et best mulig resultat. Ved å resonere i situasjonen tar man i bruk sin erfaring og klokskap og vil på denne måten få et godt grunnlag for handling.

Aristoteles peker allikevel også på at denne klokskapen kommer av erfaring og modning. Dette betyr at man dersom man ser det fra Aristoteles sitt perspektiv, vil en profesjonsutøver som fristilles til å bruke skjønn som resoneringsform komme til et bedre resultat enn en som

forholder seg til standardiserte prosedyrer eller behandlingsforløp. I sin artikkel *Using phronesis instead of research-based practice* argumenterer Don Flaming (2001) på samme måte ved å vise til at selv om forskningskunnskap er viktig er det ikke tilstrekkelig som grunnlag for pleie. Utøvelsen av sykepleie må gjennomsyres av fronesis for å oppnå en god tilstand hos pasienten.

Sykepleieforskeren Patricia Brenner (1984), bruker ikke begrepet skjønn i sine arbeider, men betoner viktigheten av den kliniske kunnskapen som består av individets teoretiske bakgrunn og erfaring som grunnlag for sykepleierens handlingskompetanse. Brenner tar utgangspunkt i Dreyfus og Dreyfus (1986) sin teori om læring og hevder at sykepleieren som handler på ekspertnivå kjennetegnes ved at vedkommende frigjør seg fra modeller og regler og ser hele situasjonen. Brenner (1984) mener teoretisk kunnskap kommer til kort i møtet med konkrete praksissituasjoner da disse er komplekse og krever frihet til å handle i situasjonen.

En del av kunnskapen det skal handles ut fra er den del av kunnskapsbasen som ikke kan beskrives med ord. Det er det Michael Polanyi (1966/2000) kaller taust viten - tacit knowing. Denne tause kunnskapen er en bakgrunnskunnskap som er personlig og integrert som en del av hvem vi er. Vi er ofte ikke bevisst denne kunnskapen, men den inngår i vår samlede kompetanse.

Å resonere ved hjelp av skjønn er altså ikke nødvendigvis synonymt med å mangle faglig tyngde eller begrunnelse. Det er nettopp din faglige bakgrunn og oppsamlede erfaringen som gjør deg i stand til å sette sammen alle bitene i puslespillet når du skal ta en avgjørelse. Dette betyr jo også at det er noen som er mer kvalifisert til å utøve skjønn enn andre. Dette er en av de problematiske sidene ved skjønn som resoneringsform. Brukeren av tjenestene må ha tillit til at profesjonsutøveren er kvalifisert til å utøve skjønn. Det er ikke alltid profesjonsutøverne er verdig denne tilliten (Eriksen 2001).

I møte med en rehabiliteringsbruker har vi ikke bare bruk for teknisk og vitenskapelig kunnskap. Når vi skal finne fram til en plan for rehabilitering er en vesentlig del av rehabiliteringsprosessen å finne fram til brukernes livsmål og tanker om hvor de vil med livet framover (Lie 2001; Normann m. fl. 2006).

Slik det beskrives av Martinsen (2000) er skjønn en vesentlig faktor når man skal finne fram til en samklang eller forståelse av brukeren. Her må man nettopp legge det analytiske til side og sanse med hele seg for å unngå å gjøre brukeren til et objekt i situasjonen. Gjør man ikke

det risikerer man å påtvinge brukeren noe som vil true personens integritet. Her ser hun altså skjønn som noe som beskytter brukeren mot å bli påtvunget behandling og tiltak som ikke er forenelig med pasientens ønsker ved å være villig til å åpne opp for ”å se” den andre. Dersom man tar kritikken mot kunnskapsbasert praksis på alvor er dette en reell konflikt man kan komme til å havne i dersom man ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering gir skjønnet mindre plass som resoneringsform.

Skjønnets omstendighet

Skjøttets omstendighet er ”de betingelser som gjør skjønn uomgjengelig i et praktisk resonnement, hvor målet er begrunnede konklusjoner om enkelttilfeller. Omstendighetene er kilder til ubestemthet, som skjønn må lukke” (Grimen & Molander 2009:184).

Hvilke omstendigheter er det så som gjør skjønnet uomgjengelig i rehabilitering? Det som er sikker er at det i rehabilitering sjelden er mulig å forutsi utfall av tiltak like sikkert som innenfor andre grener av helsefeltet. Dette på bakgrunn av at en rehabiliteringsbruker oftest har komplekse sammensatte problem som påvirkes av mange ulike faktorer (Hanssen & Sandvin 2006). Denne ubestemtheten tvinger fram bruk av skjønn enten man ønsker det eller ikke. Her må man skille mellom den rent behandlende delen av rehabiliteringsmedisinen og rehabilitering som prosess. Innenfor medisin finnes det i større grad hypotetiske imperativer i form av empiriske forbindelser mellom mål og middel, men også i medisin finnes behandlingsalternativer og usikkerhet rundt utfall. Det framheves allikevel av Grimen & Molander (2009) at det finnes områder der gapet mellom premisser og konklusjon er større enn andre steder. De nevner diffuse lidelser og psykiske sykdommer som områder der forholdet mellom premisser og konklusjon er spesielt svak. Jeg vil også plassere rehabilitering i denne kategorien.

Det er ikke noen grunn til å anta at kunnskapsbasert praksis vil eliminere skjønn. Til dette er kliniske beslutninger alltid for sammensatte og komplekse (Ekeland 2004). Grimen & Molander (2009) peker likevel på at det er en fare for at man kan få en vridning fra å beslutte om enkelttilfeller på bakgrunn av skjønn eller uorganisert erfaring alene til å måtte ta beslutninger basert på generelle handlingsregler. En slik endring vil uten tvil ha konsekvenser for måten man arbeider på i rehabiliteringsfeltet. I den grad man kan snakke om en svekkelse av skjønnets omstendighet i rehabilitering ved bruk av kunnskapsbasert praksis må det være i den grad man ved denne arbeidsmetoden klarer å fylle gapet mellom premisser og konklusjon

i rehabilitering på en måte som gjør at behovet for å utøve skjønn for å komme til en begrunnet konklusjon om enkelttilfeller blir mindre.

Skjønnets normative kontekster

Skjønnets normative kontekst er når skjønn er ”bundet i den forstand at det er situert innenfor konteksten av normative forventninger” (Grimen & Molander 2009:188)

Det finnes flere ulike normative kontekster for skjønn (Grimen & Molander 2009). De som er aktuelle i denne sammenhengen er i hovedsak kontekster der skjønn er bundet av reproduserbarhetsprinsippet og kontekster som innebærer et krav om individualisering. Man plasserer gjerne det kliniske skjønn i den første kategorien og for eksempel omsorg i den andre kategorien (Ibid).

