

Fysioterapeuten nr. 14/2000:

Med kunnskapsbasert fysioterapi baklengs inn i fremtiden?

Dette er den siste av fire artikler som setter kritisk søkelys på «kunnskapsbasert fysioterapi». De tre første artiklene stod i nummer 10, 11 og 12/2000.

Britt Vigdis Ekeli, fysioterapeut og sosialantropolog, Høgskolen i Tromsø, Fysioterapeututdanningen.

I forrige artikkel så jeg på hvilke forutsetninger evidensbasert medisin, EBM, har for å fungere som brobygger mellom medisinsk forskning og praksis. Denne funksjonen blir spesielt fremhevet i markedsføring av EBM-systemet. Ved å sammenligne premissene EBM-systemet bygger på, med de erfaringene som allmennlegene i materialet mitt har i forhold til pasienter med kroniske muskelsmerter, konkluderte jeg med at EBM synes lite egnet som brobygger. Med støtte i Kuhns vitenskapsteoretiske analyser (1) argumenterte jeg for at EBM-systemet kan virke som et aktivt hinder for å stille spørsmål og fokusere på problemer som er relevante i forhold til de lidelser som mange mennesker i dag sliter med.

I denne artikkelen reflekterer jeg over hvilke implikasjoner EBM-ideologien kan ha for «klinisk skjønn», profesjonalitet og praksis. I første del brukes eksempler fra andre fagområder, nærmere bestemt medisin og psykologi. Deretter vender jeg tilbake til fysioterapifaget. Konklusjonen er at faget og praksisen har best utviklingsmuligheter uten den normgivende og omformende innflytelsen som EBM-systemet implisitt utøver. I stedet bør vi ta fagets særtrekk og den mangfoldige og sammensatte fysioterapipraksisen på alvor og finne frem til kunnskap og metoder som er bedre egnet til å gripe og sette kritisk søkelys på denne. Da kan fysioterapi virkelig bli et fag som kan ha mye å bidra med i forhold til dagens og fremtidens utfordringer i helsetjeneste og samfunn.

Fra profesjonell utøver til tekniker?

I begynnelsen av februar i år var jeg på et møte i Medisinsk-etisk forum på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Tema var: «Hva trenger vi leger til?», filosof Åge Wifstad innledet. Han tok utgangspunkt i en artikkel av Ole Berg (2) og relaterte innholdet i den til EBM-ideologien, med referanse til Sackett med flere (3). Budskapet var at legekunsten er truet. Scenariet for fremtiden var at legerollen, slik vi kjenner den, forsvinner. «Legen blir en rådgiver på et intellektuelt plan, andre yrkesgrupper overtar det andre» (4). Dette møtet var noe av det som inspirerte meg til å skrive denne artikkelserien. Jeg tror Wifstads antagelser har mye for seg, og vil trekke frem noen momenter som kan belyse det.

Først noen sitater fra artikkelen til Ole Berg:

«Faglig har det skjedd en utvikling som gjør medisinen mer attraktiv – den kan tilby mer enn før. Samtidig innebærer denne utviklingen at skjønnet og den personlige tilpasningen av omsorgen marginaliseres ... I den grad det faktisk ligger noe viktig i den personlige kunnskapen, i den grad innebærer også kunnskapsobjektivering, hvis den allmenngjøres, en omkostning ... Det er bare i den grad legen kan og skal utøve skjønn og bruke seg selv som person, at autonomien kan begrunnes. Blir kunnskapen helt objektivisert, kan nok medisinen si den har beholdt autonomien, men det er en abstrakt autonomi ingen enkeltlege vil føle. Enkeltlegen blir redusert til eksekutør, en eksekutør som løpende kan og vil bli overvåket av fremmede. Prosedyremedisinen og elektronikken gjør det mulig» (2 s1419).

