



Betanien diakonale høgskole

”Fra SF – 36 til forteljing som identitet”

5 vitenskapsteoretiske essay

Skriftserien. 2-2008

©Betanien diakonale høgskole 2008-08-21

ISBN 978-82-997893-1-8

Trykk: Betanien diakonale høgskole

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Betanien diakonale høgskole
Vestlundveien 19
5147 Fyllingsdalen

Telefon: 55 50 73 00

Telefaks: 55 50 73 01

Nettadresse: <http://www.betaniensykepleierhogskole.no/>

Forord

I dette nummer av Skriftserien velger vi å presenterer 5 vitenskapsteoretiske essay skrevet av ansatte ved Betanien , som et ledd i en kompetanse heving frem mot opprykk til første lektor. Essayene utgår fra Senter for Vitskapsteori ved Universitetet i Bergen hvor den enkelte har hatt veiledning. Videre har essayene vært vurdert av en komité, samt vært lagt frem i en åpen høring med opposisjon.

Følgende komiteer har vurdert og opponert på de ulike essayene:

1. "En ideologikritisk analyse av livskvalitetsskjemaet SF – 36"

Bedømmelseskommité: Professor Roger Strand (SVT) og førsteamanuensis Torill Larsen (BDH)

2. "Evidensbasert praksis i et standardiseringsperspektiv"

Bedømmelseskommité: Førsteamanuensis Rasmus Slaattelid og Førstelektor Kirsti Kvåle (BDH)

3. "Metodetriangulering; Hvilken kunnskap kan metodetriangulering gi?"

Muligheter og begrensinger ved å anvende metodetriangulering i et konkret forskningsprosjekt"

Bedømmelseskommité: Førsteamanuensis Cathrine Holst (SVT) og førsteamanuensis Torill Larsen (BDH)

4. "Taus kunnskap og refleksjon som essensielle deler av studenters kunnskapsutvikling"

Bedømmelseskommité: Førsteamanuensis Torjus Midtgarden (SVT) og førsteamanuensis Frode Jacobsen

5. "Forteljing som identitet" - Eit forsøk på ein presentasjon av Paul Ricoeurs omgrep "narrativ identitet" i eit filosofisk perspektiv

Bedømmelseskommité: Førsteamanuensis Torjus Midtgarden (SVT) og førsteamanuensis Frode Jacobsen (BDH)

Innholdsfortegnelse

En ideologisk analyse av livskvalitet skjemaet SF -36

Høgskole lektor May Aasebø Hauken

s. 5

Evidensbasert praksis i et standardiseringsperspektiv

Høgskolelektor Hilde Smith- Strøm

s. 27

Metodetrinagulering

Høgskolelektor Kari Røykenes

s.50

Taus kunnskap og refleksjon som essensielle deler av
studenters kunnskapsutvikling

Høgskolelektor Kjellaug Tvedt Nautvik

s. 66

Forteljing som identitet

Høgskolelektor Oddgeir Synnes

s.83

Essay i vitenskapsteori

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

En ideologikritisk analyse av livskvalitetskjemaet SF-36

May Aasebø Hauken

Betanien diakonale høgskole

Høst 2006

1.0 INNLEDNING

Livskvalitet er et begrep som ofte blir brukt generelt i samfunnet, i politikken, på administrativt nivå, i helsevesenet og i kliniske settinger som mål på effekt av behandling og i behandling av enkelttilfeller. Mens livskvalitet er et bredt begrep som blant annet dekker sosiale områder, omgivelser, økonomi og helsetilfredshet, er begrepet helsereelatert livskvalitet mindre omfangsrikt og inkluderer mental og fysisk helse og deres konsekvenser. Temaet for dette essayet er helsereelatert livskvalitet gjennom en ideologikritisk analyse av spørreskjemaet SF-36.

Bakgrunnen for å ta opp dette emnet er at SF-36 er et hyppig anvendt instrument som mål på helsereelatert livskvalitet hos ulike grupper mennesker, enten det er relatert til ulike sykdommer eller til økonomiske prioriteringer. SF-36 har stor internasjonal utbredelse, er oversatt til mer enn 50 ulike språk og har dessuten en egen organisasjon (<http://www.sf-36.org/feedback/feedback>).

Instrumentet er generelt og normert for normalbefolkningen i flere land blant annet USA, England, Tyskland, Sverige og Norge, noe som i utgangspunktet gir forskere et sammenligningsgrunnlag med hensyn til ulike sykdomsgrupper og normalbefolkning samt på tvers av landegrensene. Et søk på Medline med søkeordet "SF-36" og "short form 36" gav 6118 treff. Et raskt overblikk viser at spørreskjemaet er brukt i studier som omfatter ulike sykdommer, ulike kliniske settinger, ulike hensikter fra å måle resultat av intervensjoner til kost/ nytteanalyser, samt resultater fra en rekke ulike land. SF-36 blir dessuten omtalt som et spørreskjema nær gullstandarden innen forskning på helsereelatert livskvalitet (Michalos 2004).

På bakgrunn av ovenstående er det derfor av interesse å se nærmere på dette instrumentet, siden både anvendelsen og tolkningen av data kan reise en del spørsmål. På bakgrunn av den omfattende litteraturen og forskningen som involverer SF-36 og det begrensede omfanget på dette essayet, er det på ingen måte mulig å gi en altomfattende og detaljert gjennomgang av SF-36. I dette essayet vil derfor noen momenter innenfor to hovedspørsmål stå i fokus; nemlig hvilke vitenskapsteoretiske ideologier og forutsetninger som ligger bak utviklingen av SF-36 samt hva er SF-36 et mål på, og hvor konsistent er dette i forhold til underliggende teori? Spørsmålene er sentrale ut fra en bevisstgjøring om hvorvidt, og på hvilken måte, underliggende teori gir føringer for anvendelsen av SF-36. Videre vil denne type spørsmål være viktig å fokusere på både i utvelgning av instrumenter i forskningsøyemed og tolkning av forskning som inkluderer SF-36.

For å få en bakgrunn for analysen, vil selve begrepet livskvalitet først bli diskutert for å vise at dette ikke på noen måte er et entydig begrep. Deretter vil den historiske utviklingen av SF-36 bli forelagt, samt en presentasjon av selve spørreskjemaet. I drøftingsdelen vil hoveddelen av drøftingen knyttes til bakenforliggende ideologi, diskutert opp mot utviklingen av spørreskjemaet. Drøftingen rundt utviklingen av SF-36 tar utgangspunkt i at SF-36 er et helsereelatert livskvalitetsskjema, siden forskerne bak SF-36 anvender dette begrepet. I siste del av drøftingen stilles imidlertid spørsmålsteget ved hvorvidt SF-36 er et mål på helsereelatert livskvalitet eller et mål på helsestatus. I essayet vil begrepene domener og dimensjoner bli benyttet som synonymer, siden begrepene brukes tilsvarende i litteraturen rundt SF-36.

2.0 HVA ER LIVSKVALITET OG HVORDAN KAN DET MÅLES?

Selv om begrepet livskvalitet er av relativt ny dato, har livskvalitet i forhold til behandling av spesifikke sykdommer sine røtter i filosofiske betraktninger om verdien og meningen med livet generelt (Qvarnstrøm & Haugen 1987). Analyser av «lykke» og «det gode liv» har opptatt filosofer gjennom årtusener, men det har vært ulike syn på hva lykke og «det gode» liv innebærer (Skirbekk 1980, Tatarkiewicz 1976, Nordenfelt 1994, Fjelland 2004). I vår tid er lykkebegrepet gradvis blitt assosiert med en positiv balanse i livet, - tilfredshet med livet i sin helhet, noe som dekker mye av innholdet i det mange i dag legger i begrepet livskvalitet.

I følge Kolstad (1985) ble begrepet livskvalitet første gang brukt i sosiologisk/psykologisk litteratur i begynnelsen av 1960-årene som en reaksjon på økonomenes velferdsforskning. I den medisinske faglitteraturen dukker begrepet opp på 1970-tallet (Kolstad 1985, Mæland 1989, Sirgy 2001).

Livskvalitet er i økende grad blitt benyttet både i det daglige liv og i forskning. Ofte brukes livskvalitet i dagligtalen som et erfaringsnært begrep for å uttrykke hva mennesker naturlig føler om seg og sin situasjon (Wahl & Hanestad, 2000). Siden 1980-90-tallet er livskvalitetsbegrepet også i økende grad benyttet i politiske føringer, i offentlige dokumenter, lover og forskrifter, ofte relatert til helse og sykdom, men som regel uten noen definisjon av begrepet (St. meld. nr. 41, NOU 1997, 1998, 1999).

Litteratur om livskvalitet innen vitenskapens verden viser at det verken eksisterer en presis eller en enhetlig definisjon forskere kan enes om (Muldoon et al. 1998). Kritiske røster vil derfor hevde at begrepet er ullent, at det rommer alt og ingenting og fører til overfladisk kommunikasjon ved at man snakker om forskjellige ting (Wyller 1998, Næss 2001).

Mæland (1989) skisserer fire ulike tilnærminger til livskvalitet, nemlig livskvalitet som tilfredshet, som lykke, som behovstilfredsstillelse og som selvrealisering. Alle disse tilnærmingene har sine talsmenn blant dagens forskere, noe som indikerer en uenighet om hvordan begrepet *bør* defineres (Padialla 1993, Wahl & Hanestad 2004). Det nærmeste en kommer til en konsensus om en klar definisjon av livskvalitet er ifølge Carr, Thompson & Kirwan (1996) at livskvalitet er et paraplybegrep som innbefatter helsestatus så vel som tilfredshet på flere områder. Det er imidlertid konsensus blant forskere om at livskvalitet er multidimensjonal, subjektiv og varierer over tid (Spilker 1990, Padialla et al. 1992, Bowling 1997, Muldoon et al. 1998, Rustøen 2001, Hanestad & Wahl 2003, Waldron et al. 1999, Muldoon et al. 1998).

De ulike definisjonene av livskvalitet gir informasjon om de ulike karakteristika ved begrepet, og definisjonene gjenspeiler også de enkelte fagenes tilnærming. Innen sosiologien vil fokus på livskvalitet være i forhold til velferd, mens innen psykologien vil en primært være opptatt av individets vekst og utvikling. Innen medisin og sykepleie vil imidlertid fokus på livskvalitet være i forhold til ulike grader av helse, symptomer, sykdom og behandling (Hanestad 1992). Dette er også bakgrunnen for at det i en del litteratur skilles mellom helserelatert livskvalitet og generell livskvalitet, der helserelatert livskvalitet brukes for å avgrense den delen av livskvalitetsbegrepet som påvirkes av helseforhold, pasientsentrert behandling og holistisk omsorg i motsetning til f.eks. ytre livsvilkår som bolig, økonomi osv (Mæland 1989). Mooney (2006) hevder imidlertid at det opereres med 2 helt ulike betydninger av helserelatert livskvalitet: Den ene betydningen brukes i forhold til

kost- nytte analyser i den hensikt å evaluere ulike behandlingsalternativer og allokering av finansielle ressurser. I den andre betydningen brukes begrepet til pasienters subjektive opplevelse av sykdom.

Gitt den manglende konsensus om hva begrepet livskvalitet inneholder og hvordan det bør defineres, varierer de operasjonelle definisjonene av livskvalitet i enda høyere grad. Livskvalitetsbegrepet, slik det brukes innen medisin- og helsefaglig forskning, er sjelden basert på teoretiske eller filosofiske analyser, men heller på enighet blant eksperter på operasjonelle definisjoner. I forskningsartikler ses sjelden definisjoner av livskvalitet (Hunt, 1997, Wahl et al 2003). Mange av de operasjonelle definisjonene på helserelatert livskvalitet bygger ifølge Bowling (1997) på WHO's utvidede definisjon av helse av 1946: "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". WHOQOL, en gruppe nedsatt av WHO, utarbeidet en definisjon på livskvalitetsbegrepet som er styrende for flere studier om hvordan folk i ulike land opplever sin livssituasjon: "Individuals' perception of their position in life in context of the culture and value systems in which they live in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHOQOL group, 1995).

Muldoon et al (1998) hevder at de fleste helserelaterte livskvalitetsskjema som benyttes i dag, bygger på en eller begge av følgende operasjonelle definisjoner: - livskvalitet som individets atferd eller funksjonsnivå eller livskvalitet som individets opplevde helsestatus eller tilfredshet. Førstnevnte regnes som objektiv og sistnevnte subjektiv.

Livskvalitet i seg selv kan betegnes som en uobserverbar variabel, og må derfor studeres gjennom andre variabler som kan tjene som indikatorer (Hanestad, Wahl 2003). Det skiller hovedsakelig mellom fire typer indikatorer; observasjonsdata, fysiologiske indikatorer eks. blodprøve, atferdsindikatorer og selvrapportering (Mastekaasa, Moum, Næss & Sørensen 1988). Det er begrensninger beheftet med alle disse indikatorene, men selvrapportering anses å være den mest valide metoden for å måle livskvalitet fordi det er individets subjektive erfaring som er essensiell (Rapkin, Swartz, 2004, Muldoon 1998, MacSweeny & Creer 1995).

Det finnes etter hvert svært mange ulike livskvalitetsskjema. De fleste livskvalitetsinstrumenter er generiske (generelle) heller enn sykdomsspesifikke, og SF-36 er eksempel på førstnevnte. Generelle instrumenter er designet for å samle inn det komplette spektrum av funksjon, handikap og ubehag som er relevant for livskvalitet. Spesifikke livskvalitetsskjema fokuserer på aspekter ved helsestatus som er spesifikt i forhold til et område eller en spesiell sykdom (Spilker 1990). Generelle livskvalitetsskjema er anvendbare ift ulike populasjoner, og kan i følge Carr et al (1996) deles i to kategorier: helseindekser og helseprofiler. Helseindekser gir en enkel, global score av velvære, mens helseprofiler er designet for å måle ulike dimensjoner knyttet til helsestatus, der den primære hensikten er å gi innsikt i hvilke områder som influeres av helse i hvilken grad. Helseprofiler har et felles skåringssystem som kan legges sammen til få scorer eller en scoringsindeks.

3.0 SPØRRESKJEMAET SF-36

3.1 Utviklingen av SF-36

SF-36 er et av flere spørreskjema vedrørende helsestatus som ble utviklet i USA som en del av Medical Outcomes Study (MOS); et kvasiekperimentelt, multisenterstudie gjennomført i tidsrommet 1986-1992. Hovedhensikten med MOS var å undersøke variasjoner i legers praksisstil og pasientresultat (outcome) i ulike helsesystemer (Hays, Sherbourne og Mazel, 1995). Outcome relatert til helse ble definert som: "the extent to which a change in a patient's behavioral functioning or well-being meets the patient's needs or expectations" (Ware, Gandek 1994 s. 49). Et vesentlig mål for MOS var også å videreutvikle metoder for rutinemessige målinger av pasientresultat i studier av helsetjenester og teknologisk forskning.

MOS bygger på resultater fra HIE (The Health Insurance Experiment), en studie vedrørende alternative måter å finansiere helsevesenet på, gjennomført av Rand Cooperation mellom 1974 og 1982 (Dixon, Heaton, Long and Warburton, 1994). Gjennom HIE ble måleinstrumenter for helse utviklet, samt et begrepsmessig rammeverk for helse. MOS, ledet av John Ware Jr, bygget videre på dette arbeidet og utarbeidet et omfattende begrepsmessig rammeverk og måling av 40 ulike fysiske, psykiske og well-being begreper. Spørreskjemaene fra HIE måtte imidlertid gjøres mer relevante for helseproblemer relatert til eldre og mennesker med kroniske sykdommer. MOS- instrumentene ble designet for to hovedsetninger: - en generell populasjonssurvey og en fireårig longitudinell studie av mennesker med en av fem kroniske sykdommer: hypertensjon, obstruktiv hjertelidelse, nylig gjennomgått hjerteinfarkt, diabetes og alvorlig depresjon.