Slik jeg ser det hører rehabilitering hjemme i den konteksten som innebærer et krav om individualisering. Her kan vi nok igjen se unntak for den medisinske delen av rehabilitering som vil høre til i den kategorien som innebærer et krav om reproduserbarhet av resultater.

Dersom man skal arbeide etter kunnskapsbasert praksis innenfor rehabilitering ser jeg her en mulig konflikt mellom reproduserbarhet og individualisering. Noe av målet med å arbeide kunnskapsbasert er jo nettopp å redusere variasjonene i praksis (Bjørndal 2007). Dersom man utgår fra at rehabilitering er en individuell prosess har vi også et krav om individualisering. Man kan da ikke anta at man kan bruke samme metoder på ulike brukere og komme fram til samme resultat. Dersom man arbeider etter kunnskapsbasert praksis i rehabilitering vil man altså risikere å true de konsistensbetingelser som individualisering krever, og flytte seg mer over mot reproduserbarhet som normativ skjønnskontekst.

Kapittel 5

Utfordringer i forhold til brukermedvirkning ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering

Brukermedvirkning i kunnskapsbasert praksis

Brukermedvirkning kan sies å være et bærende prinsipp i rehabilitering (Normann m. fl 2006; Jensen m. fl 2007; Bredland m. fl 2002). Før jeg diskuterer utfordringer i forhold til brukermedvirkningens rolle i rehabiliteringspraksis ved bruk av kunnskapsbasert praksis som arbeidsmodell ønsker jeg å se nærmere på hvordan kunnskapsbasert praksis forholder seg til brukermedvirkning.

Mitt inntrykk er at det er vanskelig å finne publisert materiale der begrepene kunnskapsbasert/ evidensbasert praksis og brukermedvirkningsbegrepet omtales sammen. Dette inntrykket bekreftes av Hammel (2006) som påpeker at kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning sjeldent dukker opp i samme publikasjoner til tross for at de kan sies å representere to viktige paradigmer i helsevesenet. Brukermedvirkning er et begrep som illegges ulik betydning i ulike miljøer og ulike kontekster (Selboe m. fl 2005). Dette kan være en av årsakene til at det er vanskelig å skaffe et godt overblikk over hvordan kunnskapsbasert praksis forholder seg til begrepet.

Når begrepene dukker opp i sammenheng er det allikevel uklart hva som ligger i begrepet brukermedvirkning. Evidensbevegelsen kan, ifølge Trindler & Reynolds (2000), sies å vedkjenne seg empowermenttanken ved å framholde at en mer effektiv og sikker praksis til det beste for brukeren er en av grunntankene i kunnskapsbasert praksis. De mener allikevel at man må anerkjenne det faktum at den vitenskapelige verden og den personlige verden til brukeren ofte vil tilhøre ulike verdensbilder, prioriteringer og erfaringer som vil føre til at evidenstanken og brukermedvirkningen kommer på kollisjonskurs. Ved en kritisk analyse av

kunnskapsbasert praksis holder de fram ulike deler av modellen som gir ulike konsekvenser i forhold til brukermedvirkning (ibid).

På den ene siden inviterer deler av modellen til brukermedvirkning ved enkeltutsagn der brukerens stemme ønskes velkommen. Metoden i seg selv har på den andre siden et klart fokus på et evidenshierarki der brukerens kunnskap ikke er med som evident kunnskap. Man finner heller ikke beskrevet hvordan man skal inkorporere brukerens kunnskap og medvirkning i modellen (Trindler & Reynolds 2000).

Jeg finner liknende beskrivelse av brukers rolle i læreboken for kunnskapsbasert rehabilitering av Law & McDermid (2008). De fastslår at for å bli utøvere av kunnskapsbasert rehabilitering må vi ”identifisere klientens ønsker, lete etter aktuell forskning, vurdere evidens, konferere med kolleger, veie fordeler og ulemper og gjøre et valg” (Sitat Law & McDermid 2008:7 Egen oversettelse). Etter å ha slått fast at brukers ønsker skal identifiseres går opplæringen i kunnskapsbasert rehabilitering over til å vise hvordan man skaffer seg ny kunnskap om ulike studiedesign og de ulike trinnene i søk etter evidensbasert kunnskap. Et behov for å finne evidens om brukernes ønsker eller mål for rehabiliteringen nevnes ikke. Det samme finner jeg i Pierce (2007) som beskriver kunnskapsbasert praksis for rehabiliteringssykepleiere. Inntrykket av et fravær av beskrivelser om hvordan brukermedvirkning skal praktiseres i kunnskapsbasert praksis bekreftes av Cott (2004), som hevder at evidensbevegelsen også innefor rehabilitering sjelden snakker om brukerens rolle som en som medvirker i prosessen. Han hevder at i de tilfellene der det snakkes om brukere og deres rolle ses dette hovedsakelig fra profesjonsutøverens ståsted.

Law & McDermid (2008) mener det er viktig at de profesjonelle har et avklart forhold til hvilket verdigrunnlag de implementerer i sin rehabiliteringspraksis. I et forsøk på å hjelpe profesjonsutøverne med denne avklaringen presenteres leseren for en liste over aktuelle verdier som kan være aktuelle. Eksempler på verdier man kan velge mellom er makt, utfordringer og samarbeid. Kun to verdier på listen er verdier som sier noe om forholdet til individene tjenestene er rettet mot. Det første var verdien å hjelpe andre og den andre var å hjelpe samfunnet. Ingen verdier handlet om å ivareta brukers rett til selvbestemmelse eller brukermedvirkning.

Hvis jeg ser nærmere på hvordan brukermedvirkning i kunnskapsbasert praksis presenteres i norske publikasjoner finner jeg også her at brukerens medvirkning er tilstede i definisjonen av kunnskapsbasert praksis. I definisjonen (se side 19) kommer det fram at pasientens ønsker og

behov i situasjonen skal være med i beslutningsgrunnlaget når man skal ta faglige avgjørelser (kunnskapsbasert praksis.no; Nordtvedt m. fl. 2008). Dersom man ser denne språkbruken opp mot norske myndigheters definisjon av brukermedvirkning opplever jeg at disse to forståelsene av begrepet går godt sammen. ”Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud” (Sitat NOU 2001:22 Kap. 4.3.8).

Dette er derimot ikke den eneste måten å forstå brukermedvirkning på. I rehabiliteringsfeltet har man i følge Normann m. fl. (2006) en utvidet forståelse av brukerens rett til medvirkning som knyttes opp til forståelsen av at brukeren er den sentrale aktøren i rehabilitering. Denne forståelsen av brukermedvirkning finner jeg igjen i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering:

”å sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Brukeren selv bestemmer over egen deltakelse. Brukerens mål skal være ledende i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Brukerens innflytelse over egen situasjon er en forutsetning for at re-/ habilitering skal kunne gjennomføres. De øvrige aktørene skal bistå og assistere brukerens egeninnsats ...” (Sitat: St.prp.nr.1.2007-2008:25).