Bruken av begrepet autonomi i disse sitatene er knyttet til forståelsen av legen som profesjonell utøver. Hovedbudskapet er at den medisinske profesjonaliteten er truet, fordi de kjennetegnene som gjør legen til profesjonell yrkesutøver er i ferd med å forsvinne. Slik Berg fremstiller det, kan dette ses som en logisk konsekvens av den medisinske ideologien. Den lover uendelig fremgang bare den får bruke sine metoder, «gullstandard-varianter», og får de midlene som skal til for å forske (5).

Det objektive kunnskapsidealet gjør at resultater tilveiebrakt av teknikk og elektronikk, vurderes som mer «sikre» enn de legen får frem gjennom sin kliniske undersøkelse. Kunnskapen som bygger på «machine-

produced laboratory results» (6) er så «sikker» at det ikke er nødvendig eller rom for legen å utøve skjønn. «Skjønn» er så og si innebygd i teknikken. Med andre ord, teknikken og elektronikken kan forstås som tingliggjort medisinsk ideologi. Når så i tillegg den diagnostiserende elektronikken flyttes inn i hjemmene til Hvermannsen – slik at vi helsesjekke oss på nettet – som det sto i Dagbladet 14.5.00 (7 s22), er det ikke rart at man stiller spørsmål om hva leger kan brukes til.

Med den objektive kunnskapens endelige seier vil personlig erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn være «utgått på dato». Da vil legen være redusert til tekniker. De faglige vurderingene, som er et av kjennetegnene på det å være profesjonell yrkesutøver, vil bli ivaretatt av elektronikken. Slik jeg ser det, har EBM-systemet alle forutsetninger for å fungere som et «nyttig» redskap i denne prosessen.

Men, som jeg har forsøkt å vise, det er motkrefter mot denne utviklingen. De er i denne artikkelserien representert ved allmennlegene, som ikke er redde for å gå på akkord med fagets idealer om objektivitet og dekontekstualisering. De tar pasientens plager på alvor, selv om de – målt etter medisinsens standard – forekommer ytterst diffuse og lite troverdige. De utøver skjønn basert på faglig kunnskap, egne erfaringer, situasjonsforståelse og innlevelse, og stiller spørsmål ved diagnostiske kriterier og diagnosens funksjon. De legger vekt på å etablere dialog og samarbeid med pasienten, og ser det som en integrert del av behandlingsopplegget. Det er disse motkreftene som er målgruppe for EBM-systemet.

Evidensbasert medisin versus klinisk skjønn?

Når EBM strekkes ut som en hjelpende hånd til leger for at deres praksis skal bli mer forskningsbasert, er budskapet at de bør satse på «sikrere», mer «objektiv» kunnskap, som grunnlag for det de gjør. Gjennom dette skal praksis bli bedre. Slik jeg ser det, vil EBM-systemet i stedet kunne bidra til å svekke kvaliteten på praksis. Med utgangspunkt i Bergs analyse mener jeg at det kan forsterke marginaliseringen av det kliniske skjønn, fordi det så ensidig fokuserer på objektive sykdomstegn, målbare variabler og statistisk signifikans som grunnlag for diagnose og behandling. EBM gjør det vanskeligere å legge vekt på ting, som å «skjønne pasientens problem» og «få verifisert diagnosen gjennom dialog med pasienten». Det å prøve å forstå pasientens symptomer kontekstuellt er uinteressant eller irrelevant i EBM-perspektiv. Med sitt «gullstandard-krav» til forskning, representerer EBM-systemet en form for kunnskap som er utviklet på andre premisser enn de som gjelder i pasientens og praksisfeltets virkelighet.