Helsestatus i den longitudinelle studien ble målt ved hjelp av et omfattende spørreskjema med 149 spørsmål (item). Dette gav mer enn 40 separate scoringer som dekket 35 ulike domener eller dimensjoner – The MOS Functioning and Well-Being Profile (MOSFWBP). En kort form (short form = SF) ble utviklet for de respondentene som ikke klarte å fullføre hele MOSFWBP. Denne versjonen ble også benyttet i den store krysseksjonelle survey som MOS gjennomførte (Dixon, Heaton, Long and Warburton, 1994). I utgangspunktet hadde instrumentet 18 spørsmål, så 20. I 1988-9 ble disse imidlertid videreutviklet til 36 spørsmål, - SF-36. SF-36 blir betegnet som det beste kompromisset mellom responsbyrde og detaljeringsgrad av innsamlet informasjon og innebærer ifølge Ware en signifikant forbedring av SF-20 (Ware and Sherbourne, 1992). Instrumentet ble utviklet for å tilfredsstille minimum psykometriske standarder for gruppesammenligning. MOS hevder at studien innebar flere metodologiske fremskritt: (1) måling av tre dimensjoner av helse status parallelt, initialt og longitudinelt, (2) et fokus på pasientens personlige evaluering av sin funksjonsstatus og "well-being" for bedre å møte pasientenes behov, og (3) bruk av både standardiserte pasientsurvey og klinisk evaluering som mål på helsestatus. MOS var også den første storskala studien der pasienter med ulike medisinske og psykiatriske sykdommer fylte ut det samme selvadministrerte spørreskjemaet. Utvalget ble tatt fra pasienter som fikk helsetjenester i Boston, Chicago, and Los Angeles. Trettifem datafiler ble kombinert i én datafil med 4,533 variabler og 23,097 respondenter.

Metodeutviklingen av SF-36 hevder å bygge på Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt multidimensjonale helsebegrep (jf kap 2.0) idet spørreskjemaet måler tre aspekter av helse. I samsvar med WHO sin definisjon på helse, inkluderer ikke SF-36 bare negativ helsestatus (grad av sykdom og skrøpeligheit), men også positiv helsestatus som well-being. Ware og Gandek (1994) hevder samtidig at SF-36 måler helse relatert livskvalitet definert som: "Concepts of functional status, well-being and general health perceptions" s 49. Den svenske manualen (1994) heter: "SF – 35

Helsoenkät – Svensk manual och tolkningsguide”, men i innledningen til manualen står det at en av hensiktene til denne er: ” ..att öka kunnskapen om livskvalitetsmålingar i hälso- och sjukvården” s 1:1. I den svenske manualen heter det videre at instrumentet kan hjelpe forskere og klinikere til å samle reliabel informasjon om pasienters helse, spare tid og penger ved innsamlingen av denne informasjonen, samle inn informasjon som ellers ikke ville ha blitt innsamlet, måle effektiviteten i alternative behandlingsformer og måle helse over tid. Ware (1994) understreker videre at mål på helserelatert livskvalitet brukes av analytikere og helsepersonell for å sammenligne kostnader og nytte av ulike måter å organisere helsevesenet på, levering og finansiering av helsetjenester.

Mange av spørsmålene i SF-36 er blitt “adapted from instruments that have been used for 20-40 years or longer” (Ware and Sherbord, 1992, s 474). Gjennom utviklingen av instrumentet brukte forskerne ulike andre måleinstrumenter som selvadministrerende spørreskjema for pasienter og klinikere, ansikt - til ansikt intervju, telefonintervju, kliniske rapporter og helseundersøkelser. SF-36 ble utviklet for å måle 8 av de 40 helsedomenene som MOS hadde kommet fram til. Dette var områder som ble mest brukt i andre store survey og som hadde vist seg å være best egnet som mål på helse. En del domener som søvn, kognitive funksjoner, seksuell funksjon, helsestress, familiefunksjon, selvbilde, ernæring, rekreasjon og hobbyer, kommunikasjon og symptomer eller helseproblemer som er spesifikke for ulike sykdommer blir ikke målt. Ware og Gandek (1994) hevder at de utvalgte skalaene korrelerer med de fleste av disse domenene (unntatt seksuell funksjon), og at sykdomsspesifikke symptomer og problemer er utelatt siden dette er et generelt måleinstrument. Forskerne hevder at siden SF-36 er så kort, er det rom for å legge til sykdomsspesifikke instrumenter uten å gå utover en akseptabel respondentbyrde.

Et annet moment i utvelgelsen av item til SF-36, var rent praktiske hensyn: SF-36 er designet for å være en kort survey, men samtidig gi mer informasjon enn bare ett spørsmål vedrørende hvert helsekonsept. Ware og Gandek (1994) hevder at en grunn til at SF-36 er internasjonalt anerkjent og anvendt, er at det kan fylles ut i løpet av 5-10 minutter og dermed hensiktsmessig i klinisk setting. Spørsmålene ble også valgt ut fra de som best reproduserte MOSFWBP mht validitet og høye korrelasjoner (Ware og Gandek 1994).

Ifølge Spilker (ed.1990) er det tre hovedkrav til et måleinstrument, nemlig at instrumentet er reliabelt, valid og sensitivt, såkalte psykometriske egenskaper. Dette var også viktige hensyn i utviklingen av SF-36. Instrumentet har vært gjenstand for omfattende psykometrisk forskning både i USA og andre land. De ulike SF-36 skalaene har vist tilfredsstillende nivå både mht reliabilitet, validitet, responsivitet og sensitivitet i de fleste studiene (Ware og Gandek 1994, Sulliva 1994, Turner-Bowker, Ware 2000, Bartley & Ware 2002). SF-36 ble nylig kåret som det mest evaluerte spørreskjemaet relatert til helsemål i en studie av vekst i livskvalitetsskjema (Turner- Bowker, Bartley & Ware 2002, Garatt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatric 2002).

Reliabilitet omhandler nøyaktighet av målingene og denne er for SF-36 målt vha ulike statistiske metoder som test - retest og intern konsistens (Cronbach alpha). Disse angis å være tilfredsstillende i de fleste studiene (Ware 2000). Validitetsbegrepet omhandler ofte tre typer; kriterievaliditet dvs. samvariasjonen mellom skåren på en test og skåren på et kriterium, begrepsvaliditet dvs. hvor gyldige de teoretiske begrepene er, og innholdsvaliditet dvs. hvorvidt ”eksperter” vurderer om uvalget av spørsmål/items i måleinstrumentet er egnet/representativ til å fange opp det som søkes målt (Mordal 1989, Muldoon et al 1998). SF- 36 er testet for alle disse typene validitet vha ulike statistiske metoder: Kriterievaliditeten er testet gjennom sammenligning mot en gullstandard; dvs.

mot andre tilgjengelige instrumenter blant annet NHP (Nottingham Health Profile) og SIP (Sickness Impact Profile). Hovedvekten av valideringen har imidlertid ifølge Ware (2000) vært fokusert rundt innholdsvaliditet som testet gjennom sammenligning med MOSFWBP. Ware (2000) rapporterer at SF-36 innebærer en 10-20 % reduksjon mht innholdsvaliditet, men at SF-36 anses som et sunt kompromiss mellom MOSSFOWBP og responsbyrde. Begrepsvaliditet er testet gjennom sammenligning mot andre helsesurvey og sammenfall i begrepsbruk (Ware 2000).

Med begrunnelse i instrumentets psykometriske egenskaper hevder Ware (2000) at de beste resultatene kommer fra studier der SF-36 brukes som et generelt instrument. Videre hevder han at instrumentet er nyttig både i deskriptiv hensikt dvs. i populasjons og deskriptive studier av store grupper for å dokumentere forskjell mellom syke og friske og for å estimere relativ byrde av sykdom, samt i sammenligninger av alternative behandlingsformer.

Den internasjonale tilpassingen av SF-36 er blitt gjennomført av IQOLA (International Quality of Life Assessment) prosjektet, et 4-årig prosjekt med oppstart i 1991, for å oversette og tilpasse SF-36 til 15 land. Dette representerte et samlet forsøk på en standardisering av metodologi for oversetting og dokumentasjon av SF-36 til en rekke land og språk. SF-36 er nå oversatt til mer enn 50 språk, deriblant norsk (Nuffield Institute for Health 1994, Ware 2000). SF-36 ble først gjort tilgjengelig i en "utviklingsform" i 1988, så en "standard form" i 1990, senere kalt versjon 1. SF-36v1 ble igjen videreutviklet til versjon 2: SF-36v2 i 1996 på bakgrunn av svakheter i originalversjonen, noe som ble gjort både gjennom kvantitative og kvalitative metoder. Forbedringene i versjon 2 relaterer seg til en forbedring mht introduksjon, endring i språk, endret layout, større skrift og endring på noen svaralternativer. Versjon 2 ble utviklet i løpet av prosessen med oversettelse av SF-36 til andre språk og refereres ofte til som den "internasjonale versjonen". På bakgrunn av den nye versjonen, har normtallene blitt oppdatert, samt at normtallene for versjon 1 er reestimert slik at resultater likevel kan sammenlignes (Turner-Bowker, Bartley & Ware 2002).

3.2 Presentasjon av SF-36

SF-36 er altså et spørreskjema med et sett av 36 generelle spørsmål (vedlegg 1).

SF-36 er oppbygget rundt tre nivåer:

- ✦ Item eller spørsmål:
Spørreskjemaet består av 11 spørsmål fordelt på 36 item
- ✦ 8 domener: 35 item er brukt for å beregne skårer på 8 helsedomener: Fysisk funksjon (PF), fysisk rollefunksjon (RP), smerte (BP), generell helse (GH), Vitalitet (V), sosial funksjon (SF), emosjonell rollefunksjon (RE) og mental helse (MH). Hvert domene utgjøres av 2-10 spørsmål. Det er et spørsmål i tillegg som er uskåret og måler forandring i helse i løpet av det siste året.
- ✦ 2 hoveddomener:
Ut fra de 8 helsedomene utarbeides det to hoveddomener: fysisk helse og psykisk helse.

Spørsmålene i skjemaet har en variert layout og svarmuligheter som varierer fra ja-nei, rett/galt, frekvenssvar til svar på femlikert skala. Det tar ca 5-10 minutter å fylle ut spørreskjemaet og det kan ifølge manualen anvendes på populasjoner fra 14 år og oppover (Sullivan, 1994). Utfylling av SF-36 kan gjennomføres ved selv-administrasjon, PC-administrasjon, av trente intervjuere personlig eller gjennom telefonintervju. Spørreskjemaet har vært brukt i generelle befolkningssurvey så vel som til unge, voksne og gamle pasienter med spesielle sykdommer (Ware et al 1994, Ware 2000).

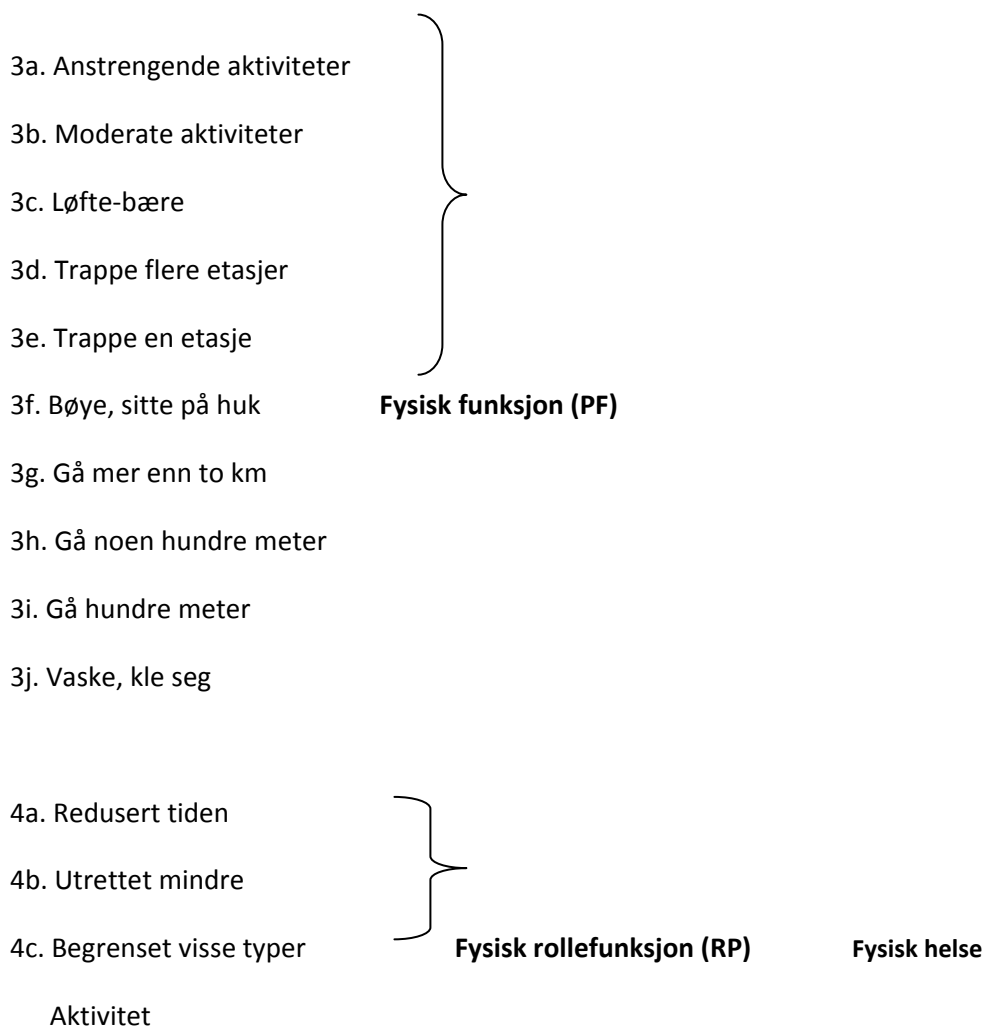
Når respondentene har svart på spørsmålene, summeres de enkelte spørsmålene innen hver dimensjon, og resultatet fra hvert domene transformeres på en skala fra 1 til 100, der 100 er den høyest mulige skåren. Skåren representerer prosent av total skåre. Dette innebærer at desto høyere skåre, desto bedre livskvalitet (Sullivan & Karlsson 1994, Ware 2000).

SF-36 finnes i en «kronisk» og en «akutt» form. Forskjellen mellom de to versjonene er tidsintervallet respondenten blir bedt om å relatere sin livskvalitet til: 4 uker for standardversjonen (kronisk) og 1 uke i den akutte versjonen.

Ifølge Ware (2000) har SF-36 vist seg som et nyttig instrument når det gjelder å sammenligne generelle og spesielle populasjoner, sammenligne relativ byrde av sykdommer, måle behandlingseffekter av mange ulike typer behandlinger og screening av enkeltindivider. Instrumentet er brukt til undersøkelser av mer enn 130 ulike sykdommer, der arthritis, ryggsmertes, depresjon, diabetes og hypertensjon forekommer.