Dersom jeg holder denne definisjonen opp mot måten kunnskapsbasert praksis omtaler brukermedvirkning på, finner jeg at det her må være grunnlag for å anta at disse to tradisjonene legger ulik mening i begrepet. Forståelsen av begrepet brukermedvirkning i rehabilitering, slik det er definert ovenfor, snakker i realiteten om brukerens rett til selvbestemmelse, ikke bare medvirkning.

I Nordtvedt m. fl (2008) omtales brukeren/pasienten som en kunnskapsressurs. Denne brukerkunnskapen skal være med i profesjonsutøverens beslutningsgrunnlag. Det synes allikevel klart at de snakker om profesjonsutøverens beslutning når de i neste omgang beskriver brukerens plass i kunnskapsbasert praksis som personer hvis ”syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger om dem skal fattes” (Sitat: Nordtvedt m. fl. 2008:16). Denne beskrivelsen av brukerens rolle i kunnskapsbasert praksis har møtt kritikk blant annet av Heggen & Engebretsen (2009) som mener at denne type språkbruk tyder på et uavklart forhold til brukerens rolle i kunnskapsbasert praksis.

Bjørndal (2009) hevder at selve målet med kunnskapsbasert praksis er kunnskapsbaserte og brukersentrette tjenester. Han hevder at metoden i seg selv opplagt fører til at beslutningsmakt

flyttes fra yrkesutøver til individet. Han presiserer at det er viktig at profesjonsutøveren undersøker hva pasienten selv lurer på, da disse spørsmålene kan være ulike våre faglige spørsmål. Han sier derimot ikke noe om hvordan man skal finne fram til disse pasientspørsmålene. Når det gjelder prioriteringer som skal tas i praksis gir han uttrykk for at man skal ta pasientens syn med i betraktningen (Bjørndal 2007). Dette kan tolkes dit hen at han ikke mener at pasientens syn skal være avgjørende når prioriteringer skal tas.

Ut fra denne gjennomgangen av hvordan brukermedvirkning beskrives i kunnskapsbasert praksis både i norske og internasjonale publikasjoner vil jeg konkludere med at kunnskapsbasert praksis legger til grunn en mindre omfattende forståelse av hva det vil si å ha brukermedvirkning enn det som er idealet i rehabiliteringspraksis. På bakgrunn av dette mener jeg at det synliggjøres enkelte utfordringer for rehabiliteringspraksis ved bruk av kunnskapsbasert praksis i rehabilitering.

Hva er brukermedvirkning?

Bakgrunn og grunnlag for brukermedvirkning

Som et ledd i arbeidet med å modernisere norsk offentlig forvaltning på 1980-tallet kom et økt fokus på forvaltningens møte med publikum og brukerperspektivet kom i fokus på en ny måte. Tanken var nå at brukeren av tjenester har verdifull kunnskap og at denne kunnskapen kunne nyttiggjøres av de som skulle utforme tjenestene samtidig som brukerne av tjenestene skulle sikres innflytelse på utformingen og innholdet i tjenestene de ble tilbudt. Dette var et ledd i individets demokratiske rett til medbestemmelse (Dahle & Thorsen 2004).

Denne retten til medvirkningen er i tillegg til det demokratiske rettighetsperspektivet og styrende organers ønske om å utnytte brukernes kunnskap og ressurser, en anerkjennelse av brukernes autonomi og rett til selvbestemmelse. Det er også en del av verdigrunnlaget i norsk forvaltning og rehabilitering. Brukeren skal her anses som likeverdig i møtet med offentlige tjenester og deres tjenesteytere (Dahle & Thorsen 2004). Brukerens kompetanse anses også av norske myndigheter som likeverdig i forhold til den faglige kompetansen (NOU 2001:22). Det presiseres også her at ansvaret for at brukermedvirkning fungerer i praksis ikke ligger på

brukerne av tjenestene, men på systemnivå. Det er tildeler eller tilbyder av tjenester som skal sørge for dette ved å invitere til medvirkning, informere og tilrettelegge

Når jeg ser på brukerens rett til medvirkning finner jeg at dette reguleres i en rekke offentlige dokumenter og lovverk. Sentralt innenfor helse står Lov om Pasientrettigheter (2001) som trådte i kraft i 2001. Her slås det fast at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Videre fastslås det at pasienten kan velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Denne retten til medvirkning omfatter også retten til korrekt og relevant informasjon og prinsippet om samtykke, som innebærer at pasienten må samtykke i behandling og derved også kan la være å gi sitt samtykke til anbefalt behandling eller tiltak. Helse og omsorgsdepartementet framholder også at brukerens erfaringer og synspunkter må gjenspeiles i tjenestene for at tjenestene skal kunne sies å ha god kvalitet. De har også fastslått at brukermedvirkning skal være en arbeidsform i de regionale helseforetakene. Dette er da også nedfelt i helseforetaksloven (LOV- 2001-06-15-93).

Brukermedvirkningens nivåer

Brukermedvirkning kan foregå på flere nivåer. På systemnivå finner vi brukerutvalg og brukerrepresentanter. På individnivå finner vi den individuelle hjelperelasjonen der brukere av tjenesten har direkte innflytelse på egen behandling og tiltak. Begge disse formene for medvirkning er nedfelt i pasientrettighetsloven og i forskrift for rehabilitering og habilitering. I NOU 2005:3, går man så langt som å kalle den retten til medvirkning en borgerrett (Andreassen 2005).

Brukermedvirkning på systemnivå er den formen for brukermedvirkning vi har lengst erfaring med å arbeide systematisk med i Norge. Her finner vi arbeidsformer som høringsrunder, brukerorganisasjoner, plass i råd og utvalg og ordningen med brukerrepresentanter. Gjennom disse arbeidsmåtene er brukerne av tjenestene med på å påvirke utformingen og utviklingen av tjenestetilbud (NOU 2001:22).

På individnivå finner vi brukermedvirkning i individets rett til å påvirke og velge sitt eget behandlings- eller hjelpetilbud. På dette nivået finner vi brukeren i direkte kontakt med representanter for de som utfører behandling eller pleie (Andreassen 2005).

Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er kanskje den ordningen der brukermedvirkningen er gjennomført i sterkest grad i Norge. Brukeren av tjenestene er her

selv arbeidsleder og har ansvaret for at tjenestene er tilpasset eget behov (Andresen m. fl 2006).

Brukermedvirkning i rehabilitering

I en rehabiliteringsprosess anses det som vesentlig at brukeren er aktiv i sin egen prosess ved å være aktiv i arbeidet med å sette mål og premisser for prosessen. Brukeren er ekspert på seg selv og sine ønsker, verdier og livsmål. Enkelte vil gå så langt som til å si at uten brukermedvirkning kan det ikke kalles rehabilitering (Bredland m. fl 2002).