Jeg hører protestene: EBM's hensikt er ikke å utradere eller svekke det kliniske skjønn. Tvert imot skal det gi et «sikrere» grunnlag for å utøve dette skjønn. Men hvordan kan forskningsresultater som er fremkommet ved hjelp av de strengeste kriteriene for objektivitet og kontekstualisering, danne et «sikkert grunnlag» for å forstå subjektive smerter som ikke lar seg «bevise» ved hjelp av laboratoriemaskiner, bare forstås i sammenheng med det levde livet? Hvordan kan forskning, som har som ideal å redusere den «menneskelige faktor» i alle ledd, gi et gyldig grunnlag for å skjønne menneskelig lidelse? Hvilken innvirkning vil EBM-systemets påstander om sammenhengen mellom legers kjennskap til nyere medisinsk forskning og «bedre praksis», ha for prioritering av informasjon fra pasienten i vurdering og behandling? Er ikke selve begrepet «klinisk skjønn» en anakronisme i EBM-sammenheng?

På norsk er «evidence-based» oversatt til «kunnskapsbasert» (10,11). Dermed tilsløres de erkjennelsesteoretiske og paradigmatisk implikasjonene som er knyttet til EBM-systemet. De ville blitt tydeligere hvis man hadde brukt den direkte oversettelsen «bevis-basert». Evidens er et begrep hentet fra latin som består av av/fra og se, direkte oversatt: av å se. I ordbøker blir det til «innlysende visshet» (12,13). Det dreier seg altså om å få «innlysende visshet» gjennom direkte og forutsetningsløs observasjon. Ved å bruke begrepet «bevis basert» ville man for det første synliggjøre hvilket kunnskapsideal som ligger til grunn for EBM, for det andre bidra til å problematisere forholdet mellom EBM og klinisk skjønn.

Vitenskap og praksis

I ingressen til en av artiklene om «kunnskapsbasert fysioterapi» står det: «Forskningsbasert kunnskap har sine klare begrensninger og kan derved ikke være den eneste kilden for faglige valg» (12 s22). I teksten påpekes at «kunnskapsbasert praksis» omfatter mer enn forskningsbasert kunnskap. Men: «Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskilde for fagutøvelsen» (12 s24). Tross alle forbehold – og i tråd med EBM-ideologien – kan det siste sitatet allikevel forstås som at forskningsbasert kunnskap bør ha forrang når det gjelder faglige beslutninger i praksis. Jeg vil peke på to forhold ved en slik prioritering som kan ha uheldige implikasjoner. For det første at forskning og vitenskap i stedet for være redskaper til kritisk analyse av praksis, vil kunne få en normativ funksjon. I en artikkel som setter kritisk søkelys på evidensbasert praksis innen psykologi, tar psykolog Tor-Johan Ekeland opp dette problemet (13). Han peker på at vitenskapen historisk har utviklet seg som etterprøving av praksis, men at det på 1800-tallet skjedde en endring som tilsa at vitenskapen skulle komme først, deretter praksis.

«I ekstremar av dette slaget ser vi straks at vitenskap då blir ideologi – at den så og seie går utover sitt eige grunnlag ved ikkje berre å seie noko om korleis tinga er, men også korleis dei bør vere. Det er nettopp ei slik sida ved programmet «evidensbasert behandling» eg vil undersøkje...» (13 s1037).

Undersøkelsen bringer ham til følgende konklusjon:

«Den evidensbaserte bølja representerer difor noko nytt, og det nye er ikkje empirisk forskning *på* praksis, det har ein halde på med på seriøst vis i snart femti år. Det nye er empirisk kontroll *av* praksis, ein intensivert empirisme med prediktor forskning i framsetet. Den teoretiske (og vitenskapsteoretiske debatten) har hamna i bagasjeromet om den i det heile teke er med» (13 s1039).

I dette perspektivet blir EBM ikke bare noe som bidrar til å styrke fundamentet for faglige beslutninger, men det blir normgivende og styrende for praksis. Med «gullstandarden» som mål for «den gode praksis» er det grunn til å stille spørsmål om hva som blir igjen av fysioterapien hvis vil velger EBM som rettesnor for praktisk yrkesutøvelse og faglig dokumentasjon inn i et nytt tusenår.