Målemodellen for SF-36 er illustrert i tabell 1:

MÅLEMODELL SF- 36



4d. Hatt vanskeligheter

7. Smertestyrke

8. Smertepåvirkning } **Smerte (BP)**

1. Helse rating

11a. Lettere syk enn andre

11b. Like frisk som andre

11c. Forventer dårligere helse } **Generell helse (GH)**

11d. Utmerket helse

9a. Tiltakslyst

9e. Overskudd

9g. Sliten

9i. Trett

} **Vitalitet (V)**

6. Sosial

10. Sosial } **Sosial funksjon (SF)**

5a. Redusert tiden

til arbeid

5b. Utrettet mindre

5c. Ikke utført like nøye } **Emosjonell rollefunksjon (RE)**

9b. Nervøs

9c. Langt nede

9d. Rolig og harmonisk } **Mental helse (MH)**

9f. Nedfor og trist

9h. Glad

Mental helse

4.0 DRØFTING

4.1 Vitenskapsteoretiske forutsetninger for utviklingen av SF-36

Ut fra ovenstående presentasjon og gjennomgang av litteraturen vedrørende utviklingen av SF-36, er det vanskelig å oppdage en tydelig bakenforliggende ideologi eller vitenskapsteoretisk forankring. Det kan synes som om instrumentet er blitt til uavhengig av et spesifikt teorifelt i likhet med mange andre tilsvarende instrumenter (jf 2.0). Selv om instrumentet i utgangspunktet ikke er bygd på teoretiske eller filosofiske analyser, men mer på operasjonelle definisjoner, vil instrumentet uansett være preget av mer eller mindre bevisste valg og forutsetninger som påvirker utviklingen. Ved gjennomgang av utviklingen av SF-36 tydeliggjøres en del spørsmål, paradokser og forutsetninger som igjen kan ha betydning for hvordan skjemaet kan og bør benyttes i praksis:

4.1.1 SF-36 og "kinderegg - tanken"

For å begynne med røttene, er det et interessant utgangspunkt at SF-36 har sitt opphav i HIE, altså innen helseøkonomi og studier vedrørende alternative måter å finansiere helsevesenet på (jf 3.1). Dette er et paradoks siden livskvalitetsbegrepet i utgangspunktet oppstod som en reaksjon på nettopp økonomenes velferdsforskning med utelukkende økonomiske begrep som mål på velferd (jf kap 2). Dette må i seg selv sies å være et problematisk utgangspunkt for livskvalitetsforskning.

Utviklingen av SF-36 hadde i utgangspunktet flere ulike hensikter, nemlig både å undersøke legers praksisstil, måle effekt av behandling, måle helse over tid samt utvikle rutinemessige metoder for måling av pasientresultater i studier av helsetjenester og teknologisk forskning (jf kap 3.1). SF-36 ble på bakgrunn av dette utviklet for å være et generelt instrument, der en ønsket å utvikle et universalt standardinstrument som kunne benyttes uansett setting (Ware 1994). En må kunne si at intensjonen i utviklingen av SF-36 var relativt ambisiøs; der hensikten var å utvikle et "kinderegg" som kunne brukes i ulike settinger og på ulike nivåer; fra mer overordnede, strukturelle nivå til individnivå. "Kinderegg - tanken" underbygges videre ved at MOS fremhever de metodologiske fremskrittene utviklingen av SF-36 innebar (jf 3.1), uten å erkjenne at disse fremskrittene også kan representere betydelige metodologiske problemer (jf senere).

Det hevdes at fordelene ved generelle livskvalitetsskjema er at validitet og reliabilitet ofte er etablert i flere forskjellige populasjoner, slik at en kan undersøke og etablere dysfunksjonsområder i forhold til spesiell populasjoner. Dette kan igjen gi en guide til utvikling av sykdomsspesifikke instrumenter (Spilker 1990). Brukt i evalueringsøyemed kan generelle instrumenter diskriminere intervensjonens effekt på ulike aspekter ved livskvalitet uten bruk av mange instrumenter. I tillegg kan en ved hjelp av generelle instrumenter sammenligne effekt på livskvalitet i forhold til ulike sykdommer; noe som også kan danne utgangspunkt for kost - nytte analyser (Spilker 1990). Likevel er det nærliggende å stille spørsmålstegn ved hvorvidt det er både mulig og hensiktsmessig å utvikle ett enkelt instrument som kan fange opp de ulike aspektene som er nødvendig for alle disse formålene. På den ene siden skal det være detaljert nok til å fange opp et enkelt individ og på den annen siden generelt nok til at en kan si noe om mer overordnede nivåer. Det er dessuten et paradoks at et spørreskjema som tydelig markedsføres for å være et generisk skjema, der de psykometriske egenskapene er definert ut fra gruppesammenligning, også anbefales brukt i kliniske settinger for å få opplysninger om enkeltindivider (jf 2.0). Et nærliggende spørsmål er

da hvor relevant data vil være for ulike populasjoner og enkeltindivider. Dette representerer en av ulempene som er påpekt ved generelle livskvalitetsinstrumenter. Ved at de ikke fokuserer nok på de aspektene ved livskvalitet som er av spesifikk interesse for forsker, kan små, men verdifulle kliniske endringer i livskvalitet gå tapt (Spilker 1990). Dette spørsmålet aktualiseres når Ware (2000) hevder at SF-36 som i utgangspunktet ble utviklet ut fra fem svært så ulike kroniske sykdommer fram til i dag er brukt til undersøkelser av mer enn 130 ulike sykdommer (jf 3.2). Ovenstående "kinderegge -tanke" bak hensikten med SF-36 kan gjerne være en forklaringsvariabel på at det er vanskelig å få øye på et klart teoretisk rammeverk i utviklingen av instrumentet siden det skal tjene så mange ulike hensikter.

4.1.2 SF-36 og normen om de psykometriske egenskaper

Selv om det tilsynelatende ikke foreligger et klart teoretisk rammeverk bak utviklingen av SF-36, er det imidlertid tydelig både i utviklingen av og i selve SF-36, at det bygger på en kvantitativ forskningstradisjon (jf 3.1 og 3.2). Ideologien eller forutsetningene bak kvantitativ forskning er ofte mer preget av empiri enn en bakenforliggende teori. Viktige normer innen empirien utgjøres blant annet av instrumentets psykometriske egenskaper som varians, validitet og reliabilitet (Brink og Wood, 1989, Polit og Hungler 1991, Fjelland 2004). Dette er gjerne det nærmeste vi kommer en ideologi eller vitenskapsteoretisk forankring bak SF-36. Instrumentet representerer dermed en forskningstradisjon hvis hensikt i utgangspunktet er å gi brede framstillinger (mange enheter) av noen begrensede fenomener. Data uttrykkes i rene tall, der frekvenser, fordelinger og korrelasjoner er viktige elementer i analysen som skal gi et inntrykk at kategoriers utbredelse (jf 3.2). Hensikten er å forklare et fenomen, og målingene skal være situasjonsuavhengige, der krav til vitenskapelig kontroll og tilfredsstillende psykometriske standarder er vesentlig. Dette i motsetning til den mer subjektive og kvalitative forskningstradisjonen der utgangspunktet er forståelsen, meningen og det situasjonsavhengige. I vitenskapsteoretisk sammenheng henvises det i denne forbindelse ofte til de to kulturene: De to kulturene beskrives som henholdsvis av "humanoria" og "realia" (Snow 1959, Fjelland 2004). På bakgrunn av ovenstående dukker et annet paradoks opp; nemlig hvordan et instrument som følger en kvantitativ forskningstradisjon med forutsetninger om objektivitet, har til hensikt å måle helse relatert livskvalitet som i sin natur er preget av subjektivitet, multidimensjonalitet og situasjonsavhengighet (jf 2.0). Dette paradokset representerer en av hovedkritikkene mot helse relaterte livskvalitetsmålinger, og, satt på spissen, vil kritikerne hevde at en her står med beina i en kultur og måler et fenomen i den andre kulturen (Muldoon et al 1998, Waldron et al 1999).

At psykometriske egenskaper ved SF-36 har vært viktige normer for utviklingen av instrumentet kommer tydelig fram og underbygges ytterligere gjennom at Ware (2000, s.2) selv skriver: "The SF-36 was constructed to satisfy minimum psychometric standards necessary for group comparisons". Instrumentet har vært gjennom omfattende forskning og testing av psykometriske egenskaper gjennom ulike avanserte statistiske prosedyrer for å underbygge nettopp dette minimum (jf 3.1). Et nøkkelbegrep innen kvantitativ forskning er varians, der en hovedhensikt er å maksimere systematisk varians og minimalisere ekstern varians og feilvariens (Brink & Wood, 1989, Polit & Hungler 1991). Eksperimentell varians er den varians man ønsker å beskrive, - den systematiske effekten av den uavhengige variabel på den avhengige variabel. I litteraturen vedrørende SF-36 (jf 3.1 og 3.2) er det denne typen varians det henvises til når instrumentet hevdes å være nyttig når det gjelder å sammenligne generelle og spesielle populasjoner, sammenligning av relativ byrde av sykdommer, måle behandlingseffekter av mange typer behandling samt screening av enkeltindivider. Utviklingen

av SF-36 viser at fokus på eksperimentell varians har vært sentral i utvelgelsen av spørsmål (Ware 2000). Dette vil innebære at spørsmål som viser sprikende svar blir inkludert, mens spørsmål som får like svar ikke blir interessante og dermed velges vekk. Et ankepunkt her vil være at selv om mange svarer likt på et spørsmål, kan det likevel være sentralt for livskvalitet. Spredningen beregnes statistisk ved både å måle gjennomsnitt og standardavvik, noe som gjennom utviklingen av SF-36 ble gjort både ift de enkelte dimensjonene og de to samledimensjonene fysisk og psykisk. Ware (2000) hevder at tolkning av resultater er blitt mye enklere gjennom standardisering av gjennomsnitt og standardavvik for alle dimensjonene i SF-36 i den såkalte normalbefolkningen. Det knytter seg imidlertid flere sentrale problemstillinger til ovenstående både relatert til ekstern varians og feilvariens.

Ekstern varians henviser til effekt av eksterne variabler (også kalt uønskede variabler) på den avhengig variable. Den vanligste måten å kontrollere for effekten av eksterne variabler er å bygge dette inn i designet og kontrollere for dette bla gjennom utvalgsmetoder der randomiserte utvalg (tilfeldig utvalg til kontroll og eksperimentgruppe) og eksperimenter regnes som gullstandard (Brink og Wood 1989, Polit og Hungler(1991). Utviklingen av SF-36 viser at instrumentet ble til gjennom flere ulike design der bla kvasiexperiment, survey og longitudinelle studier nevnes (jf 3.1). I utgangspunktet er dette design hvor en har mindre grad av kontroll enn gullstandard, noe som igjen gjør det vanskeligere å kontrollere for blant annet intern validitet og eksterne variabler. En annen måte å kontrollere for ekstern varians er å holde eliminere eller holde eksterne variabler så like som mulig ved å velge så homogene utvalg som mulig (Brink & Wood 1989). Utviklingen av SF-36 viser at SF-36 bygger på mange og i utgangspunktet svært ulike populasjoner både mht alder, demografi, sykkelighet mm (jf 3.1). Noe av kritikken som har rammet SF-36, er nettopp en "floor-effect" for bla a eldre, komorbiditet og alvorlighetsgrad av sykdom (Hill og Harris 1994). Videre brukte forskerne også data samlet inn på ulike måter, eksempelvis telefonintervju, ansikt til ansikt intervju og via post noe som igjen kan være med på å forsterke effekt av eksterne variabler (Mooney 2006, Brink & Wood 1989). Selv om en gjennom ulike statistiske prosedyrer kan kontrollere for ekstern varians (for eksempel ANOVA), gir ovenstående grunn til å tvile på at en i utviklingen av instrumentet har hatt mulighet til å kontrollere for alle disse eksterne variablene. Senere forskning innen såkalt "response shift" synes å være av stor betydning nettopp med hensyn til tokning av varians. Forskning innen "response shift" indikerer nemlig at mennesker med alvorlig kroniske sykdommer rapporterer lik eller bedre livskvalitet enn mennesker med mindre alvorlige sykdommer på bakgrunn av en reorganisering av indre verdier, standarder eller konseptualisering (Rapkin & Swartz, 2004). Mooney (2006) underbygger ovenstående gjennom å påpeke viktigheten av tidsaspektet ift diagnose og respondentenes svar. Et eksempel i SF-36 vil være spørsmål 2 vedrørende sammenligning av nåværende helse med tidligere. Hvis respondenten har fått en diagnose i løpet av siste år, er det svært sannsynlig at svaret vil være "litt dårligere/mye dårligere nå enn for ett år siden". Hvis diagnosen derimot er stilt før siste året og behandling har lindret symptomer eller respondenten har endrede forventninger til helse (respons- shift), er det sannsynlig at svaret vil være at helsen er bedre nå enn for et år siden. Ovenstående viser at livskvalitet kan være stabil tross endringer i helsestatus, noe som vil ha stor betydning blant annet for bruk og tolkning av data fra generelle livskvalitetsinstrumenter som SF-36.

Videre vil begrepet feilvariens som referer til systematiske variasjoner i målingene blant annet knyttet til feil på selve instrumentet, være sentralt. Verdien av helserelevante livskvalitets skjema,

hevdes derfor i stor grad å være avhengig av spørreskjemaets validitet – det vil si hvorvidt måleinstrument og måleenhet utformes i samsvar med det fenomenet vi ønsker å måle (Spilker 1990). En vesentlig del av validitetsmålingene for SF-36 dreier seg om å sammenligne SF-36 mot andre instrumenter samt "langversjonen" MOSFWBP, der disse da utgjør ulike grader av en gullstandard. Det problematiske her ligger blant annet i hvorvidt disse i seg selv virkelig representerer en gullstandard, spesielt når endepunktet blir at SF-36 i ettertid anses for å være gullstandarden disse igjen bedømmes etter (Michalos 2004). Dette innebærer at det er langversjonens, MOSFWBP, definisjon av det gode liv som er styrende, noe som det kan stilles store spørsmålstegn ved. Ut fra litteraturen om SF-36 kan det se ut som om de noen av de mest sikre testingene mht validitet ikke er gjennomført. Dette dreier seg om spørsmålene vedrørende fysisk funksjon der det hadde vært mulig å korrelere svar på SF-36 mot målinger på faktisk utført fysisk funksjon. Ifølge Muldoon et al (1998) er mangel på de mest objektive testene av validitet vanlig innen utvikling av livskvalitetsinstrumenter. Et annet problem ift validitetsmålingene med SF-36 gjelder sammenligningene med andre helsesurvey. Hvis SF-36 skal være et livskvalitetsmål, skulle målingene vist at instrumentet diskriminerer mellom, og ikke viser et sammenfall, med andre instrumenter som måler generelle helsemål. Kritikken mot SF-36 underbygger dette ved at de hevder instrumentet mangler optimal diskriminerende validitet og at vektleggingen på de psykometriske egenskapene er for stor (Muldoon, 1998, Hunt & Mc Kenna 1993).

I litteraturen rundt SF-36 hevdes det videre at instrumentets reliabilitet er tilfredsstillende (jf 3.1). For instrumenter som skal måle "outcome", regnes test - retest som den viktigste metode for å teste reliabilitet. Gjennom denne metoden testes hvorvidt instrumentet produserer samme resultat over tid i samme setting. Dixon et al (1994) påpeker at slike tester ofte praktisk vanskelig å gjennomføre med instrumenter som SF-36. Argumentasjonen for høy reliabilitet i SF-36 bygger derfor i hovedsak på statistiske beregninger som test av intern konsistens, noe som kan føre til en overestimering av reell reliabilitet. Dette underbygges videre gjennom at de ulike dimensjonene skårer ulikt mht reliabilitet, der fysisk funksjon synes å være den mest og sosial funksjon den minst reliable dimensjonen (Dixon et al 1994). Dette vil ha betydning både for bruk av instrumentet og tolkning av data, eksempelvis hvis SF-36 anvendes på populasjoner der sykdom påvirker den sosiale funksjon i større grad enn fysisk funksjon for eksempel demens.

Et annet tankekors i utviklingen var at kriteriet forskerne arbeidet etter, var et minimum, noe som må kunne sies å være lite ambisiøst. Samtidig underbygges dette gjennom at de ikke anser en reduksjon på 10 – 20 % i psykometriske målinger som problematisk (Ware & Gandek, 1994). Denne prosentsatsen kan synes marginal, men en opererer her med en kalkulert risiko vedrørende tap av essensiell informasjon av stor betydning for den enkelte pasient. Et nærliggende eksempel kan være effekt av lindrende behandling i livets slutfase, der en forbedring av for eksempel fysisk funksjon, smerte eller sosial funksjon kan ha en uvurderlig betydning for både pasientens og pårørendes livskvalitet. På den andre siden regnes dette minimum som godt nok innenfor kvantitativ forskning.