Dette synet finner jeg igjen i Forskrift for habilitering og rehabilitering (FOR 2001-06-28), der et av kriteriene for at man skal kunne brukebegrepene habilitering og rehabilitering at bruker, eventuelt ved behov representert ved pårørende må være sentral i prosess og oppfølging av prosessen. Det framkommer også at kommunene og helseforetakene bør sørge for brukermedvirkning på systemnivå innenfor habilitering/rehabiliteringsfeltet.

I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene presiseres også brukerens rett til medbestemmelse i forbindelse med daglig tjenesteutøvelse. I denne forskriften framholdes også selvstendighet og mulighet til å styre sitt eget liv som et grunnleggende behov. Mange av de pleietrengende rehabiliteringsbrukerne og funksjonshemmede finner vi som brukere av pleie- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning gjelder altså ikke bare de som kan sies å være i en aktiv rehabiliteringsprosess i en rehabiliteringsenhet (FOR-2003-06-27-792).

Det er mye fokus på brukerens egne ønsker, medbestemmelse og autonomi i rehabiliteringsprosessen. Denne selvbestemmelsen er imidlertid ikke absolutt. Den funksjonshemmede har på linje med andre borgere arbeidsplikt inntil vedkommende har gjennomgått forsøk på attføring for å vurdere arbeidsevnen. Vi har også skoleplikt i Norge (Lie 2001).

Brukere av rehabiliteringstjenester må videre forholde seg til pasientrettighetsloven som klart sier at pasienter kan velge mellom tilgjengelige og forsvarlig behandlinger (Pasientrettighetsloven 2001). Man kan altså ikke kreve tjenester som ikke eksisterer eller behandlingsformer som ikke anses som forsvarlig praksis.

Utfordringer for rehabiliteringspraksis ved redusert fokus på brukermedvirkning

Brukerens kunnskap eller forskningsbasert kunnskap?

En utfordring i forhold til brukermedvirkningens vilkår i kunnskapsbasert praksis er at kunnskapsbasert praksis vektlegger den forskningsbaserte kunnskapen som viktigste kilde til kunnskap (Bensing 2000; Heggen & Engebretsen 2009).

Trindler & Reynolds (2000) framhever at en viktig betenkning ved kunnskapsbasert praksis er metodens fokus på å finne fram til den beste forskningsbaserte kunnskapen. Dette kan ta oppmerksomheten bort fra det viktigste i møtet med brukeren som er å lytte til hva personen selv forteller. Den profesjonelles evne til å se og lytte til brukerens formidling av sin situasjon er vesentlig for å kunne oppnå en forståelse av hvilke mål og tiltak som er viktige for brukeren. Trindler & Reynolds (ibid) kritiserer derfor det faktum at kunnskapsbasert praksis ikke har klart å identifisere på hvilken måte de tenker seg at alternative kilder til kunnskap som erfaring og brukerkunnskap skal integreres i modellen. Kunnskapsbasert praksis har lagt mye arbeid i å finne fram til metoder for hvordan man kommer fram til gode spørsmål som kan besvares ved hjelp av vitenskapelig forskningsdesign, men framstår som underutviklet når det gjelder integrering av andre kunnskapsformer og brukermedvirkning. Liknende kritikk presenteres av Bensing (2000) som hevder at kunnskapen man leter etter i kunnskapsbasert praksis ikke er brukerens unike kunnskap om seg selv eller hvilke behov og preferanser de har i situasjonen, men den forskningsbaserte evidente kunnskapen.

Nordtvedt & Jamtvedt (2009) svarer på kritikken mot kunnskapsgrunnet i kunnskapsbasert praksis ved å klargjøre hvordan ulike kunnskapskilder inngår i kunnskapsbasert praksis. De presiserer at man også må regne kvalitativ forskning, erfaringskunnskap og relasjonskunnskap som viktige kunnskapskilder. Brukers kunnskap nevnes ikke i denne sammenheng. De erkjenner allikevel at brukerkunnskap er områder innenfor kunnskapsbasert praksis som bør utdypes og vektlegges sterkere da det ikke er riktig at brukerkunnskap rangeres lavere enn annen kunnskap.

Alm Andreassen (2008) hevder det er vesentlig for en vellykket rehabiliteringsprosess at man erkjenner at profesjonsutøveren ikke kan være ekspert på hvordan brukeren opplever sin tilværelse. Det er derfor viktig at vedkommende selv får definere sine behov. Den skadde må

selv få lov til å kontrollere hjelperelasjonen ved å bestemme hva hjelpen skal bestå i og ved å beholde eierskapet til sine problem. Fagpersonen skal fungere som en støttespiller. Denne forståelsen av forholdet mellom fagkunnskap og brukerkunnskap justerer fagkunnskapens rolle i rehabilitering til å være kunnskap som skal utfylle brukerens kunnskap og underordnes det som oppleves som vesentlig for den enkelte bruker.

I en fokusgruppestudie av personer som med fysiske funksjonshemninger som hadde gjennomgått rehabilitering presentert av Cott (2004), formidler deltakerne hvordan de forstår brukermedvirkning. Her kom det fram at deres forståelse av brukermedvirkning er når rehabiliteringen blir skreddersydd til individuelle behov. På den andre siden var de misfornøyde med de situasjonene der de på bakgrunn av sin diagnose fikk presentert et sannsynlig utfall uten at det ble tatt høyde for personlige ressurser. Brukerne oppfattet denne type tenkning som et hinder for hvor langt de kunne nå i sin rehabilitering. Brukerens aktive involvering i målsettingsprosessen ble beskrevet av brukerne i denne studien som uproblematisk dersom deres mål passet inn med profesjonsutøvernes oppfattning av hva som var realistiske mål ut fra deres kunnskap om utfall og prognoser. Problemer dukket derimot ofte opp når brukeren gav uttrykk for mål basert på kunnskap om sine egne ressurser og forutsetninger som ble oppfattet som uoppnåelige av profesjonsutøverne. I denne type situasjoner fortalte deltakerne om en manglende vilje til å samarbeide om å nå målene fra profesjonsutøvernes side. Normann, m. fl (2006) påpeker at dersom man klarer å se brukeren som et subjekt som har hovedrollen i prosessen, klarer tjenesteyteren også å forholde seg til en bruker som opptrer som sterk og uavhengig i situasjonen og som kanskje gir uttrykk for andre mål enn de tjenesteyter hadde forestilt seg.