Det andre forholdet jeg vil peke på knytter seg nettopp til spørsmålet om hva EBM som normativt prosjekt kan gjøre med praksis. I en kronikk i Dagbladet 21. oktober 2000 setter professor i psykiatri Einar Kringlen søkelyset på den økende bruken av psykologiske kriseteam under overskriften «Krisepsykologi som industri» (14). Dokumentasjon for sin skepsis til krisepsykiatri finner han i Cochrane systemet:

«Innen medisin og psykiatri er det mange behandlingsmetoder som ikke er skikkelig vitenskapelig evaluert. Derfor har særlig engelske forskere de siste årene etter initiativ fra epidemiologen Archie Cochrane gått i brodden med kontrollerte vitenskapelige behandlingsundersøkelser for å avskaffe uvirksomme og fremme virksomme terapier. I en slik Cochrane-oversikt fra 1998 gikk psykiateren Simon Wesseley og medarbeidere igjennom de få gode undersøkelser som fantes om individuell debriefing etter ulykker» (14).

Når uttrykket «gode undersøkelser» brukes i forbindelse med Cochrane-systemet vet vi at det betyr randomiserte klinisk kontrollerte forsøk. Konklusjonen til forskerne var at debriefing ikke hindret posttraumatisk syndrom, men kanskje heller forverret tilstanden. Leder av Senter for Krisepsykologi, psykolog Atle Dyregrov, tar til motmæle i Dagbladkronikk 4. november 2000 (15). Han skriver:

«Den såkalte Cochrane-rapporten tillegges stor vekt av Kringlen og andre psykiatere. Her tas det med metodisk sterke undersøkelser, men dessverre stilles det meget få krav til den ”debriefing som tilbys”» (15).

Som begrunnelse for denne påstanden gjennomgår Dyregrov en av de tre studiene som Cochrane-rapporten bygger på og viser at det debriefingsopplegget den referer ligner lite på dem som vanligvis gjennomføres i praksis. Han kaller det «meningsløs og uprofesjonell intervensjon». Videre sier han: «Studiene som Kringlen referer til, har lite til felles med skikkelig utført kriseintervensjon som følges opp gjennom senere samtaler» (15).

Jeg har valgt å ta med disse innspillene, ikke for å drøfte krisepsykologi, men fordi de illustrerer problemer knyttet til forholdet mellom forskning og praksis. For Kringlen er det tydeligvis viktig å kunne underbygge sin tvil om krisepsykologiens plass i dagens samfunn med skikkelige vitenskapelige undersøkelser. Derfor legger han vekt på det metodiske aspektet ved de undersøkelsene han viser til. Dyregrov gir Kringlen rett i at Cochrane rapportene regnes for å være metodisk sterke, men hva hjelper det når den behandlingen de undersøker ikke er i samsvar med det praksisfeltet vurderer som god behandling ut fra faglige, profesjonelle og situasjonsorienterte kriterier. Det virker altså som om de trekkene som særmerker den gode praksis, ofres på vitenskapens alter. Behandlingen tilpasses forskningsmetodene mer enn de menneskene den er rettet mot og de situasjonene den utøves i, slik at den ikke lenger kan karakteriseres som god for brukeren.

Fysioterapi – et fag for fremtiden

La oss vende blikket mot vårt eget fag og se det i forhold til de perspektivene som er trukket opp her. Det bør gi grunnlag for ettertanke og refleksjon. Kanskje vi i stedet for å omfavne «kunnskapsbasert fysioterapi», bør søke teoretiske perspektiver som kan hjelpe oss å forstå hvilken betydning det følsomme håndgrepet har i fagutøvelsen. I stedet for å tilpasse praksis til EBM-systemets objektive standarder, bør vi satse på dokumentasjonsformer som hjelper oss å vurdere hva nærhet til pasienter over tid og kontinuerlig tilpasning av tiltak – ut fra reaksjoner på undersøkelse og behandling – betyr. I stedet for å kapitulere overfor argumenter om at observasjon av bevegelsesmønstre og palpasjon av vevskvalitet er subjektiv synsing og ikke vitenskapelig registrering, være på vakt overfor forskningsmetodiske krav som fordreier fagutøvelsen. I stedet for å lete etter kvantifiserbare størrelser for å tekkes EBM-idealet, arbeide med å utvikle begreper som best mulig griper og gjør begripelig det som er fysioterapifagets egentlige anliggende.