4.1.3 SF-36 – kompromissets måleinstrument?

Utviklingen av SF-36 gikk gjennom mange ulike trinn, der SF-36 blir betegnet som det beste kompromisset mellom responsbyrde og detaljeringsgrad (jf 3.1). Det påpekes at en av hovedårsakene til å utvikle SF-36 var respondenter som ikke klarte å fylle ut langversjonen, MOSFWBP, på 149 spørsmål. En kan undre seg over hvem disse respondentene representerte, og hvordan disse kan utfylle SF-36 uten å få en floor – effekt (jf over). Videre kan en det stilles spørsmålstegn ved hvilke vitenskapelige kriterier som ligger under begrepet "kompromiss". Mye av argumentasjonen for bruk

av SF-36 går nettopp på liten grad av responsbyrde i og med at det tar mellom 5 -10 minutter å fylle ut skjemaet samtidig som dette understrekes å være hensiktsmessig i en klinisk hverdag og en av grunnene til at instrumentet er blitt så utbredt i verden. Her kan forskerne mistenkes for å ofre sine underliggende normer til fordel for effektivitet og praktisk anvendbarhet.

En annen (mis-)tanke vedrørende SF-36 suksess og utbredelse omhandler kommersialiseringen av instrumentet som har en stor, pengesterk og innflytelsesrik organisasjon i ryggen. Disse mistankene forsterkes når en ikke kan få tak i instrumentet uten å bli godkjent som bruker, samt at et sett med SF-36 instrument og manual koster \$250 (!). På den andre siden kan det tenkes at instrumenter som er blitt anerkjent og anvendt i ulike studier med tilsynelatende suksess, lett kan få sitt eget liv og bli ukritisk benyttet i forskningsøyemed, noe forskerne bak utviklingen ikke kan lastes for.

I utviklingen av SF-36 var imidlertid ikke ovenstående eneste kompromisset som ble inngått: Mange av spørsmålene i instrumentet ble adoptert fra instrumenter som hadde vært i bruk i 20-40 år eller lenger (Ware & Sherbord 1992) Dette viser at livskvalitetsskjemaet SF-36, bygger på spørsmål utviklet før selve begrepet livskvalitet var på agendaen (jf 2.0). Selv om SF-36 riktignok har gjennomgått en videreutvikling til SF-36v2 i 1996, er spørsmålene i selg selv relativt uendret fra versjon 1 (Turner–Bowker, Bartley & Ware 2002). Det er på sin plass å stille spørsmål ved om spørsmål relevante for 20-40 år siden, representerer det samme innhold i vår tid og i ulike samfunn. I litteraturen om SF-36 kommer det ikke tydelig fram hvilke spørsmål dette gjelder. Imidlertid er det flere spørsmål blant annet vedrørende fysisk funksjon (3a – j) som kan sies å være relativt unyansert for vår tid. To delspørsmål omhandler hvorvidt respondenten kan gå opp en eller flere etasjer. Her tas det utgangspunkt i at en etasje er et fast mål, samtidig som det ikke tas høyde for dagens krav til tilgjengelighet med heis, rullerapp ol. Videre spørres det om en kan gå mer enn to kilometer, noen hundre meter eller hundre meter. Her kan det settes spørsmålstegn ved hvordan dette tolkes av respondentene: Hva er mer enn to kilometer, hvor mye er noen hundre meter? Spørsmålene fanger ikke opp for eksempel hvor vondt respondentene har det etterpå, grad av utslitthet og lignende, noe som kunne tenkes å være et alternativ. En person som sitter i rullestol, vil skåre lavest mulig på disse spørsmålene, men kan likevel være i utmerket fysisk form (jf paralympic deltaker).

Et annet kompromiss i utviklingen av SF-36 var utvalget av de 8 av 40 helsedomener, eller bortvalget av 32 helsedomener. Ser en nærmere på de 32 utelatte dimensjonene, er det påfallende mange av disse som representerer psykiske, sosiale og andre dimensjoner utenfor helseområdet. Begrunnelsen for utvelgelsen var ifølge Ware og Gandek (1994) at disse ble mest brukt i andre store helsesurvey, og dermed var best egnet. Videre hevder de at de fleste av de bortvalgte dimensjonene korrelerer med de fleste utvalgte dimensjonene (jf 3.1). Holdbarheten i argumentasjonen for dette utvalget kan nok diskuteres både med hensyn til holdbarhet i de andre surveyene, samt at Ware et al kan kritiseres for sirkulær argumentasjon. Videre viser en korrelasjon kun en sammenheng og kan i utgangspunktet ikke fullt ut erstatte. Det er derfor nærliggende å stille spørsmål om de 8 utvalgte domenene kan være meningsbærende for de 32 andre og hvorvidt forskerne ikke her går på tvers av normen om både objektivitet og kontroll. Sykdomsspesifikke symptomer er heller ikke inkludert i SF-36, noe som kan rettferdiggjøres ved at dette er et generelt spørreskjema. Imidlertid kan det diskuteres hva som skal regnes for sykdomsspesifikt, for eksempel om dimensjonen smerte skal regnes som et generelt helseproblem eller sykdomsspesifikt.

Ovenstående viser at SF-36 er blitt til gjennom en omfattende trimming, eller for å bruke Mooney (2006 s. 334) sine ord: "distillation of measures" til en står igjen med det endelige instrumentet med sine 8 hoveddimensjoner. Kritikere vil hevde at en gjennom utviklingen av instrumentet har fanget opp relevant informasjon om individers helse, økonomisert dette videre til noe som får sitt eget liv, SF-36. Mange kritikere (jf 2.0) vil hevde at dette utgjør en objektiv feilslutning og at reduksjonene og korrelasjonene ikke viser en objektiv, men snarere fordreiet og ny virkelighet. Det viktige budskapet her er at når en går fra ett nivå til et annet, eller når helheten analyseres i deler, er faren stor for at noe har gått tapt gjennom organiseringen og strukturen. Det vil derfor være nærliggende å spørre hvilken informasjon som er gått tapt i denne statistiske bearbeidingen (Fjelland 2004).

4.1.4 SF-36 og den biomedisinsk helsemodell

Både utviklingen av SF-36, de utvalgte dimensjonene, spørsmålene i instrumentet og målemodellen tydeliggjør videre at instrumentet tar utgangspunkt i en biomedisinsk modell der fokuset er sykdom, endring i en normaltilstand og hindring i livsutfoldelse på grunn av sykdom. Dette tydeliggjøres ytterligere gjennom forskningen der en sammenligner "syk" og "frisk" befolkning for å estimere byrden av spesifikke sykdommer (Ware 2000). Dette er imidlertid ikke et uproblematisk utgangspunkt. Et eksempel på dette er spørsmål 3 a som omhandler hvorvidt helsen begrenser respondenten i anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett. En person med stomi vil for eksempel kunne delta i et maratonløp, men samtidig måtte være forsiktig med å løfte tunge ting på grunn av fare for brokk. En rullestolbruker vil ikke kunne løpe, men gjerne kunne løfte tunge ting og delta i anstrengende idrett. Her tas det utgangspunkt i at det er en direkte årsak – virkningsforhold mellom sykdom og påvirkning av fysisk aktivitet, noe som ovenstående eksempler problematiserer. Et annet relevant spørsmål er, som tidligere nevnt, når i sykdomsforløpet spørsmålet stilles (jf 4.1.2). Vil da en person med stomi eller rullestolbruker alltid komme under kategorien "syk" fordi det er enkelte deloppgaver de ikke kan utføre, og trenger dette nødvendigvis ha noe å si for deres egen opplevelse av livskvalitet? Et annet eksempel er spørsmål 7 knyttet til kroppslig smerte, der respondenten skal svare på en sekslikert skala fra ingen smerte til meget sterke smerter. Dette spørsmålet initierer flere ulike problemstillinger: For det første manifesterer ikke all sykdom seg som smerte idet en kan være døende av en kreftsykdom uten å ha smerte. For det andre vil det ut fra dagens kunnskap om smerte og smertefysiologi stilles spørsmålstegn ved hvorvidt en kan skille kroppslig smerte som et eget fenomen forskjellig fra psykisk smerte.

Det dukker også opp flere andre relevante problemstillinger som problematiserer bruken av denne den biomedisinske modellen: For det første kan det diskuteres om det er en direkte kausal sammenheng mellom sykdom og behandling og de områdene som faller inn under helserelatert livskvalitet. For det andre er spørsmålet i hvilken grad faktorer utenfor det definerte feltet for eksempel omgivelser, økonomi og lignende har av påvirkningskraft på helserelatert livskvalitet. Ut fra 18 års arbeid med kreftpasienter, kan for eksempel nettopp det å få ordnet opp i økonomiske anliggender, problematiske relasjoner, få svar på eksistensielle spørsmål, utføre sine hobbyer og lignende, være helt avgjørende både for hvordan pasienten mestrer og opplever sin egen situasjon. Haltbakk et al (2003) påpeker også at fysiske symptomer blir influert av mange demografiske og kulturelle faktorer. Eksempelvis kan svar på spørsmål 7 vedrørende smerte være påvirket av kulturelle faktorer, siden smerte uttrykkes på ulike måter i ulike kulturer fra stor utagering til "å lide i stillhet". På den andre side kan det synes som om en ikke kan leve et godt liv til tross for smerter,

noe mange kroniske smertepasienter er sterke moteksempler på. Likeledes kan svar på spørsmål 6 vedrørende hvorvidt helse eller følelsesmessige problemer har innvirket på sosial omgang være påvirket av demografiske faktorer alt etter om respondenten bor i en storby med god tilgjengelighet eller på en øy i Finmark. Det vil derfor være lite sannsynlig at behandling bygget på biologiske og fysiske faktorer alene, vil være effektiv. For det tredje blir spørsmålet hvem de "friske" eller normalbefolkningen representerer. "De syke" vil jo også sannsynligvis være representert her. Den store vektleggingen av fysiske aspekter indikerer også at alle mennesker aspirerer til et optimalt funksjonsnivå, noe som kan betviles. Waldron et al (1999 s. 3604) påpeker at livskvalitetsbegrepet ikke passer inn i den biomedisinske modellen siden livskvalitet er: "... experienced by persons, not merely by bodies". Menneskelig erfaring er kompleks og eksisterer på flere kunnskapsnivå. Disse hevder at hvis helsepersonell ikke forstår dybden og livskvalitetens individuelle og komplekse natur, kan dette ikke bare resultere i behandlingsregimer som ikke medfører bedring, men heller reduksjon i livskvalitet.

4.2 SF-36 - et mål på helserelatert livskvalitet eller helsestatus?

Ved gjennomgang av litteraturen rundt både utvikling og forskning vedrørende SF-36, kan det oppleves ganske forvirrende om SF-36 er et mål på helsestatus eller helserelatert livskvalitet. Begge begrepene brukes av forskerne som utviklet SF-36, selv om de hyppigst anvender begrepet helsestatus (jf 3.1). Imidlertid hevder disse at SF-36 bygger på både WHO's definisjon av helse (jf 2.0) og helserelatert livskvalitet (jf 3.1). Både med hensyn til utvelgelse av instrumenter i forskningsøyemed, tolking av data samt anvendelse av resultater i klinisk praksis, vil det være av største betydning å ha klargjort hvorvidt SF-36 er et mål på helserelatert livskvalitet, et mål på helsestatus eller begge deler:

4.2.1 SF-36 og WHO's helsebegrep

WHO's helsebegrep tar utgangspunkt i å være meningsfylt for alle, uansett alder, kjønn og livssituasjon og være universalt gyldig, noe som også understrekes i utviklingen av SF-36. Dette anvendes også som et argument for utarbeidelsen av et generelt instrument (Ware og Gandek 1994, Dixon et al 1994, Ware 2000). WHO's helsebegrep har vært sterkt kritisert for å være for ambisiøst og uopnåelig (Mooney 2006). Denne diskusjonen var kjent da SF-36 ble utviklet, og SF-36 kan derfor kritiseres for å ha et uopnåelig helsebegrep som utgangspunkt. Instrumentet er da også kritisert for ikke å ha diskutert ulike tilnærminger til helsebegrepet og begrunne hvorfor den ene tilnærmingen velges framfor andre (Dixon et al 1994).

Forskerne bak SF-36 argumenterer videre med at SF-36, i likhet med WHO's helsedefinisjon, bygger på et positivt helsesyn, siden det ikke bare inkluderer grad av sykdom /skrøpeligheit, men også positiv helsestatus som well-being (jf 3.1). Problemet blir at WHO's definisjon fremhever det uopnåelige "complete well-being" på de ulike områdene, og da kan en undre seg på om dette kan karakteriseres som et positivt helsesyn. Det kan også stilles spørsmålstegn ved SF-36 sitt positive helsesyn når minst 9 av 11 spørsmål er relatert til begrensninger, problemer og smerte (jf 3.2). WHO's helsebegrep blir fremhevet som multidimensjonal, idet definisjonen fremhever 3 dimensjoner; fysisk, psykisk og sosial (jf 2.0). Det kan imidlertid diskuteres hvorvidt den rette benevnelsen på 3 dimensjoner, er multidimensjonal. WHO's helsebegrep er videre blitt kritisert for å ikke være multidimensjonal nok, for eksempel ved å utelate åndelig, kulturell, verdier o l som regnes som sentrale i menneskers opplevelse og mestring av egen helse. Med begrunnelse i WHO sin helsedefinisjon hevdes SF-36 også å være multidimensjonalt. På den ene siden rettfærdiggjøres dette gjennom de 8 ulike dimensjonene,

men på den andre siden slås disse dimensjonene igjen sammen til to hoveddimensjoner: fysisk og psykisk helse (jf 3.2) og blir dermed enda mindre en multidimensjon enn WHO's definisjon. Det kan derfor være mer nærliggende å kalle dette et dualistisk snarere enn et multidimensjonalt helsebegrep. Dette underbygges også i 4.1 og drøftingene rundt den biomedisinske modellen.

4.2.2 SF-36 og helserelatert livskvalitet

Samtidig som SF-36 hevdes å bygge på WHO's helsebegrep og være et mål på helsestatus, hevdes det at SF-36 er et mål på helserelatert livskvalitet (jf 3.1). Ifølge Bowling (1997) er det imidlertid ikke uvanlig at de operasjonelle definisjonene av helserelatert livskvalitet bygger på WHO's helsebegrep. Forskerne som har utviklet SF-36 skal krediteres for at de i motsetning til andre livskvalitets skjema definerer hva de legger i begrepet helserelatert livskvalitet, nemlig: "Concepts of functional status, well-being and general health perceptions" (Ware og Gandek 1994). Denne definisjonen vektlegger, noe som SF-36 også gjenspeiler, et sterkt fokus på det fysiske og det funksjonelle. Både på bakgrunn av både spørsmålene i instrumentet (jf 3.2), målemodellen og ut fra drøftingen i 4.1, synes det som om SF-36 avspeiler et syn på at det gode livet betegnes som fravær av sykdom og sykdommers påvirkning på mennesket fysisk og psykisk. Livskvalitetsdefinisjonen Ware (m fl) har tatt utgangspunkt i, stemmer overens med det Muldoon et al (1998) hevder vedrørende operasjonelle definisjoner ofte anvendt på livskvalitets skjema (jf 2.0 s 4). Vi ser her at definisjonen bygger på både individets atferd og funksjonsnivå og som individets opplevde helsestatus eller tilfredshet. På den andre siden kan det være litt mer problematisk å finne ut hvorvidt dette da representerer livskvalitet som tilfredshet, behovstilfredsstillelse eller begge deler (jf 2.0).