En vektlegging av brukerens egen kunnskap kan sies å være et ledd i arbeidet med å overføre makt til brukeren av rehabiliteringstjenestene. Empowerment er et begrep som knyttes til overføring av makt. Ofte beskrives empowerment som å ha retten til å sette ord på sin egen virkelighet og ha makten til å definere den. I Norge oversettes empowerment gjerne med myndiggjøring, men i hovedsak benytter også vi empowerment begrepet. Askheim (2005) beskriver maktdimensjonen som sentral i empowermenttradisjonen, og begrepet benyttes av ulike grupper som opplever å befinne seg i en avmektig situasjon.

Å oppleve empowerment er altså å oppnå kontroll over eget liv (Jensen m. fl 2007). Dette gjenspeiles i forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker der fokus ligger i å gi bruker kontroll over tjenestetilbudet. Den profesjonelle skal arbeide etter de premisser som blir lagt

av brukeren. Vi ser altså at makten flyttes fra den profesjonelle til brukeren av tjenestene (Askheim 2005).

Maktperspektivet

Når man skal diskutere maktperspektivet i forholdet mellom profesjonsutøverne i rehabilitering og brukerne av rehabiliteringstjenestene kan man i følge Hammel (2006) ikke unnlate å nevne at mange rehabiliteringsbrukere hevder å ha en følelse av maktesløshet i møte med det profesjonelle systemet. Hun anser det også som svært problematisk at rehabiliteringsfeltet ikke åpent diskuterer dette viktige temaet. Når jeg ser på norske fagbøker i rehabilitering (Normann m. fl 2006; Lingås 2005) opplever jeg absolutt at det er en diskusjon rundt maktperspektivet mellom profesjonsutøvere og brukere i rehabiliteringsfeltet.

Bjørndal (2009) kommer med et innlegg i maktdebatten når han beskriver kunnskapsbasert praksis som en metode som vil gi mindre grad av mulighet for faglig paternalisme. Dette begrunner han i at kunnskapsbasert praksis krever at man redegjør for hvilket grunnlag man har for sine anbefalinger eller handlinger. Dette vil føre til mindre mulighet for profesjonsutøverne til å handle på bakgrunn av det han kaller imperfekt kunnskap. Metoden vil dessuten i seg selv i følge Bjørndal (2009) føre til nysgjerrighet ovenfor brukernes ønsker.

Bjørndal (2009) hevder dessuten at et viktig resultat av mer fokus på kunnskapsbasert praksis i helsevesenet vil bidra til en demokratisering av kunnskap. Dette begrunner han med at allmennheten vil ha samme tilgang på forskningsbasert kunnskap som fagutøverne. Dette vil føre til en opplysning av allmennheten som igjen vil redusere profesjonsutøvernes makt over kunnskap og beslutninger. Han går videre med å beskrive et framtidsscenario der den opplyste allmennhetens

”... forståelse for forskning som læring og empiriske forsøk som underlag for praktisk forbedring kanskje vil være større enn fagutøverens. De vil selv innrullere seg og sine i store forskningsnettverk for å lære om ulike måter å påvirke deres problem på,...”(Sitat Bjørndal 2009:142).

Grimen (2009) svarer på denne framtidssvisjonen til Bjørndal med å påpeke at det aldri tidligere i historien har været et større gap mellom den allmenne kunnskap om sykdom og behandling og den medisinske fagkunnskapen enn det er i dag. Han forklarer dette med at man til tross for økende utdanningsnivå i befolkningen har en forskning som beveger seg

lenger og lenger bort fra det befolkningen har grunnlag for å forstå eller sette seg inn i. Grimen (2009) sier seg allikevel enig i at kunnskapsbasert praksis vil føre til en overflytting av makt til nye grupper, men disse gruppene vil i følge ham bli nye faggrupper som er eksperter på innhenting og vurdering av forskningsbasert kunnskap.

Trindler & Reynolds (2000) hevder at det ut fra et maktperspektiv kan være problematisk å skulle informere brukere om behandlingsalternativer når man arbeider innenfor kunnskapsbasert praksis. Den profesjonelles ekspertrolle kombinert med bruk av uttrykk som evidens og kunnskapsbasert ovenfor brukeren for å beskrive den profesjonelles anbefalinger er i seg selv svært verdiladet. For den store andelen av brukerne som i utgangspunktet er autoritetstro og har tillit til at de profesjonelle har mer kunnskap enn dem selv er det grunn til å tro at dette kan bidra til en styrking av profesjonsutøverens makt i situasjonen. Eksempler på slike grupper er eldre og personer med en annen kulturell bakgrunn.

I denne sammenhengen er det interessant å merke seg Michel Foucaults (1971/1999) tanker om språk og makt som relevant perspektiv for å se på nettopp denne typen problematikk. Foucault (ibid) var i tillegg til å være opptatt av ekspertenes språk som et uttrykk for makt i relasjonen mellom den profesjonelle og brukere, opptatt av diskurser som den språklige delen av kunnskapsdannelse. En diskurs forstås her som alle de måtene en vitenskap uttrykker seg på. Den diskursen som er rådende innen et fag er med på å disiplinere, kontrollere og ikke minst ekskludere de utenforstående ved å definere hva som er normalt og hva som ikke er det.

Språket, som ligger innenfor den diskursen en profesjonsutøver forholder seg til, plasserer altså brukeren i en kategori ut fra den språklige merkelappen han får tildelt (Foucault 1971/1999). Eksempelvis kan han få tildelt merkelappen funksjonshemmet. Det er den profesjonelles ekspertstatus som gir makt til å definere hvem som kan kalles funksjonshemmet. Kunnskap og makt hører altså sammen. Foucault (ibid) hevder at det ikke er mulig å finne kunnskap som ikke hviler i makt. Makten kan derimot avsløres og derved begrenses ved at man avslører de forskjellige vitenskapenes diskurser og maktvilje.

Ikke alle profesjonelle føler seg mektige, men man kan ikke komme utenom at man kan ha stor makt i møte med brukere selv om man ikke opplever å ha stor makt i sin stilling. Hammel (2006) hevder at til tross for at profesjonsutøvere i rehabilitering ser ut til å ha et bilde av seg selv som en gruppe som ønsker det beste for sine klienter/ brukere er det en del av virkeligheten at mange funksjonshemmede og tidligere rehabiliteringsbrukere beskriver de

profesjonelle som kontrollerende, dominerende, distanserte personer som kontrollerer knappe ressurser. På denne måten bidrar de profesjonelle til å undertrykke denne gruppen.

Hammel (2006) tilskriver noe av problemet de profesjonelles makt til å definere hva som er kunnskap og derved deres rolle som ekspertene i situasjonen. Denne ekspertrollen har også ført til at det er de profesjonelle som har autoritet til å definere hva som er normalt og derved påtvinger de funksjonshemmede å se seg selv og sitt liv fra dette perspektivet.