Hvordan kan «kunnskapsbasert fysioterapi» hjelpe oss å dokumentere fagutøvelsen hvis vi mener at vi i praksis møter kropp som ikke bare er biologiske størrelser, men også bærere av livserfaring, et samtidig kulturelt og sosialt fenomen, som må forstås kontekstuell? Hvis vi tar innover oss at de fleste menneskene som fysioterapeuter møter i sin praksis sliter med smerte og funksjonsforstyrrelser, som vanskelig lar seg gripe av det medisinske paradigmet, så har det evidensbaserte systemet klare begrensninger. Hvis vi øyner kompleksiteten i mange av de kroppslige plagene fysioterapeuter må forholde seg til, skjønner vi at vi finner liten hjelp i et system hvis ideologi er å splitte opp og redusere sammensatte fenomener til håndgripelige størrelser for medisinske forskningsmetoder.

Om vi derimot lar være å gi etter for EBMs implisitte krav om å standardisere fysioterapipraksis for at den bedre skal passe inn i det «kunnskapsbaserte» systemet, og heller våger å ta fagets egenart på alvor, kan vi kanskje bidra til et paradigmeskifte. Om vi bruker vår faglige kompetanse til å finne ut hvordan vi kan gjøre den levende, autentiske og mangfoldige fysioterapipraksisen til gjenstand for forskning, kan vi kanskje utvikle ny og mer relevant teori, som kan bidra til å bedre tilbudet til brukere av fysioterapitjenester. Men – det krever at vi ikke lar oss fange av den medisinske tenkningen og forskningsmetodikken. I stedet må vi rette blikket mot særtrekk og kvaliteter i egen praksis. Da først kan vi kanskje bli i stand til å ta i bruk og utvikle alternative forskningsmetoder som kan bidra til å bygge ned skillene mellom den virkeligheten vi møter i praksisfeltet og den virkeligheten vitenskapen representerer. Ønsker vi å dokumentere faget på måter som virkelig fokuserer på dets særegenhet, forutsetter det at vi er i stand til å se hva dette er og så gjøre det til gjenstand for forskning og kritisk analyse. Fysioterapifaget trenger ny teori å forankre sin praksis i. Men den må være i resonnans med fagets innerste vesen. Det er heldigvis kolleger som har vist vei og kommet med viktige bidrag i denne sammenheng (16,17,18,19,20,21).

I sin siste bok fokuserer Eline Thornquist på hvor viktig det er å forstå møtet mellom pasient og fysioterapeut som en kroppslig kommunikasjons- og samhandlingssituasjon, der bruk av fysioterapifaglige metoder må ses som en integrert del av denne kommunikasjonen (20). Det representerer en stor metodisk utfordring å forske på, og dokumentere fagets terapeutiske potensial i dette perspektivet. Da kan man ikke, slik fysioterapiforskningen ofte gjør, skille behandlingsmetoder ut fra kontekst, kommunikasjon, tolkning og vurderinger; lage standard betingelser og kontrollgrupper for å dokumentere virkning av metoden og la være å forholde seg til alt det andre som skjer i samhandlingen. Det er jo nettopp i sammensmeltningen mellom disse dimensjonene at mulighetene til å utøve klinisk skjønn og profesjonell virksomhet ligger. Fokuserer vi bare på å utvikle kunnskap om metodene, uten å ta de andre aspektene med, forblir de bare teknikker som appliseres på biologiske kropp, og fysioterapeuten er tilbake i rollen som tekniker.