Livskvalitetsdefinisjonen bak SF-36 kan sies å være holdbar nettopp på bakgrunn av at det ikke fins en enhetlig definisjon og at begrepet er mer å regne som et paraplybegrep (jf 2.0). De har imidlertid større problemer når de skal argumentere for grunnbegrepene multidimensjonalitet, subjektivitet og variasjon som nevnt tidligere. Det hevdes videre at ulike livskvalitetsdefinisjoner avspeiler fagenes ulike karakteristika. Med tanke på de mange ulike hensikter bak SF-36, er det ikke bare ett fag definisjonen skal gjenspeile, noe som kan være utgangspunktet for at en så vid livskvalitetsdimensjon anvendes. På den andre siden kommer dette i konflikt med Mooney (2006) som påpeker at dette er to helt ulike betydninger av helserelatert livskvalitet som ikke bør blandes.

Hvis en videre sammenligner livskvalitetsdimensjonen til SF-36 opp mot WHOQOL, oppdager en at disse representerer svært ulike utgangspunkt. Førstnevnte kan sies å være preget av en biomedisinsk tankemodell, mens sistnevnte vektlegger individets subjektive persepsjoner, kontekst, kultur, verdisystemer; det vil si faktorer som i den biomedisinske tankemodell blir definert utenfor feltet til helserelatert livskvalitet. Første versjon av SF-36 forelå i 1988-9, da livskvalitetsdefinisjonen til WHO (WHOQOL, 1995) ennå ikke forelå, og det er derfor naturlig at WHOQOL ikke er grunnleggende for SF-36. Forskerne har imidlertid ikke endret den bakenforliggende definisjonen i versjon 2 utviklet i 1996. Utarbeidelsen av WHOQOL som en internasjonalt dekkende definisjon, er et sterkt signal om hva livskvalitetsbegrepet bør inneholde. På bakgrunn av WHO sin posisjon, vil denne definisjonen for mange forskere sette en gullstandard. Hvis SF-36 skal være et mål på helserelatert livskvalitet, reiser dette flere problemstillinger: Er den helserelaterte livskvalitet som SF-36 hevder å måle, forenlig med dagens oppfatning av og forskning vedrørende livskvalitet? Trenger livskvalitetsinstrumenter som SF-36 å videreutvikles etter hvert som ny forskning rundt emne opptrer, eller vil instrumentet være like gyldig i dag som for nesten 20 år siden? Med tanke på SF-36 sin internasjonale utbredelse, burde ikke et slikt instrument bygget en livskvalitetsdefinisjon som avspeilet dette? Er SF-36 ut fra ovenstående betraktninger blitt for "gammelt" og utdatert som livskvalitets skjema?

Sf-36 hevdes å være et generelt instrument, og disse generelle instrumentene karakteriseres typisk av å være enten helseindeks eller helseprofil (jf 2.0). SF-36 defineres som en helseprofil da instrumentet er designet for å måle ulike dimensjoner knyttet til helsestatus, der den primære hensikten er å gi innsikt i hvilke områder som influeres av helse og i hvilken grad. Helseprofiler har, som SF-36, et felles skåringssystem som kan legges sammen til få skårer eller scoringsindeks (jf 3.2). Etter hvert er det mange forskere som hevder at generelle instrumenter, som SF-36, ofte blir forvekslet med livskvalitetsinstrumenter (Smith et al 1999, Gill og Feinstein, Mooney 2006). Spilker (1990) hevder at totale skårer på livskvalitetskjema innebærer store tolkningsproblemer. Muldoon et al (1998) underbygger dette ved å hevde at instrumenter (som SF-36) som aggregerer spørsmål om vel definert atferd eller funksjonsnivå, og spørsmål som fokuserer på subjektive helseopplevelse, er essensielt ulogiske. Kritikere hevder videre at livskvalitetens dynamiske og individuelle natur, er vanskelig å fange i et gitt responsformat som SF-36, basert på gruppedata der både spørsmål og svaralternativer er gitt på forhånd. Selv om disse kan gi verdifull informasjon vedrørende helsestatus, er deres nytte som mål på livskvalitet mer tvilsom (Waldron et al 1999). Leplege og Hunt (1997) underbygger dette og mener at fokus på noen domener kan være nyttig for å måle helse, men mer tvilsom som mål på helserelatert livskvalitet. Det påpekes at selv om fordelene med instrumenter som SF-36 er at det har gjennomgått en omfattende psykometrisk testing og har etablert en base for fortolkning, må det likevel regnes som et mål på helsestatus og ikke helserelatert livskvalitet (Haltbakk et al 2003). Generell helse relateres sterkt til biologiske og psykologiske faktorer (jf over ift SF-36), og Krause & Jay (1994) hevder derfor at instrumenter som måler helsestatus og livskvalitet bør skilles. Horney et al (1993) hevder videre at SF-36 bommer på livskvalitetsbegrepets multidimensjonalitet. Et annet moment som Mooney (2006) påpeker med SF-36 er å forstå sammenhengen mellom helse og helserelatert livskvalitet. Ved å bruke WHO's vide definisjon på helse, er det svært lite igjen for helserelatert livskvalitet å dekke, og hvis denne definisjonen er den aksepterte, trenger en da å identifisere en separat helserelatert livskvalitet? Andre forskere vil påpeke at symptomer og funksjonell status er prediktorer for livskvalitet og ikke livskvalitet per se (Taillefer et al 2003, Michalos, 2004).

5.0 KONKLUSJON

Med utgangspunkt i at livskvalitet ikke er et entydig begrep, men et begrep som i sin natur er et individuelt, i stor grad subjektivt, multidimensjonalt fenomen som varierer over tid, sier det seg selv at en står overfor store utfordringer innen all livskvalitetsforskning. Livskvalitetsinstrumenter har i utgangspunktet som hensikt både å tilfredsstille vitenskapelig objektivitet, samtidig som de skal gjenspeile begrepets subjektive og multidimensjonale egenart. På bakgrunn av at det ikke finnes en allmenngyldig operasjonell definisjon av livskvalitetsbegrepet, innebærer dette igjen at livskvaliteten som måles med de ulike instrumentene, kan være ytterst forskjellig. Dette kompliseres ytterligere ved at det i medisinsk og helsefaglig forskning, ofte er fravær av hvilken definisjon og ideologi instrumentene bygger på, slik at de som skal anvende resultatene ikke kan vite hva som egentlig er målt. Gjennom beskrivelse av utviklingen av SF-36, selve instrumentet og drøftingene over vises det at disse betraktningene også berører SF-36.

Ovenstående viser blant annet det paradoksale i at utviklingen av SF-36 skjedde innen det økonomiske fagfeltet, mens livskvalitetsbegrepet i seg selv oppstod nettopp som en protest

økonomenes velferdsforskning. Videre problematiseres hvorvidt et kvantitativt instrument kan måle et kvalitativt fenomen samt problemområdene tilknyttet det som i drøftingen kalles "kinderegg-tanken" bak hensiktene i utviklingen av SF-36.

Det kan konkluderes med at utviklingen av instrumentet synes å ha funnet sted i et ateoretisk felt i en kvantitativ forskningstradisjon, der styrende normer har vært krav om vitenskapelig kontrollerbarhet og psykometriske standarder. Drøftingen synliggjør imidlertid at forskerne gjennom utviklingen av SF-36 har foretatt mange subjektive valg og kompromisser som igjen synes å gå på akkord med de oppgitte normene. Drøftingen viser videre at instrumentet er preget av en biomedisinsk tankemodell, der hovedfokus er påvirkning av sykdom fysisk og psykisk. Tanken om livskvalitet og det gode liv som indikeres her, synes å være optimal funksjonalitet og fravær av sykdom, der faktorer utenfor definerte område som kultur, verdier og lignende, tilsynelatende er uten betydning. Dette understrekes ved at SF-36 hevdes å ta utgangspunkt i WHO's ideelle definisjon på helse fra 1946. SF-36 er utviklet for å være et generelt måleinstrument. Selv om forskerne bak oftest referer til instrumentet som et mål på helsestatus, anvender de også instrumentet som et mål på helserelatert livskvalitet. Drøftingen over konkluderer med at mange forskere vil bestride at SF-36 er et mål på helserelatert livskvalitet, og hevde at det er et mål på helsestatus.

Ovenstående viser at livskvalitet er et vidt – rekkende begrep som både er vanskelig å definere og måle, og derfor ofte kan misbrukes. Et misbruk av begrepet vises gjennom en inkonsistens mellom hva som blir målt og hva som blir utlagt som livskvalitet, for eksempel mål av symptomstatus og helse og ikke livskvalitet. Dette viser viktigheten av å være bevisst i utvelging av instrumenter en bruker i forskningsøyemed, samtidig som en har klart for seg at både utvikling av instrumenter, som SF-36, kan gi klare forutsetningene for både anvendelse og tolkning av data. Det vil nok derfor være klokt å følge forskernes anvisninger ift bruk av SF-36 som et generelt måleinstrument for helsestatus i sammenligning av store populasjonsstudier.

Gitt den omfattende litteraturen bak SF-36, sier det seg selv at dette essayet bare har berørt noen av de spørsmål som er aktuelle. Andre interessante tema som aktualiseres er hvorvidt instrumentet er så anvendelig og praktisk i kliniske settinger som utviklerne hevder, hvordan de enkelte spørsmålene er utformet og hvordan respondentene kan tolke disse samt, hvorvidt instrumentet virkelig oppfyller sin "kinderegg- hensikt" samt på hvilken måte forskning som inkluderer SF-36 anvender instrumentet. Dette er alle problemstillinger det kan være verd å se nærmere på ved en annen anledning.

LITTERATURLISTE

- Carr, A.J., Thompson, P.W. & Kirwan, J.R.(1996).Quality of life measures. *Journal of Rheumatology*, 35, 275 – 281.
- Bernard, Claude (1865). *An introduction to the Study of Experimental Medicine*, Harvard University Press, s 64 – 65
- Bowling, A.(1997). Measuring health: A review of the quality of life measurement scales (2nd ed). *Open University Press*, Buckingham, Philadelphia.
- Brink, P.J., Wood, M.j. (1989). *Advanced Design in Nursing research*, Sage Publications, London
- Dixon, P., Heaton, Long, A. and Warburton, A. (1994): Reviewing and applying the SF-36. Outcomes briefing; *Nuffield Institute for health*, Issue 4, ss.2- 32
- Fjelland, R. (2004): *Universet er ikke slik det synes å være. Filosofi og naturvitenskap i historisk perspektiv*”. Universitetsforlaget
- Friis, S., Vaglum, P. (1986): *Fra ide til prosjekt. En innføring i klinisk forskning*. TANO
- Hanestad; B.R.(1992). *Quality of life and insulin - dependent diabetes mellitus*
- Hanestad B.R., Wahl, A.S. (2003): Til nytte eller fånytte - livskvalitet som mål for behandling, pleie og omsorg. *Tidsskriftet Sykepleien*, 15; 34 - 36
- Hunt S.M. (1997): The problem of quality of life. *Qualit Life Res* 6: 205.12
- Kolstad; A. (1985).Livskvalitet som begrep og ulike kartleggingsmetoder. *Psykologisk rapportserie*, 6, No.2, Bergen
- Krause, NM, Jay, GM (1994). What do global selfrated health items measure. *Med care*, 1994: 32: 930 - 42
- Mastekaasa A., Moum T., Sørensen, T. (1988). Livskvalitetsforskning. *Rapport 88:6, Institutt for samfunnsforskning*.
- McSweeney, J.A., Creer, T. (1995): Health-Related Quality of Life Assessment in Medical Care. *Disease- a- Mont* , Vol XLI, no 1
- Michalos, S. (2004). Social indicators research and health related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 27-72
- Mooney, A. (2006): Quality of life: Questionares and questions
Journal of Health Communication, 11:327-341
- Mordal, M.(1989). *Som man spør får man svar. Arbeid med survey- opplegg*. TANO
- Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., Manuck, S.B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *BMJ*, 316, 542 - 545

- Mæland, J.G. (1989). Helse og livskvalitet. Begreper og definisjoner. *Tidssk Nor Lægefor* 109: 1311 - 5
- NOU 1997: Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk. Norges offentlige utredninger, 1997: 25
- NOU 1999: 2: Livshjelp. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Nordenfelt L. (1994). *On the nature of health. An Action-Theoretical Approach*. Kluwe Academic publishers
- Næss, S (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*, NOVA , Oslo
- Padilla, G.V., Grant M.M. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of life research*, 1:341.348
- Padilla, G.V. (1993). State of the art in quality of life research. *Commun Nurse Res* 1993;26:71 - 80
- Polit, D.F, Hungler, B.P. (1991). *Nursing research. Principles and Methods*. J.B. Lippicott Company, Philadelphia
- Quarnstrøm;U., Haugen;M (1987). Analysis of the Concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Caring Science* 1987; 110 (2): 47 - 50
- Rapkin, B.D., Swartz, C.E.(2004). Towards a theoretical model of quality of life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health Qual Life Outcomes*, 2: 14
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet. En utfordring for sykepleieren*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Rustøen, T. (2005). Livskvalitet og velvære. I Knutstad U. og Nielsen B.K. (red) (2005): *Sykepleieboken* 2. Akribe, s.131 – 153
- Sirgy, M.J. (2001). *Handbook of quality of life research*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic publishers
- Skirbekk, G. (1983). *Filosofiens historie 1.* Universitetsforlaget
- Smith, K.W., Avis, N.E., Assman SF. (1999): Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res*, 1999; 8; 44-59
- Snow, C.P. (1959). The two cultures” trykt i *The Two Cultures and A second Look*, Cambridge: Cambridge University Press 1969. Norsk oversettelse: C.P. Snow: *De to kulturer*, Oslo, Cappelen 2001
- Spilker, B. (red). (1990): Quality of life assessments in clinical trials. *Raven Press*, New York, 3-57
- St.meld. 41 (1987 - 88): Om helsepolitikk mot år 2000: Innstilling fra sosialkomiteen - nasjonal helseplan. *Sosial og helsedepartementet*
- Søvik, O (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidssk Nor Lægefor*, nr 22, 2001: 121: 2624-7
- Tatarkiewich, W. (1976). *Analysis of happiness*. Melbourne International Philosophy series, Vol. 3, 1976
- Taillefer, M.C., Roberge, M.A. and May Le (2003). Health-related quality of life models: systematic review of the literature. *Soc Indic Res*. 64: 293 -323

- Turner – Bowker D.M., Bartley P.J. & Ware J.E. (2002). *SF-35 Health survey & SF – 36 Bibliography: Third Edition (1988-2000)* Lincon RI: Quality Metric Incorporated
- Waldron, D., O'Boyle,C., Kearney, M.M., Carney, D. (1999). Quality of life Measurement in Advanced Cancer: Assessing the Individuals. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 17, Issue 11 (November): 3603-3611
- Ware, J. Gandek, B and the IQOLA Project Group, (994). The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *Int. J. Ment. Health*, Vol 23, No.2, pp 49-73
- Ware, J.E., and Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF – 36). I Conceptual framework and item selection. *Med care*,_30 (6), s 473-83
- Ware, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*,Vol 25(24). Des 15:3130 – 3139
- Whal A.K., Hanestad B.R. (2000). Livskvalitet som begrep i medisinsk og helsefaglig forskning. *Omsorg*; 2:20-23
- Whal A., Rustøen T., Hanestad B.R. and Padilla G. (2003). Is quality of life research theory based? *Qual Life Res* 12:755
- Whal A.K., Hanestad B.R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen, Fagbokforlaget
- WHOQOL Group (1995). The World health organisation quality of life assessment (WHOQOL); position paper from the World Health Organisation. *Soc. Sci Med* 119: 41:1403-09
- Wyller T.B. (1998). Bruk av livskvalitet som begrep i medisinsk og helsefaglig forskning. *Tidsskr Nor Lægefor*;118, 4247-51

Essay i vitenskapsteori

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

Evidensbasert praksis i et standardiseringsperspektiv

Hilde Smith-Strøm

Betanien diakonale høgskole

Høst 2006

Evidensbasert praksis i et standardiseringsperspektiv

1.0 INNLEDNING

Bakgrunn

Evidensbasert praksis (EBP) har i de siste 10-15 årene fått stor innflytelse i helsetjenesten verden over, og er blitt et internasjonalt satsningsområde (Jamtvedt, 2003, Upshur, 2005). Noe av bakgrunnen for EBP's fremvekst har vært fokus på økende helsekostnader, krav om at kvalitet på beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester skal baseres på forskningsbasert kunnskap og ikke bare på klinisk erfaringskunnskap, (Timmermans & Berg, 2003, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten, 2005) samt helsepersonells manglende kunnskaper i å finne frem til, lese og kritisk vurdere og anvende forskning (Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000, Segesten, 2004, Johnston, Leung, Fielding, Tin, & Ho, 2003). Intensjonen med EBP er å effektivisere og forbedre praksis samt å øke helsepersonells kognitive dyktighet (Sackett et al., 2000, Upshur, 2005).