I et forsøk på å redusere de funksjonshemmedes følelse av maktesløshet i systemet har man innført brukervedvirkning i rehabiliteringspraksis. Hammel (2006) mener det er viktig å merke seg at lovgivning og en etablering av brukeres rettigheter i forhold til brukervedvirkning ikke er det samme som at det er brukervedvirkning i praksis. Hun peker videre på at forskning viser at fokus på brukervedvirkning ikke har ført til at de profesjonelle har endret sin praksis annet enn i navnet. Abbot (1988) går enda lenger når han påstår at profesjonsgrupper som påstår at de har brukervedvirkning som en del av sin praksis i virkeligheten bruker dette som en måte å befeste sin profesjonelle identitet på bekostning av andre profesjonsgrupper.

Rehabiliteringsprofesjonelle har i møte med bruker en stor makt ved å sitte på kunnskap brukeren ikke har og ved å definere denne kunnskapen som mer verdifull enn den kunnskapen brukeren har. De profesjonelle definerer også for brukerne hva som er mulig og ønskede mål for tiltak og prosessen. De har også vist en tendens til å føle at de vet hva som er best for brukeren. Brukere som ikke tilpasser seg systemet oppfattes som vanskelige (Hammel 2006). Nå påpeker allikevel Hammel (ibid) at det ikke er noen grunn til å anta at profesjonsutøverne har et ønske om makt og kontroll som motivasjon for sin yrkesutøvelse. For å komme seg ut av dette maktforholdet må profesjonelle være villige til å si fra seg makt. På denne måten kan de bli en ressurs for brukeren i hans rehabiliteringsprosess.

Når man diskuterer makt og brukervedvirkning er det verdt å merke seg at enkelte hevder at også brukervedvirkning kan føre til en paternalisme, selv om denne kan være mer skjult (Ørstavik 2007). Dette skjer ved at brukeren blir en del av systemet, føler lojalitet til systemet og føler seg som en del av det. Det er vanskelig å kritisere noe du selv er en del av.

Ansvarliggjøring av brukeren kan også forskyve ansvaret gjennomføring og resultater over til brukeren. Derved fritas profesjonsutøveren for det samme ansvaret. Dette hevder Ørstavik (2007) er spesielt relevant i arbeidet med brukergrupper som oppfattes som vanskelige og i situasjoner der det faglige grunnlaget er svakt.

Ørstavik (2007) hevder at det ikke er alle brukere som ønsker å delta aktivt i sin egen rehabilitering. Dersom disse brukerne blir påtvunget en medvirkning de ikke ønsker er dette også en utøvelse av makt fra profesjonsutøverens side. Et mulig resultat av brukermedvirkning er også at man påtvinger uvitende og ikke kompetente mennesker beslutninger de ikke har forutsetninger for å kjenne konsekvensene av. Det viser seg også at når mennesker opplever at deres egen kompetanse kommer til kort ønsker de at andre skal komme inn med sin kompetanse og hjelpe med avgjørelser.

Cott (2004) mener man må ha en mer fleksibel holdning til brukerens medvirkning i rehabilitering. Dette begrunnes i at brukere selv beskriver at det er faser i rehabiliteringen der de ikke er i stand til eller ønsker å bidra i særlig stor grad. Dette relateres ofte til faser der de er for dårlige til å klare å bestemme noe og de innledende fasene av prosessen med å akseptere sin funksjonshemming og konsekvensene av denne. I disse situasjonene ønsker de at profesjonsutøverne tar beslutninger på deres vegne samtidig som de tar høyde for individuelle forskjeller fra andre med lignende diagnoser.

Brukermedvirkning fører til gode resultater i rehabilitering

Hammel (2006) viser til at ulike studier av utfall av rehabilitering og målinger av brukernes tilfredshet med utfallet av sin rehabilitering viser at begge disse faktorene er direkte proporsjonale med graden av medvirkning individet opplever i prosessen. Brukermedvirkning ser altså ut til å ha en direkte effekt på rehabiliteringen i tillegg til at den er en erklært verdi som ligger til grunn for arbeidet. Å nedvurdere brukermedvirkningens rolle i rehabiliteringsarbeide kan derfor sies å være en trussel for gode resultater i rehabilitering.

Charles m. fl (1997) har gjennom sin forskning vist at samarbeid om målsetting, planlegging og intervensjoner i rehabilitering fører til resultater i form av bedre måloppnåelse, kortere institusjonsopphold, større følelse av kontroll, bedre oppfølging av tiltaksplaner og betydelig bedring i evnen til egenomsorg. På den andre siden viser det seg at man oppnår dårligere resultater i de tilfellene der målene til profesjonsutøveren tillegges mer vekt enn brukeren. Når man har forskningsbasert kunnskap om at brukermedvirkning gir bedre resultater i rehabilitering enn rehabilitering som ikke baserer seg på brukermedvirkning, kan man i følge Hammel (2006) hevde at det å arbeide etter brukermedvirkningsprinsippet er kunnskapsbasert praksis. Denne argumentasjonen bekreftes også av Cott (2004).

Dersom brukeren står i sentrum må profesjonsutøveren også være villig til å risikere at brukers valg også kan føre til uønskede resultater. Noen ganger er dette en risiko brukeren er villig til å ta i forståelse for at resultatet kan bli noe annet enn forventet eller ønsket. Dette innebærer ikke at profesjonsutøveren ikke skal informere om mulige konsekvenser av valg, men at brukeren som alle andre voksne mennesker må foreta sine egne livsvalg, noen ganger med uheldig resultat. Nettopp denne muligheten til å prøve og feile kan også være et viktig mål for brukeren. Det er allikevel forventet at profesjonsutøveren nekter å delta i uetisk eller skadelig praksis (Hammel 2006).

Oppsummering & Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å løfte fram og diskutere mulige utfordringer i forhold til evidens, faglig skjønn og brukermedvirkning i rehabilitering ved bruk av arbeidsmetoden kunnskapsbasert praksis. Det viser seg at det innenfor disse områdene er en rekke utfordringer som er viktige å diskutere i forhold til hvilken måte vi ønsker å arbeide på i rehabilitering og hvilke verdier vi ønsker å identifisere oss med.

I rehabiliteringsfeltet skal vi ideelt sett ha brukeren i fokus. Det anses som vesentlig å finne fram til brukerens egen opplevelse av sin situasjon og brukerens mål med sitt liv og sin rehabilitering. Dersom vi begrenser den evidente kunnskapen til å være den forskningsbaserte kunnskapen, risikerer vi å nedvurdere betydningen av andre former for kunnskap som for eksempel brukerkunnskap og den kunnskap vi får gjennom sansing og erfaring. Det strider slik jeg ser det også mot viktige prinsipper i rehabilitering å styre rehabiliteringsfeltet etter evidens for hva som er mest effektive eller lønnsomme tiltak. Det slås klart fast i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp.nr. 1) at diagnoser eller samfunnsmessig lønnsomhet ikke skal styre rehabiliteringstilbudet.