Psykolog Tor-Johan Ekeland tar opp forholdet mellom spesifikke behandlingsteknikker og relasjonelle aspekter i psykoterapi (13). Mens førstnevnte tydelig faller innenfor interessefeltet til EBP, hevder EBP-tilhengere at sistnevnte ikke er tilstrekkelig empirisk underbygd av forskning. Dette argumenterer Ekeland imot, og viser til at 40 års forskning på psykoterapi-praksis kan dokumentere «at dette relasjonstilhøvet, spesielt slik klienten opplever det, heftar for mest varians til å forklare utfall av psykoterapi... relasjonstilhøvet heftar for ein langt større varians enn sjølve teknikken» (13 s1042). Selv om dikotomiseringen av teknikk og relasjon i behandling er så problematisk at det nesten er villedende å bruke denne referansen, har jeg allikevel valgt å gjøre det, fordi den på et nivå bidrar til å underbygge skepsisen til praksisorienterte kunnskapssystemer som setter objektiv og dekontekstuell kunnskap i høysetet. Samtidig gir det grunnlag for optimisme i forhold til fysioterapifagets berettigelse og utviklingsmuligheter. Sistnevnte forutsetter imidlertid at vi, i stedet for å slutte rekkene bak «kunnskapsbasert fysioterapi» fokuserer på fysioterapifagets særtrekk. Jeg tror at vi her finner innebygde motkrefter mot EBM-ideologien. Men det krever at vi virkelig skolerer oss teoretisk og utvikler innsikt i sammenhenger mellom det feltet som skal utforskes og de metodene som vi trenger for å gjøre det. Videre, at vi er villige til å sette vår egen praksis – slik den utøves i institutter, sykehus, sykehjem, bedriftshelsetjeneste, skoler, helsestasjoner, rehabiliteringsinstitusjoner og så videre – under kritisk søkelys, fra ulike innfallsvinkler og ved hjelp av ulike forskningsmetoder. For det tredje må vi ta den utfordringen det er å argumentere mot hele den etablerte medisinske vitenskapen når vi velger å dokumentere vår faglige praksis på andre måter enn ved hjelp av «gullstandard». Men – er det ikke verd å prøve?

Jeg begynte denne artikkelen med Berg og Wifstads scenarier – der legen, i forlengelse av medisinenes reduksjonistiske ideologi og «gullstandardens» normer – blir redusert til eksekutør av prosedyrer, overvåket av elektronikken, eller ender opp som «rådgiver på et intellektuelt plan» (4). Dette bør være en vekker, ikke bare for leger, men også andre yrkesgrupper som tror de finner grunnlaget for kvalitetsheving av praksis i EBP-systemet. Med andre ord, vi fysioterapeuter bør vurdere om våre pasienter er tjent med at vi forankrer vår praksis i kunnskap frembrakt av metoder og teorier som er utviklet for å løse standardiserte helseproblemer – selv om den er kledd i overbevisende retorikk og hypermoderne elektronikk.

Epilog

For en tid siden ble vi her ved fysioterapeututdanningen i Tromsø kjent med at det verserer rykte om oss i det mer sentrale fysioterapimiljøet i landet. Ryktet forteller at utdanningen i Tromsø er den eneste som ennå ikke har sluttet seg til «kunnskapsbasert fysioterapi». Jeg kan herved bekrefte at ryktet taler sant. Det betyr imidlertid ikke at vi ikke er opptatt av dette kunnskapssystemet. Tvert imot, vi levende og intenst opptatt av evidensbasert praksis! Vi har blant annet sørget for innkjøp av mye ny EBM-litteratur til biblioteket. Det er jo en grunnleggende og viktig forutsetning innen vitenskapelig tenkning, å sette seg inn i feltet før man «går løs på det». Den prosessen er vi inne i. Denne artikkelserien kan ses på som en del av dette arbeidet. Den er et forsøk på å klargjøre de premissene «kunnskapsbasert fysioterapi» bygger på. Skal vi kunne vurdere hvilket potensiale EBP-systemet har for å bedre fysioterapipraksis, må vi vite hvilken sammenheng det står i og hva det representerer.