Sentralt i EBP er *“the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individual patients. This means integrating of best research evidence with clinical expertise and patient values”* (Sackett et al., 2000). For å basere beslutningene på den beste tilgjengelige forskningen, ble standardisering av kliniske retningslinjer, hovedsakelig basert på meta-analyser fra randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) eller RCT-studier, sentralt i EBP. Denne form for standardisering har gjennomsyret moderne medisin og er også tatt i bruk av andre helseprofesjoner. Den sterke vektleggingen av standardisering i EBP har ført til strid om EBP. Forkjemperne for EBP mener bl.a. at EBP fører til bedre pleie og behandling, bedre ”outcomes”, bedre kvalitet på kliniske beslutninger, bedre koordinering av forskningsaktiviteter, mens kritikerne hevder at EBP fører til en ”kokebokoppskrift” av pleie og behandling, endret profesjonsautonomi, for stor vektlegging på resultatene fra RCT-studier, samt en redsel for å bli erstattet av billigere helseprofesjoner (Timmermans et al. 2003). I Norge er det spesielt sykepleieforskerne Martinsen og Boge som kritiserer EBP. De er sterkt kritiske til metodehierarkiet i EBP, fordi metodehierarkiet rangerer meta-analyser basert på resultater fra RCT-studier øverst, mens erfaringskunnskap, skjønn og humanistisk kunnskap rangeres nederst (Boge & Martinsen, 2006).

Det argumenteres i litteraturen for at kliniske guidelines og EBP gir en åpenhet og innsyn i beslutningsprosessen som pasienter og annet helsepersonell opplever som en fordel. Hvis så er tilfelle, gir det både pasientene og helsepersonell en mulighet til å bli en mer likeverdig partner med

legen, samtidig som det bringer den eksisterende medisinske usikkerheten frem (Timmermans et al. 2003). For pasientene betyr dette økt medbestemmelse over eget behandlingsforløp og større aksept for at pasientens preferanser skal vektlegges i beslutningsprosessen. Det samsvarer og med pasientrettighetsloven som skal gi pasienten større innsyn og medbestemmelse i beslutningsprosessen.

På bakgrunn av dette vil det i essayet bli diskutert om: 1) Standardisering svekker klinikernes valgmuligheter og autonomi, 2) Standardisering og EBP kan styrke sykepleierrollen og om 3) EBP øker pasientens beslutningsmulighet (empowerment).

Problemstilling 1 drøftes hovedsakelig ut fra en standardisering av medisinen hvor argumentasjonen favner både et medisinsk og sykepleiefaglig ståsted. Klinikeren operasjonaliseres til den medisinske profesjon.

2.0 TEORI

Kliniske retningslinjer

The U.S. Institute of Medicine definerer kliniske retningslinjer (clinical guidelines) som:

“systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances” (Fleishman & Lohr 1990). Kliniske retningslinjer gir klare instruksjoner om hvilke tester, prøver, undersøkelser og behandling som skal foreskrives, pasientflyt, antall liggedøgn på sykehus og andre forhold ved klinisk praksis. I følge EBP skal kliniske retningslinjer baseres på siste oppdaterte kunnskap på det aktuelle området, hentet fra meta-analyser eller dobbelblinde RCT-studier. Fordi denne ”gullstandarden” for evidens sjeldent er tilgjengelig, hviler mange kliniske retningslinjer på studier som har lavere evidens, for eksempel fra ikke-randomiserte studier og studier uten kontrollgrupper (Timmermans et al., 2003).

En foretrukket metode for å bygge opp retningslinjer har vært såkalte ”consensus meetings”, hvor ulike ekspertgrupper (ulike helseprofesjoner, statistikere, helseøkonomer og pasienten) har kommet sammen og arbeidet mot en mulig anbefaling. Gruppens oppgave er å revidere, evaluere og systematisere evidensen, summere nytte og skade, samt vurdere intervensjonsmuligheter. Disse møtene har imidlertid blitt kritisert pga for lite innsyn i beslutningsprosessen og mistanke om at innholdet har vært mer basert på gruppens egne erfaringer og mindre på forskningsbasert kunnskap (Timmermans et al., 2003). Som en respons på denne kritikken ble evidenshierarkiet innført hvor metaanalyser av RCT-studier ble rangert øverst og erfaringskunnskap nederst. Cost-benefit data ble også inkludert i retningslinjene (Timmermans et al., 2003). I de siste fem årene har antall kliniske

retningslinjer eksplodert. Eksempelvis er det i UK estimert at ca. 2000 nye retningslinjer er på vei fra forslag til implementering. Et stort problem er at ulike organisasjoner og enkeltindivider utvikler retningslinjer, noe som har ført til mye overlapping og motstridende retningslinjer. For å motvirke dette er retningslinjer for kriterier og innhold i retningslinjene blitt standardisert. Formidling av retningslinjer må også sees i sammenheng med fremvekst av informasjonsteknologi, som gir mulighet for fri flyt av informasjon og systematisering av store mengder data (Timmermans et al., 2003).

Hvorfor standardisering?

Drivkraften til å innføre standardisering i helsevesenet kom på bakgrunn av økende helsekostnader, økende oppmerksomhet mot de store geografiske forskjellene i pasientbehandling og at pasientene ikke lenger ville bli behandlet av leger som baserte sine beslutninger hovedsakelig på erfaringskunnskap (Timmermans et al., 2003). For de helsepolitiske myndighetene har evidensbaserte retningslinjer gitt en større innsikt i beslutningsprosessene som blir tatt og hvilke intervensjoner som gir best kostnadseffektivitet.

Tre personer; Archie Cochrane, John Wenneberg og David Sackett regnes som grunnleggerne av EBM og innføring av kliniske retningslinjer basert på resultater fra RCT-studier (Timmermans et al., 2003). EBM ble videreutviklet blant andre av en gruppe forskere ved McMaster Universitet i Canada i 1992 (Upshur, 2005). De hevdet at medisin var basert mer på kliniske erfaringer enn på medisinsk evidens og var av den oppfatningen at intuisjon, klinisk erfaring og patofysiologi ikke var tilstrekkelige i kliniske beslutninger. Kliniske beslutninger skulle baseres på en kritisk vurdering av best tilgjengelig forskning knyttet til den aktuelle problemstilling som fremkom i praksis.

Archie Cochrane, britisk epidemiolog, kjempet for et effektivt helsevesen og utfordret publikum til kun å betale for helsetjenester som var empirisk vurdert som effektiv. I 1972 skrev han boken, *Effectiveness and efficiency*, hvor han kritiserte den medisinske profesjon for å ikke fremskaffe tilfredsstillende dokumentasjon på behandling som var effektiv, slik at helsepolitiske myndigheter og organisasjoner fikk et grunnlag til å fatte velbegrunnede helsepolitiske beslutninger. Cochrane var en sterk forkjemper for bruk av behandling basert på randomiserte kontrollerte studier, fordi han mente at resultater fra RCT- studier fremsatte den høyeste evidens. Han var av den oppfatning at forskning som fremkom fra RCT-studier måtte systematiseres. F.eks fant Cochrane at tusenvis av premature barn med lav fødselsvekt døde unødvendig. Han fant at resultatene fra flere RCT-studier som indikerte at bruk av corticosteroider reduserte oddsen for prematur død, ikke hadde blitt analysert og samlet i en systematisk oversikt. Data fra systematiske reviews viste at cortison terapi reduserte oddsen for prematur død fra 50% to 30% (Cochrane Collaboration, 2001).

John Wenneberg, amerikansk epidemiolog, fant store variasjoner i behandling avhengig av hvilket geografisk område en bodde i. I noen områder i USA fjernet en for eksempel hele brystet ved brystkreft, mens andre steder gjennomførte en brystbevarende operasjon. Denne store variasjonen i intervensjonene mente han var et resultat av manglende medisinske kunnskaper, beslutninger vurdert på egenerfaring, manglende verifiserte diagnoseverktøy og grunnleggende urettferdighet i systemet. En av løsningene som ble foreslått var å utarbeide kliniske retningslinjer basert på best tilgjengelig forskning (Timmermans et al., 2003).

David Sackett er den tredje personen som har hatt stor innflytelse på utvikling av EBP. Han var klinisk epidemiolog, opprinnelig fra USA, men gjorde karriere både i Canada og England. Han utviklet forsknings- metoder for å teste medisinske innovasjoner, er grunderen bak trinnene i EBP prosessen og utdannet leger i EBP prosessen (Timmermans et al., 2003).

Evidenshierarkiet

Innenfor EBP snakker en om grader av evidens rangert i et metodehierarki. Den kunnskap som blir regnet for mest evident og som får høyest rangering i hierarkiet er kunnskap fra meta-analyser fra RCT-studier og RCT-studier. Nederst i metodehierarkiet finner en klinisk erfaringskunnskap og kunnskap fra kvalitativ forskning (Hamar & Collinson, 2003). Tabell 1 skisserer evidenshierarkiet.

Tabell 1: Evidenshierarkiet

Meta-analyser av flere randomiserte kontrollerte undersøkelser

Minst en randomisert klinisk kontrollert undersøkelse

Minst en kontrollert ikke randomisert studie

Minst en god, ikke randomisert eksperiment-lignende studie

Ikke eksperimentelle, deskriptive studier

Ekspertkomiteer, konsensusrapport, anerkjente eksperter og klinisk erfaringskunnskap

Kjernespørsmål

Innenfor EBP operer en med ulike kjernespørsmål. Hvert kjernespørsmål etterspør ulik type kunnskap. Tabell 2 angir kjernespørsmålene.

Tabell 2: Ulike typer kjernespørsmål

1. Hvordan oppleves det å ha dette problemet (erfaringer)?
2. Hvor mange har dette problemet (forekomst)?
3. Hvorfor får noen dette problemet, mens andre holder seg friske (etiologi/årsak)?
4. Hvordan kan vi avgjøre om noen har dette problemet (diagnostikk/måleinstrument)?
5. Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle problemet (effekt av tiltak)?
6. Hvordan går det med de som har problemet (prognose)?

Empowerment

EBP åpner opp for at pasientene skal være delaktig i beslutningene som angår dem selv. Innenfor helsevesenet generelt har paternalisme eller holdninger om at fagutøveren vet hva som er best, hatt stor gjennomslagskraft. Denne tanken er ikke forenlig med empowerment. Empowerment kan oversettes med bemyndigelse, og innebærer i denne konteksten en maktoverføring. Kort sagt handler det om å gi en person myndighet til selv å bestemme over faktorer som vedkommende opplever som viktige i sitt liv (Stang, 1998). Inkludert i empowermentbegrepet ligger det å gi pasienten mulighet til innflytelse, medbestemmelse og autonomi i saker som angår pasienten selv. Empowerment krever endringer av selve verdigrunnet som danner basis for handlinger, dvs endringer av holdninger. Det kreves en endring som innebærer at en oppgir den paternalistiske holdningen som overordnet autonomiprinsippet (Stang, 1998).

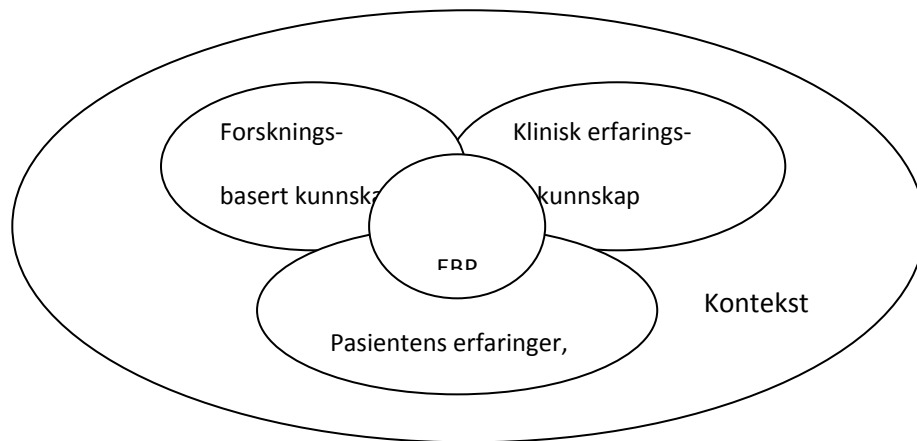
3.0 DISKUSJON

Svekkes klinikerens valgmuligheter og autonomi ved standardisering?

Selv om kliniske retningslinjer kan medføre en suksess og allmenn aksept, råder det likevel ulike oppfatninger blant helsepersonell om hva standardisering innebærer for profesjonene. Mye av kritikken av EBP kommer fra den delen av den medisinske profesjon som forfekter det tradisjonelle syn på at legevitenenskapen, som innbefatter at legevitenenskapen er en kunst, basert på klinisk frihet, hvor individuell ekspertise og tekniske ferdigheter er fremtredende (Timmermans & Mauk, 2005). De argumenterer med at EBP fører til stagnasjon og en "kokebokmedisin" som utelukker individuell

vurdering og gjør praktikernes kunnskaper overflødige, fordi kliniske retningslinjer gir føringer for hvilke vurderinger som skal gjøres. Deres oppfatning er at anvendelse av kliniske retningslinjer vil føre til at alle pasienter vil behandles likt og ikke ut fra individuelle hensyn. (Timmermans et al., 2005). Ekeland (1999) mener den evidensbaserte behandlingen er i ferd med å få autoritativ status og den beste behandlingen er ikke lenger overlatt til profesjonene alene. Viktige kontekstuelle aspekter ved medisinen, som empati, kommunikasjon, etikk og omsorg faller utenfor når det biomedisinske fokuset, basert på objektive funn vektlegges. Boge et al. (2006) mener viktige pleieverdier går tapt hvis EBP får for strekt fotfeste i sykepleiefaget.

Sackett et al. (2000) tilbakeviser at EBM fører til en "kokebokmedisin", fordi den krever en "bottom-up" tilnærming som innebærer at en integrerer best tilgjengelig evidens med individuell klinisk ekspertise og pasientvalg. Evidensbasert kunnskap kan informere, men kan aldri erstatte individuell klinisk erfaring, og det er denne erfaringen som bestemmer hvorvidt forskning skal implementeres i en klinisk beslutning. I anvendelse av retningslinjer må helsepersonell vurdere om denne er relevant for den enkelte pasient. Klinisk ekspertise skal vurderes opp mot alternative intervensjoner og pasientens preferanser. For eksempel viser studier at pasienter med venøse leggsår som behandles med hydrocolloid bandasje er en mer kostnadseffektiv behandlingsform enn behandling med våt saltvannskompress (Ohlsson & Lindholm, 1994, Smith-Strøm, 2006). Selv om denne behandlingsformen økonomisk sett er medisinsk overlegen, ser man at individuelle vurderinger av pasientens totale livssituasjon vektlegges og vil være avgjørende for valg av intervensjoner som er mindre kostnadseffektiv. Pasienter som har begrenset sosialt nettverk, høy alder, begrenset mobilitet settes ofte på en intervensjon som krever oftere kontakt med pasienten enn strengt tatt nødvendig, fordi en ut fra kliniske erfaringer vet at nær kontakt mellom sykepleier og pasient reduserer sårmerter og bedrer sårtilhelingen (Ebbeskog & Ekman, 2001, McCaffery, 1991). De som vurderer EBP som en "kokebokmedisin" og hevder at pleieomsorgen svekkes, ignorerer disse viktige komponentene. Figur 1 viser en modell for klinisk beslutning som inneholder tre komponenter som influerer på den beslutningen som fattes basert på problemstillingen som fremmes (Jamtvedt, 2003).