Den faglige ekspertisen vi har som profesjonsutøvere i rehabilitering må kunne sies å bestå av mer enn den kunnskapen vi kan vise at det er evidens for etter metoden for kunnskapsbasert praksis. Den kunnskapen vi har opparbeidet gjennom erfaring er en vesentlig del av den kompetansen vi sitter med. I rehabilitering er konvergerende kunnskap om hvordan man kan få de ulike bidragene til å bli en helhetlig rehabilitering en viktig faktor for å få til en vellykket rehabiliteringsprosess.

Det framstår som tydelig at det faglige skjønnet ikke står sterkt i kunnskapsbasert praksis. I rehabilitering derimot er det en rekke forhold som tilsier at profesjonsutøveren er nødt til å utøve en stor grad av skjønn. Ulike individ vil ha behov for ulike tiltak for å nå samme mål. Ulike behov og manglende handlingsnormer tvinger fram bruk av skjønn både som strukturell kategori og som epistemisk kategori. Skjønn som resoneringsform må ikke nødvendigvis

oppfattes som et svakt grunnlag å basere sine beslutninger på. Evne til å bruke skjønn knyttes også opp til erfaring og modenhet som fagperson. For en erfaren person vil derfor redusert rom for å bruke skjønn kunne senke kvaliteten på det arbeidet de utfører. Det er derfor problematisk å skulle forholde seg til en praksis der diagnoser eller evidens om effekt skal styre hvilket tilbud en bruker skal motta. I rehabilitering er det sjelden mulig å forutsi resultater av tiltak. Rehabiliteringsprosessen påvirkes av for mange ulike faktorer til at dette er mulig. Dette er med på å gjøre skjønn til en uomgjengelig omstendighet i rehabilitering. Det er ikke grunnlag for å si at kunnskapsbasert praksis kan lukke gapet mellom premisser og konklusjon i rehabilitering, slik at skjønn blir overflødig. I kunnskapsbasert praksis er idealet reproduserbarhet av resultater. Behandling og tiltak som har vist statistisk effekt forventes å gi samme resultat i liknende tilfeller. Den normative forventningen i rehabilitering er derimot ikke reproduserbarhet, men individualisering. Individualisering krever bruk av skjønn.

Det framstår noe uklart hvordan kunnskapsbasert praksis forholder seg til brukermedvirkning. Brukermedvirkning og brukerkunnskap omtales som et positivt bidrag til praksis, men utdypes ikke nærmere i metoden. Ut fra definisjon og språkbruk i kunnskapsbasert praksis er det grunnlag for å anta at begrepet har et annet meningsinnhold enn det har i rehabilitering.

Brukermedvirkning anses som en demokratisk rettighet i norsk forvaltning.

Rehabiliteringsbrukeren skal anses som likeverdig i møte med de profesjonelle. Det blir derfor problematisk når brukerens kunnskap ikke veier like mye som den vitenskapelige kunnskapen. Dette blir også problematisk i et maktperspektiv. Kunnskapsbasert praksis hevder deres arbeidsmodell vil føre til mindre grad av faglig paternalisme, mens metodens kritikere hevder at ekspertrollen til profesjonsutøveren kombinert med språklig makt legger grunnlag for økt paternalisme ovenfor brukerne.

I løpet av arbeidet med denne oppgaven har jeg blitt kjent med en arbeidsmetode som har mange gode kvaliteter. Jeg må allikevel konkludere med at kunnskapsbasert praksis på flere områder kommer i konflikt med viktige verdier for rehabilitering innenfor områdene evidens, skjønn og brukermedvirkning.

Dersom kunnskapsbasert praksis skal være en god metode til bruk i rehabilitering vil det slik jeg ser det forde en tilpassing av metoden. Arbeidsmodellen peker på både erfaring og brukerkunnskap/brukermedvirkning som faktorer som sammen med forskningsbasert kunnskap skal legge grunnlaget for det de kaller kunnskapsbasert praksis. Når man ser på den billedlige framstillingen av kunnskapsbasert praksis på side 20, har alle delene av modellen

like stor plass. Det er allikevel en tydelig kontrast mellom den billedlige framstillingen på den ene siden og forklaring og opplæring i metoden på den andre siden. Dette gir lite troverdighet i forhold til at det virkelig er like stort fokus på alle delene av modellen. I presentasjon av hvordan man skal arbeide kunnskapsbasert er fokus utelukkende på hvordan man skal finne fram til den forskningsbaserte kunnskapen, vurdere og bruke denne kunnskapen i praksis. Det kommer ikke fram på hvilken måte brukerens kunnskap skal hentes fram og benyttes. Det kommer heller ikke fram hvordan man skal integrere sin faglige erfaring og bruk av skjønn i modellen, kun at man skal gjøre det. Jeg finner heller ingen diskusjon blant tilhengerne av kunnskapsbasert praksis rundt disse åpenbare konfliktene i modellen.

Dersom jeg skal legge de utfordringene jeg har funnet i arbeidet med denne oppgaven til grunn må en versjon av kunnskapsbasert praksis som er tilpasset rehabiliteringsfeltet inneholde en tydelig beskrivelse av hvordan man skal lete fram og bruke kunnskap som har i seg en annen form for evidens enn den vitenskapelige.

Alternativt ser jeg at kunnskapsbasert praksis kan gå inn i deler av rehabiliteringsarbeidet som ledd i faglig oppdatering, når vi leter etter svar på et brukerspørsmål eller dersom vi leter fram kunnskap for å kunne gi gode råd til en bruker. Dette blir dog en marginal del av det arbeidet vi utfører sammen med våre brukere. Det er viktig å ha klart for seg hva man får evidens for når vi leter etter denne typen kunnskap og problematiske aspekter ved å overføre forskning til praksis. Ikke minst må vi være oppmerksomme på hva metoden ikke kan tilby kunnskap om eller opplæring i.

LITTERATURLISTE

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: Chicago University Press.
- Andersen, J. Askheim, OP. Sigstad Begg, I. Guldvik, I (2006). *Brukerstyrt personlig assistanse. Kunnskap og praksis*. Kap 2, 4. Oslo: Gyldendal Akademisk. Side 19-36 og 62-78.
- Andreassen, T A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andreassen, T A. (2008).. Når pasienter blir brukere. En utfordring for ekspertisens posisjon i Helsetjenesten, i Asdal, K. Moser, I. (red). *Ekspertise og Brukermakt*. Oslo: Unipub. S. 93-116.
- Aristoteles. (1973). *Etikken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Asdal, K. Moser, I. (2008) *Ekspertise og Brukermakt*. Oslo: Unipub.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39:17-25.
- Bjørndal, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk 116:829-30.
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester, i Grimen, H.