Ved utdanningen i Tromsø er vi opptatt av kunnskap i fysioterapi – men vi stiller spørsmål ved om «kunnskapsbasert fysioterapi» representerer en type kunnskap som kan bidra til å utvikle fag og praksis. Vi er opptatt av forskning, men synes det er viktig å drøfte sammenhengen mellom vitenskapelig tilnærming og metode, og de problemene som skal utforskes. Vi er åpen for at EBM-litteraturen formidler interessant informasjon om nye forskningsfunn som vi kan trekke inn i undervisningen, men studentene må også kjenne til den kunnskapstradisjonen og konteksten disse funnene inngår i, for å kunne vurdere deres relevans. Vi vil være med å utdanne fysioterapeuter som kan forankre sin praksis i solid kunnskap, men det bør være en kunnskap som er egnet til å belyse og gi innsikt i de fenomenene som finnes i den praktiske virkeligheten. Vi ønsker at studentene skal kunne gjøre handlingsvalg ut fra et kart som passer med det terrenget de befinner seg i. Og – vi ønsker å pirre den faglige nysgjerrigheten deres og gi dem mulighet til å kvalifisere seg til å være med å utforske fysioterapi-virkeligheten. På den måten kan de også etter hvert bidra til å gjøre fagets teori- og kunnskapsgrunnlag mer solid.

Referanser

1. Kuhn T: Vitenskapelige revolusjoners struktur. Oslo, Spartacus forlag AS, (1962) 1996.
2. Berg O: Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1998, 118, 1417-21.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence Based Medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997.
4. Wifstad Å: Forelesning 2. februar 2000 i Medisinsk-etisk forum ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, 2000
5. Berg O: Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A: Helsepolitikk og samfunn. Oslo, Tiden Norsk Forlag, 1978.
6. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ: Purpose and procedure. Evidence-Based medicine, 1998, 3, 162-3.
7. Alver V: Helsejekk på nettet. Dagbladet 14.05.2000, 22.
8. Nylund HK: Forskning er relevant. Fysioterapeuten 1999, 66(3), 8-9.
9. Nielsen GH: Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999, 36, 436-46.
10. Landro MI, Wangensten B (red): Bokmålsordboka definisjons- og rettskrivningsordbok. Oslo, Universitetsforlaget, 1998.
11. Berulfsen B, Gundersen D: Fremmedord og synonymer, blå ordbok. Oslo, Kunnskapsforlaget, 2000.
12. Jamtvedt G, Hilde G, Risberg MA: Kunnskapsbasert fysioterapi. Forutsetter brobygging mellom praksis og forskning. Fysioterapeuten 2000, 67(1), 22-5.
13. Ekeland TJ: Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999, 36, 1036-47.
14. Kringlen, Einar. Krisepsykologi som industri. Kronikk i Dagbladet 21.10.2000.
<http://www.dagbladet.no/kultur/2000/10/21/224193.html>
15. Dyregrov Atle: Nødvendig krisehjelp. Kronikk i Dagbladet 4.11.2000.
<http://www.dagbladet.no/kultur/11/04/226479.html>
16. Thornquist E: Conceiving Function. An Investigation of the Epistemological Preconditions. Conceptualizations and Methodologies in Physiotherapy. Universitetet i Oslo, 1998.
17. Thornquist E: Fagutvikling i fysioterapi. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1988.
18. Thornquist E: Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. Fysioterapeuten 1996, 63(9), 14-22.
19. Thornquist E: Kroppslig erfaring, språk og tenkning. Fysioterapeuten 1998, 65(14), 9-12.
20. Thornquist E: Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo. Ad Notam Gyldendal, 1998.

21. Engelsrud G: Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Oslo, Helsetjenesteforskning rapport nr. 1, 1990