Figur 1: Modell for evidensbasert praksis (Jamtvedt, 2003)

Martinsen (2005) hevder at flere spørsmål ikke kan besvares med EBP. Hun retter kritikk mot det kunnskapssyn EBP hviler på. Hun hevder at EBP's kunnskapshierarki favoriserer kunnskap som hviler på et positivistisk kunnskapssyn. Den positivistiske empiriske vitenskapen har fokus på prøving av hypoteser som bygger på observasjoner, målinger og statistisk signifikante forbindelser. Det positiviske syn legger ikke vekt på holdninger, erfaringer og følelser som er sentralt innefor humanistiske fag (Hamar et al., 2003, Martinsen 2005, Boge et al., 2006). Pleieforskning er sjeldent objektivt og kan sjeldent generaliseres, og rangeres i følge Boge og Martinsen nederst i evidenshierarkiet. *Spørsmålet er om det er tilfelle at EBP favoriserer en type kunnskap fremfor en annen?* Når det gjelder kliniske retningslinjer favoriseres kunnskap som hviler på effektstudier. Kliniske retningslinjer inkorporerer sjeldent eller aldri pasientens erfaringer og preferanser, fordi pasientens preferanser favner for vidt. Sackett et al.(2000) erkjenner at pasientenes spørsmål ofte er rettet mot hvilke erfaringer og forståelse pasientene har av sykdommen, heller enn resultater av behandlingen. Sackett et al. (2000) utelukker heller ikke kvalitativ forskning i EBP, men hovedintensjonen til kliniske retningslinjer er å anbefale behandling basert på objektive målbare effekter av tiltak. Randomiserte kontrollerte studier (RCT – studier) vil da være den metodiske tilnærming som gir sikrest svar på å måle den objektive effekten av en intervensjon, men det betyr ikke at EBP utelukker andre kunnskapsformer. Ønsker en å undersøke pasientens subjektive opplevelse av en behandling, kreves det en annen tilnæringsmåte enn RCT - studier. Kvalitative studier vil da være den tilnæringsmåten som kan si noe om den subjektive effekten av en behandling.

Resultater fra kvalitative studier gir derfor viktige data. Selv om de ikke gir statistisk signifikante funn, så får en frem kliniske funn. Det tilsier at EBP er med på å illustrere at en metodetriangulering er viktig for å belyse pasientens ofte mangesidige situasjon. Det er derfor ikke grunnlag for å hevde at EBP forfekter en type kunnskap fremfor en annen (Nortvedt, Hanssen, Lygren & Wahl, 2004).

Følgende eksempel kan illustrere dette:

Caset handler om 2 små jenter med multiple skader. Begge jentene har betydelige problemer med å få i seg næring. En av jentene (5 år) har en gastrostomitube implantert hvor hun får mesteparten av sin næring. Tuben har hun hatt siden kort tid etter fødselen. Det er foreldrenes største drøm at barnet deres skal kunne spise på normal måte. Den andre jenten, snart 6 år gammel, har nylig fått implantert en gastrostomitube for å kunne ivareta næringsbehovet. Morens respons til denne tuben, er at dette er det beste som har hent dem, fordi de nå kan være sikker på at jenten får dekket sitt ernæringsbehov (Hammell & Carpenter, 2004).

Leger som fremmer et klart paternalistisk syn vil følge anbefalingene til kliniske retningslinjer slavisk, hvor anbefalingen er gastrostomitube, uten å ta hensyn til pasienten eller pårørendes egne erfaringer og tolkninger av sykdom eller skade. Leger som forfekter et slikt syn arbeider ikke innenfor EBP. EBP opererer ikke utelukkende ut fra kliniske retningslinjer. Som eksemplet illustrer erfarer foreldrene til jentene ulikt. Mens gastrostituben var en velsignelse for den ene familien var den en byrde for den andre familien. Ved bruk av kvalitativ forskning vil en få frem foreldrenes ulike opplevelse av det biomedisinske perspektivet som er viktig i den videre oppfølgingen av disse to små jentenes ernæringsbehov. Eksemplet viser at det er et klart behov for begge typer kunnskap dersom en skal ivareta helhetlig behandling og pleie av pasient og pårørende og at kunnskapsformene sidestilles avhengig av type problemstilling som fremkommer i møte med pasient/pårørende og lege. Det er ønskelig at spørsmål relatert til erfaring i større grad inkluderes i databaser med systematiske oversikter. Lykkes en med det, vil denne type kunnskap være med å danne grunnlaget for evidensbasert praksis. Forutsetningen er at forskere med en slik kunnskap bidrar til en slik utvikling (Nortvedt et al. 2004). Likevel, dersom samfunnsressurser kanaliseres i en bestemt retning, hvor kun behandling basert på RCT-studier og RCT forskning favoriseres og tildeles forskningsmidler, kan det få uheldige følger for enkelte pasientgrupper. Pasienter med sammensatte plager og som det ikke finnes standardisert medisinsk behandling for, vil bli skadelidende i et slikt scenario. Tilsvarende kan det tenkes at sykepleieforskning som har en kvalitativ tilnærming ikke tildeles forskningsmidler. Det vil derfor være svært viktig at sykepleieforskere markedsfører sin forskning ut til folket og media og ikke bare søker forskningen sin publisert i internasjonale tidsskrifter.

Flere argumenterer også for at kliniske retningslinjer fremmer paternalisme, fordi de ikke gir rom for alternativer (Parker, 2005). Forskning viser at kliniske retningslinjer ikke automatisk fører til

en endret atferd, medførende tap av autonomi og skjønn. Ulike studier viser derimot at kliniske retningslinjer har begrenset evne til å endre klinisk atferd. En studie av Timmermans et al. (2005) som har sett på anvendelse av kliniske retningslinjer for astmabehandling (forkortet EPR) viser dette, og er ikke et enkeltstående tilfelle. I 1991 publiserte National Asthma Education Program of the National Institutes of Health (NIH's), National Heart, Lung and Blood Institute den første kliniske retningslinje, sist revidert i 2002. Selv fire år etter den første publiseringen, viser studier at bare 45,5 % hadde hørt om retningslinjene og kun 24 % hadde lest dem. I tillegg viste det seg og at flere ulike behandlinger, som ofte stod i motsetning til anbefalingene i retningslinjene ble anvendt. En annen studie fra 1999, fra samme sykehus, viste at selv om sykehusledelsen implementerte EPR, pilottestet den, utdannet helsepersonell, anvendte bare 68 % av personalet retningslinjene (Timmermans et al., 2005). Viktige barrierer for ikke å anvende retningslinjene ble oppgitt til å være uenighet i innholdet, manglende evidens, manglende tilhørighet, uenighet om outcome. Eksempelet illustrer at selv om en innfører kliniske retningslinjer basert på den beste evidens, medfører det ikke automatisk at den enkelte helsepersonell vil følge anbefalingene. Da underkjennes et viktig kjennetegn ved profesjonalismen, nemlig autonomi og skjønn. Å være profesjonell innebærer en sterk tro på at en vil handle til det beste for pasientene. Mange års utdanning og klinisk erfaring har medført at helsepersonell kan stole på at de kan fatte individuelle beslutninger (Timmermans et al., 2005). Selv om kliniske retningslinjer er implementert og anerkjent i organisasjonen, ser det ut til å være et svakt redskap til å endre den enkeltes profesjons holdning og atferd. Profesjonene ser heller på kliniske retningslinjer som et valg og ikke som en gitt standard. Det ser heller ikke ut som om ledelsen krediterer helsepersonell som fremmer bruken av kliniske retningslinjer. Skal en imidlertid lykkes med å endre atferd og holdninger til de ulike aktørene må kliniske retningslinjer favne alle aktørene (Timmermans et al., 2005). Organisasjoner som lykkes med implementering av kliniske retningslinjer har arbeidet tverrfaglig hvor alle aktørene (lege, sykepleiere, fysioterapeuter, biomedisinere etc.) har hatt innflytelse og påvirkning i og under prosessen (Moffatt & Franks, 2004). Lederskap og tilstrekkelige ressurser basert på et tverrfaglig samarbeid er og avgjørende. Andre suksess faktorer er feedback fra ledelsen, tverrfaglig utdanning og valg av spesifikke pasienter. Flere studier understøtter dette, bl.a. en studie av Moffatt et al. (2004) hvor kommunehelsetjenesten organiserte sårbehandling basert på evidensbasert praksis, dvs. klare mål, kliniske retningslinjer, tverrfaglig samarbeid, klar ledelsesprofil. Dette resulterte i kortere sårtilhelingstid, flere tilhelede sår, flere behandlende pasienter, uten at dette medførte økte kostnader.

Kliniske retningslinjer har imidlertid vesentlige svakheter. Kvaliteten på kliniske retningslinjer er ikke alltid tilstrekkelig. I utgangspunktet skal de baseres på sist oppdatert kunnskap på området hentet fra meta-analyser eller dobbelblindete RCT-studier. Fordi denne "gullstandaren"

av evidens sjeldent er tilgjengelig, hviler mange kliniske retningslinjer fra studier som har lavere evidens, for eksempel fra ikke-randomiserte studier eller studier uten kontrollgrupper (Timmermans et al., 2003). I kliniske retningslinjer hvor evidensen er utilstrekkelig, fremmes flere alternativer for valg av beslutninger. Det svekker troverdigheten til retningslinjene. Et annet problem er at det finnes mange ulike kliniske retningslinjer på samme tema noe som ikke skaper en felles uniformering som er ønskelig med retningslinjer.

RCT – studier tilstreber høy indre validitet. Pasienten randomiseres til enten kontroll – eller eksperimentgruppe, hvor eksperimentgruppen utsettes for manipulering fra forskerne. Gruppene randomiseres for å gjøre gruppene like for å minimere risikoen for bias i undersøkelsen, for derved sikre at den observerte effekt skyldes intervensjon (Polit & Beck, 2006). En måte å oppnå dette er å ekskludere pasienter med multiple sykdommer fra deltagelse i studiet. Likevel vet en fra andre kilder at de fleste medisiner er utskrevet til eldre pasienter. Paradokset er at evidensen som fremkommer fra undersøkelsene er skapt og utledet fra en gruppe personer som er svært forskjellig fra den gruppen som skal anvende medisinene. Konteksten hvor behandlingen er utprøvd er svært ulik den konteksten hvor behandlingen skal anvendes. Dette reiser spørsmål om troverdigheten til anbefalingene kliniske forsøk/retningslinjer hviler på (Upshur, 2005).

Kan standardisering og EBP styrke sykepleierrollen?

Det er et krav fra de helsepolitiske myndighetene at helsepersonell skal holde seg faglig oppdatert og utøve evidensbasert praksis, slik at pasientene til enhver tid får den best tilgjengelige behandlingen. Profesjonell yrkesutøvelse innebærer at handlinger utført i praksis ikke skal være basert på tilfeldighet, vane og vilkårlighet, men skal være et resultat av bevisste valg og begrunnede vurderinger. Likevel viser studier at sykepleiere i liten grad arbeider evidensbasert når kliniske beslutninger skal fattes. De viktigste kildene i kliniske

beslutninger oppgis å være faglitteratur og kollegers erfaringskunnskap (Estabrooks, 1998). Som profesjon har vi heller ikke lykkes med å artikulere tydelig hva vi faktisk gjør. Dersom sykepleieprofesjonen ikke klarer å definere sitt faglige ståsted løper vi en risiko for å forsvinne fra helsekartet og erstattes av andre mindre skolerte helsearbeidere (Timmermans et al., 2003). *Spørsmålet er om standardisering og EBP kan være en gavepakke for sykepleieprofesjonen til å motvirke disse tendensene.* Jeg tror svaret er ja under visse betingelser.

Klinisk erfaringskunnskap er uten tvil en meget viktig kunnskapskilde, fordi den generer problemstillinger som kan føre til ny forskning og ny kunnskap. Imidlertid kan en ikke utelukkende

basere sine kliniske beslutninger ene og alene på erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap må endres når ny kunnskap oppstår. Det er derfor viktig at erfaringskunnskapen kompletteres med forskningsbasert kunnskap og pasientens erfaringer som er nødvendig for å kunne gi pasientene optimal pleie. Et eksempel på dette er sammenhengen mellom magestilling og krybbedød. Foreldre ble på 80- og begynnelsen av 90-tallet informert om at nyfødte burde ligge på mage, fordi en da unngikk aspirering til lungene dersom barnet kastet opp. Dette var basert på erfaringskunnskap. Imidlertid viste forskning at det var en klar sammenheng mellom magestilling og krybbedød og nye retningslinjer ble innført hvor ryggeleie ble anbefalt. Antall barn som døde i krybbedød falt dramatisk etter innføring av de nye retningslinjene. Eksempelet viser at erfaringskunnskap endres når ny kunnskap implementeres (APP 2000).

De mest sentrale barrierene for utøvelse av evidensbasert praksis er sykepleiernes manglende kunnskaper i å lese, søke og kritisk vurdere forskning, mangel på tid og mangel på kontroll og mulighet til å implementere endringer (Funk, Tornquist, & Champagne, 1995, Segesten, 2004.). Forskningen kan også være vanskelig tilgjengelig. Imidlertid er det økende fokus i utdannelsen og praksis på å tilegne seg kunnskaper i evidensbasert praksis. Både utdanningsinstitusjonene og praksis har en sentral rolle i å skolere studenter og sykepleiere i hvordan en kan arbeide evidensbasert. En ser ofte at kurs i evidensbasert praksis som undervises isolert har liten overføringsverdi til praksis og andre moduler. En systematisk oversikt utført av Coomrarasamy & Kakn (2004) viste at klasseromsundervisning alene kun bedret kunnskapsnivået, men ikke eller i liten grad holdninger og atferd. Endring i atferd og holdninger krever en overføringsverdi til praksis. Selv om disse studiene er utført på leger er det stor sannsynlighet for at resultatene kan generaliseres til sykepleierne. Samarbeid mellom praksisfeltet og høgskolene synes helt avgjørende for å utvikle sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag. Kunnskap i trinnene i evidensbasert praksis vil gjøre sykepleierne i stand til å argumentere og være kritisk til innholdet i retningslinjer og forskning. Det gir trygghet i å kunne søke ny kunnskap og kritisk vurdere denne. Det er vanskelig å hevde seg i en tverrfaglig debatt dersom en kun bruker argumenter fra ens egen erfaringsbakgrunn. Sykepleier som arbeider evidensbasert sier at hovedmotivet for å søke etter forskningsbasert kunnskap er å **redusere egen usikkerhet**. Det å finne relevant forskning vil øke ens egen sikkerhet for at den handlingen en utøver leder til ønsket resultat. Forskning kan og bekrefte at allerede eksisterende handlinger, verdier og tro er korrekt (Ciliska, 2006). Det resulterer i at en er aktiv samarbeidspartner i behandling av pasientene og ikke passiv mottaker av innholdet i retningslinjene. Retningslinjer gir og klare direktiver for hva de ulike aktørene skal gjøre i den aktuelle situasjon. Det en kan oppnå med dette er at færre feil gjøre. Eksempelvis viser forskning innenfor sårpleie at sykepleierne har manglende kunnskaper i sårpleie og liten grad baserer sine sykepleiehandlinger på evidensbasert praksis (Lorimer, Harrison, Graham, Friedberg & Davies 2003, Haram, Ribu & Rustøen, 2003).