- Terum, L I. (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag. S. 125-144.
- Bjørndal, A. Oxman, A. (1996). Kunnskap, fagutøvelse og helsepolitikk. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*. 1996.07/leder.
- Bredland, E L. Linge, O A. Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brenner, P. (1984) *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice* London: Addison Wesley.
- Charles, C. Gafni, A. Wheland, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes two to tango). *Social Science and Medicine* 44(5):681-692.
- Clarke, J. (1999). Evidence-based practice: A retrograde step? The importance of pluralism in evidence generation for the practice of health care. *Journal of Clinical Nursing* 8:89-94.
- Chronister, J A. Chan, F. Cardoso E. Torkelson, R. Rosenthal, D. (2008). The Evidence-based Practice Movement in Healthcare: Implications for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. 74(2) 6-15.
- Cott, C A. (2004). Client-centered rehabilitation: client perspectives: *Disability and Rehabilitation*; 19:1411-1422.
- Dahle, R. Thorsen, K. (red.). (2004). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Dawes, M. Davies, P. Gray, A. Mant, J. Seers, K. Snowball, R. (1999). *Evidence-Based Practice. A primer for health care professionals*. London: Churchill Livingstone.
- Dreyfus, H L. Dreyfus, S E. (1986) *Mind over Machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford; Basil Blackwell
- Dworkin, R. (1978). *Taking rights seriously*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Ekeland, T-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr 6/2004. Høgskolen i Oslo. Lokalisert www.hio.no 3.01.2010.
- Ekeland, T J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? i Grimen, H. Terum, L I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* Oslo: Abstrakt forlag. S. 145-169.
- Ekeli, B-V. (2002). *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjeneste?* Tromsø: Eureka Forlag.
- Eriksen, E O. (2001). *Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Flaming, D. (2001). Using phronesis instead of research-based practice' as the guiding light for nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2(3):251-258.
- Flyvbjerg, B. (1992). *Rationalitet og Magt. Det konkrete vitenskap*. Bind I. København: Akademisk forlag.
- FOR 2001-06-28 nr 765. Forskrift om habilitering og rehabilitering. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>. 8.01. 2010

FOR 2003-06-27-792. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Lokalisert på

<http://www.lovddata.no>. 8.01. 2010

Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbaseringen – noen utfordringer, i Grimen, H. Terum,

L I. (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo:

Abstrakt Forlag. S. 191-223.

Grimen, H. Terum, L I (red) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*.

Oslo: Abstrakt forlag.

Hammel, K W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation. contesting assumptions;*

challenging practice. USA: Churchill Livingstone. Elsevier.

Hansen, H F. Rieper, O. (2009). Evidensbevegelsens rødder, formål og

Organisering, i Grimen, H. Terum. L I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*,

Oslo: Abstrakt Forlag. S. 17-37.

Hanssen, J I. Sandvin, J T. (2003). Conceptualising Rehabilitation in Late Modern Society.

Skandinavian Journal of Disability Research 5:24-41.

Heggen, K. Engebretsen, E. (2009) Tvetydig om kunnskapsbasert praksis: En dekonstruktiv

nærlesing av arbeidsbok for sykepleiere. *Sykepleien Forskning* nr.1, 2009; 4:28-33.

Hobbes, T. (1973/1651). *Leviathan*. Everyman's Library. London, Melbourne, Toronto: Dent.

Husserl, E. [1907] (1997) *Fenomenologiens idé*, København: Hans Rietzels forlag.

Jensen, L. Petersen, L. Stokholm, G. (2007). *Rehabilitering. Teori og praksis*. København: Fadl's forlag.

Law, M. McDermid, J. (2008). *Evidence-based Rehabilitation. A Guide to Practice*. USA: SLACK.

Lie, I. (2001). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lingås, L G. (2005). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om heleforetak m.m. (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Hele og omsorgsdepartementet.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.

Mazurek, B M. Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence- based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Molander, A. Terum, L I (red). (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordtvedt, M. Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og Provoserer. *Sykepleien*. Nr 7/09.

Nordtvedt, M. Jamtvedt, G. Graverholdt, B. Reinart, LM. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Normann, T. Sandvin, T. Thommesen, H. (2006). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.

NOU 2001:22. Fra bruker til borger. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>.
7.01. 2010

NOU 2005:3. Fra stykkevis til delt. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>.
7.01. 2010

Law, M. McDermid, J. (2008). *Evidence-based Rehabilitation. A Guide to Practice*. USA:
SLACK.

LOV-1999-07-07-63. Pasientrettighetsloven. Lokalisert på <http://www.lovdatabank.no>. 6.01. 2010

Pierce, L. (2007). Evidence-Based Practice in Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing*.
Vol. 32, No. 5. September/ October 2007.

Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Edinburgh:
Elsevier.

Ricoeur, P. (1979). Tekster av Paul Ricoeur. *En hermeneutisk brobygger*, Hermansen, M.
Rendtorff, J D. Århus: Forlaget Klim, 2002.

Schön, D A. (1983) *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. London:
Temple Smith.

Selboe, A. Bollingmo, L. Ellingsen, K E. (red.) (2005). *Selvbestemmelse for tjenestenytere*.
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skjervheim, H. (2002) *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.

St.meld.nr.21. (1989-1990). Ansvar og meistring. Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>. 7.01. 2010

St.prp. nr. 1 (2007-2008) Kapittel 9. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-

2011. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>. 10.01. 2010.

Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Tonell, M. (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 3, 248-256.

Trindler, L. Reynolds, S. (2000). *Evidence-based practice: A critical appraisal*. London: Blackwell Science.

Tuntland, H. (2009) Betragtninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis. *Ergoterapeuten* nr 3/09.

Vandvik, P O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere, i Grimen, H. Terum, L I. (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag. S. 111 – 125.

Whyte, J. (1994). Toward A Methodology For Rehabilitation Research. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 73:428-35.

Ørstavik, S. (2007) Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse, i Norvoll, R.

(red). *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 145-159

Internettressurser

<http://www.uis.no/forskning/helse-og-velferd/brukermedvirkning> Lokalisert 10.2.2010.

Prosjektskisse Rehabilitering som konflikt. Høgskolen i Oslo. Avdeling Helsefag. Lokalisert www.hio.no 20.8.2009 <http://www.hio.no/enheter/avdeling-for-helsefag-HF/Funksjonshemming-rehabiliter...>

Center for Evidence- based Medicine. <http://www.cebm.net>. Lokalisert 12.1.2010.

<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>. Lokalisert 12.1.2010

<http://www.srs-mcmaster.ca/ResearchResources/CenterforEvidenceBasedRehabilitation/EvidenceBasedRehabilitation/tabid/544/Default.aspx>. Lokalisert 10.2.2010

[www.kunnskapsbasert](http://www.kunnskapsbasert.praksis.no) praksis.no. Lokalisert 1. 02.2010.