Konsekvensen er at denne pasientgruppen ofte utsettes for feilbehandling. Studier viser at sykepleiere som jobber evidensbasert har redusert feilbehandling og dermed bidratt til økt pasientsikkerheten (Lorimer et al. 2003, Moffat et al. 2004).

Utarbeidelse og bruk av kliniske retningslinjer er et viktig steg i profesjonsprosessen. Ved at sykepleiere kan vise til at de har en solid kunnskapsbase, slik den medisinske profesjonen har, er selvkritisk og vitenskapelig i sin tilnærming, er håpet at en kan oppnå en høyere profesjonell status og økt beslutningsmyndighet innenfor spesifikke områder. Et eksempel på dette er innføring av klassifikasjonssystemet NIC (The Nursing Intervention Classification). Systemet søker å klassifisere og standardisere aktiviteter som sykepleierne daglig utfører og på den måten synliggjøre i sterkere grad vårt faglige ståsted. Kritikerne vil hevde at ved utelukkende vektlegging på retningslinjer vil viktige aspekter ved sykepleie gå tapt. Martinsen (2005) er opptatt av at regelstyrt praksis vanskeliggjør det faglige skjønnnet i utøvelse av omsorg. Rørtveit og Strand (2001) mener at retningslinjer vil hjelpe bl.a. ved å synliggjøre usikkerheten i beslutningen og åpne for individuelle forhold som endrer grunnlaget for utredning og behandling. I en medisinsk vurdering foreligger det en risiko. Risikovurderingen bør derfor vurderes på bakgrunn av en helhetsvurdering av tilgjengelig informasjon, basert på retningslinjer, pasientens preferanser og det kliniske skjønnnet (Rørtveit et al. 2001). Erfarne sykepleiere uttrykker at retningslinjer gir føringer, men at disse vurderes opp mot den konkrete pasientsituasjonen. Retningslinjene sees i relasjon til det faglige skjønnnet (Timmermans et al., 2003).

Styrkes pasientens empowerment ved EBP?

Tradisjonelt har helsevesenet vært styrt av en paternalistisk holdning i beslutningsprosessen hvor pasientens preferanser og erfaring i liten grad er blitt etterspurt (Thomson, Murtagh & Kahw, 2005). Imidlertid må helsevesenet innstille seg på å fungere i en verden der gamle autoriteter har mindre gjennomslag enn før. Pasienter og pårørende vil i økende grad tilegne seg kunnskaper som helsepersonell ikke uten videre kan avvise, og innhente motekspertise når det blir tatt avgjørelser som de er uenige i. "Kristina-saken" er et nærliggende eksempel på det.

Pasientrettighetsloven og EBP åpner opp for å øke pasientens empowerment i beslutningsprosessen, noe som gjør det vanskelig å argumentere imot EBP. Imidlertid, skal pasientens empowerment respekteres, er det nødvendig at pasienten få den informasjon som gjør han i stand til å ta valg som er i samsvar med hvordan pasienten ønsker å leve. I tillegg må pasienten forstå og evaluere informasjonen han får og relatere informasjonen til sin spesifikke situasjon for å kunne fatte autonome beslutninger (Mayer & Piterman, 1999, Thomson, et al., 2006). *Skjer dette og tar EBP hensyn til det?*

Å ta evidensbaserte beslutninger sammen med pasienten er en kompleks prosess. På bakgrunn av problemstillinger som fremkommer i møte med pasienten, skal helsepersonell søke opp aktuell forskning, kritisk vurdere den, anvende evidensen og evaluere resultatene i samarbeid med pasienten. I denne prosessen skal pasientens preferanser og ressurser være med i grunnlaget for de beslutninger som fattes. Det hviler derfor et stort ansvar på helsepersonell om å gi informasjon og presentere evidensen på en slik måte at pasienten kan forstå den. For å kunne ivareta dette ansvaret og inkludere pasienten i beslutningsprosessen, må helsepersonell ha høy kompetanse i anvendelse av EBP. Pr. i dag mangler en stor del av helsepersonell denne kompetansen. Forskning viser at helsepersonell mangler kompetanse i å lese, søke og tolke forskningsresultater (Coomarasamy et al. 2004, Segersten, 2004). Mangler helsepersonell denne kompetansen vil det være vanskelig å forstå og anvende forskningsresultatene. I EBP's tankegang bør evidensen komme fra systematiske oversiktsartikler, men samtidig kan resultatene fra systematiske oversiktsartikler presentere motstridende resultater, hvilket gjør det vanskelig å fremheve en behandling fremfor en annen (Slowther, Ford & Schofield, 2003). En konsekvens av dette er at helsepersonell kan villette pasientene eller unnlate å anvende ny forskning, noe som neppe vil øke pasientens autonomi. Presentasjon av forskningsevidens som skal gjøre pasienten i stand til å fatte beslutninger om sin egen helse, kan bare styrkes dersom helsepersonell har kompetanse i forskning, er oppdatert på best tilgjengelige kunnskap, og kan sette forskningen i sammenheng med den kontekst pasienten befinner seg i (Parker, 2005).

Studier viser at pasienter ikke alltid får den nødvendige informasjon som vil gjøre dem i stand til å fatte en overveid beslutning (Slowther et al. 2003). Et eksempel på det er MMR vaksinen til barn, hvor det fra enkelte kilder ble hevdet at det var en sammenheng mellom autisme og MMR vaksinen. Informasjonen som ble gitt fra de helsepolitiske myndighetene for å motbevise dette var ikke tilstrekkelig til at alle fulgte oppmodningen fra helsemyndighetene. Selv om forskningen viser at MMR vaksinen gir høy nytteverdi i befolkningen generelt, velger fortsatt noen foreldre ikke å følge helsemyndighetens råd (Parker, 2005). Skal en lykkes med å kommunisere evidensbasert, må en nytte et språk og metoder som pasienter og pårørende kan forstå og som kan øke pasientens kunnskap og forståelse i beslutningsprosessen. En systematisk oversikt om evidensbasert kommunikasjon viser at bruk av strukturert informasjon (enten verbal, skrevet eller video) har vist å ha best effekt (Trevena, Davey, Barratt, Butow, & Caldwell 2006). Et faremoment i kommunikasjon med pasientene er at legen styrer informasjonen i den retning som gir høyest profitt. Dersom legen vet at deres inntekt kan økes dersom anbefalte retningslinjer følges, kan de styre innholdet i konsultasjonen slik at pasienten føyer seg etter de anbefalinger som fremkommer (Slowther et al. 2003). Det var tilfelle ved MMR vaksineprogrammer i UK. Foreldrene var ikke klar over at legene ble betalt for å oppnå en viss vaksinasjonsrate. I den pågående debatten var foreldrene bekymret for at

legene presset eller overbeviste dem til å la deres barn bli vaksinert uten å ta tilstrekkelig hensyn til deres bekymringer. Legene argumenterte imidlertid for at deres anbefalinger var evidensbaserte. Samtidig var mange leger bekymret for at tillitten mellom pasient og lege var blitt skadelidende, noe som kunne få konsekvenser for det videre behandlingsforløp (Slowther et al. 2003).

Selv om en har en generell positiv holdning til EBP og studier viser at undervisning i EBP prosessen fører til økte kunnskaper i EBP, fører det nødvendigvis ikke til en automatisk endring i holdninger og atferd hos helsepersonell (Coomarasamy et al. 2004). Studier viser at klinisk erfaring er en viktigere kilde til informasjon enn forskningsbasert kunnskap i møte med pasienten (Estabrooks, 1998, Mayer et al.1999, Segersten, 2004). Smith har vurdert ulike studier som viser at legenes mest brukte kilde for å møte sitt informasjonsbehov er ved samtale med andre klinikere og deres psykososiale støtte og bekreftelse i den aktuelle situasjonen (Smith, 1996). Samtidig hevder mange leger og sykepleiere at det ikke er mulig å jobbe evidensbasert, fordi det ikke tilstrekkelig tid til å gi all informasjon som kreves for at pasienten skal kunne fatte en relevant beslutning om sin egen helse (Estabrooks, 1998, Mayer et al.1999, Segersten, 2004). Skal en øke pasientens empowerment er det nødvendig å gripe fatt i de ulike barrierene som hindrer dette (Estabrooks, 1998, Mayer et al. 1999). EBP's største utfordring er nettopp dette.

Studier viser at yngre, velutdannede, velartikulerte pasienter fra høyere sosioøkonomiske lag deltar i større grad i de beslutningene som fattes. Har pasienten og legen sammenfallende utdanning og bakgrunn, deles felles verdier og forståelse i større grad, noe som fremmer pasientens deltagelse i beslutningsprosessen (Thomson et al., 2005). Disse gruppene vil i større grad bruke mediene for å nå gjennom med sine ønsker. Det er og sannsynlig at det er denne gruppen som aktivt vil søke opp forskning rundt sitt helseproblem og utfordre helsepersonell på best tilgjengelig evidens.

Empowerment medfører også at pasienten i større grad blir medansvarlig for de konsekvenser beslutningen medfører. Imidlertid har all forskning elementer av usikkerhet i seg. For eksempel kan en behandling ha en suksessrate på 70-80 %. Det betyr at 20 – 30 % av pasientene ikke vil få effekt av behandlingen. I en beslutning må en akseptere at behandlingen kan mislykkes og evt. gi uheldige bivirkninger. Dersom det forventes at pasienten skal ta del i denne beslutningen må også pasienten ta ansvaret for den usikkerhet som behandlingen kan medføre. Det er uklart hvorvidt en slik overføring av usikkerhet fra kliniker til pasient vil medføre nytte eller skade for pasienten (Slowther et al., 2003). Pasientens delaktighet i en beslutning er ønskelig, men å likestille ansvarlighet mellom pasient og lege er å gjøre stor urett mot personer som søker råd og veiledning i en fase hvor en er sårbar pga sin sykdomstilstand. Mange pasienter velger derfor å ikke være aktiv deltakende i beslutningsprosessen, enten fordi de ikke har forutsetninger for å forstå den evidens som

fremkommer, er for syk til å ta ansvar for sitt eget sykdomsforløp eller ikke ønsker det ansvar det ligger i å være medansvarlig i beslutningsprosessen (Little, 2003).

Svakheter ved EBP's policy

EBP policy fokuserer primært på å forbygge sykdom, skade og død og kan dermed komme i konflikt med pasientens deltakelse i beslutningsprosessen. Det er flere grunner til det. Kliniske retningslinjer som EBP bygger på, tar i hovedsak bare utgangspunkt i effekten av behandlingen og inkorporerer sjeldent en videre definisjon av helse - og livskvalitetsbegrepet, hvor pasientens preferanser implementeres. En konsekvens av dette er at anbefalingene i retningslinjene ikke alltid sammenfaller med pasientens behov og at pasientens beslutning dermed kan avvike fra anbefalingene gitt fra legen. For eksempel i behandling av hypertensjon (høyt blodtrykk) anbefaler kliniske guidelines bruk av blodtrykksmedisiner for å forebygge fare for ulike former for infarkt. Selv om pasienten informeres om forskningsresultatene og legen vurderer forskningsresultatene i sammenheng med pasientenes helse og kontekst, velger likevel en del pasienter ikke å følge disse anbefalingene, fordi de er mer opptatt av bivirkningene medisinene gir enn mulighet for å forebygge infarkt. Dette er spesielt fremtredende dersom bivirkningen kan redusere deres livskvalitet (Thomson et al., 2005). Eksempelet viser at selv om en behandling er effektiv i en gitt populasjon og pasienten informeres om dette, behøver ikke det nødvendigvis overbevise en spesifikk pasient. Hvordan en vurderer risikoen vil være individuelt (Thomson et al., 2005). A. Cochrane sier at evidensen er for å bidra til individuell vurdering – den er der for å hjelpe både legen og pasienten, ikke for å overprøve. Imidlertid kan retningslinjer få en annen rolle dersom de prøves i rettssystemet. Dersom en pasient og lege sammen kommer frem til en enighet om å ikke følge anbefalingene i retningslinjen, og begge stoler på at en har forstått valgene som er tatt, kan dette få uheldige følger dersom saken føres for retten, hvis valg av behandling har ført til skade på pasienten. I slike tilfeller er det sannsynlig at retningslinjene vil spille en sentral rolle i retten, hvor spørsmål som; hvorfor ble ikke anbefalingene i retningslinjene fulgt, hvilke bevis har vi for at diskusjonen var adekvat, forstod pasienten den beslutningen som ble tatt, ble det dokumentert etc. bli svært sentrale for helsepersonell å forsvare. Det er derfor essensielt at beslutninger som avviker fra anbefalingene i retningslinjene dokumenteres i detaljer (Little, 2003).

En mulig konsekvens ved å involvere pasienten i valg av behandling, kan føre til at færre pasienter velger en behandling som kan redusere forekomsten av for eksempel slagtilfeller. Sett fra pasientens perspektiv vil pasienten som er delaktig i beslutningsprosessen om sin egen helse oppleve en større tilfredshet, noe som er helsefremmende i seg selv (Ford, Schofield & Hope 2001). Imidlertid

kan pasientens delaktighet redusere helsevesenets mulighet for å nå oppsatte mål. Dette kaster igjen lys over hvordan en definerer helseforebygging. Inntar helsevesenet en snever definisjon av helse (fravær av sykdom) er det lite ønskelig at pasienter velger en behandling som avviker fra de enkelte retningslinjene. Hvis derimot helsebegrepet utvides til også å inkludere livskvalitet, er det sannsynlig at den generelle helse i populasjonen økes, selv om antall infarkttilfeller går opp (Thomson, et al., 2005). Økonomiske forhold og en uenighet i den medisinske faglige vurderingen er også rapportert å være sentrale barrierer for hvilke valg pasienten kan gjøre. En uvillighet til å gi støtte til en behandling vil true pasientens valgmuligheter. Dette reiser spørsmålet om helsepersonell kun skal informere om behandlinger som det gis økonomisk støtte til eller alle tenkelige valg (Ford et al. 2001). I dagsavisen VG 16. oktober 2006, stod lungetransplanterte og dødsdømte Cecilie Lysholm (35 år) frem og fortalte sin historie. Legene vil ikke operere henne, fordi mulighetene for et godt resultat ved en ny transplantasjon er for små til at tverrfaglig team vil anbefale å operere. Cecilie sier hun er villig til å ta den risikoen operasjonen medfører, fordi hun har ingenting å tape. Hun vil dø om kort tid likevel. Hun føler hun selv må få bestemme om hun vil ta sjansen og mener hun har rett til en sjanse til å leve. Eksempelet illustrerer at pasientenes muligheter for medbestemmelse er minimal når den faglige ekspertisen har fattet sine beslutninger. Medisinske faglige hensyn ser ut til å være styrende for de valg som tas.

4.0 KONKLUSJON

Det er vanskelig å gi en entydig beskrivelse av EBP's rolle. Det argumenteres for at EBP favoriserer et positivistisk kunnskapssyn og fremmer en "kokebokmedisin" og paternalistisk holdning. I den kliniske hverdag taler likevel mye for at ulike kunnskapssyn anvendes, avhengig av hvilke problemstillinger en som helsepersonell står overfor. EBP er ikke begrenset til RCT-studier eller meta-analyser alene. EBP handler om å finne den beste evidens som kan besvare den kliniske problemstillingen som fremkommer. EBP skal heller ikke erstatte klinisk erfaring og dyktighet. Kliniske retningslinjer gir anbefalinger, men fører ikke automatisk til en slavisk anvendelse av disse. Fornuftig medisinsk behandling og pleie foregår ikke i noe vakuum. Det handler i tillegg om relasjoner til pasienten og pårørende. Anvendelse av kliniske retningslinjer må derfor sees i relasjon til klinisk erfaringskunnskap og pasient preferanser.

Sykepleierne innehar en viktig rolle i behandling og pleie av pasienter. EBP ser ut til å styrke sykepleiers kunnskapsgrunnlag, men vil være avhengig av et tett samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for å oppnå det. Forutsetningen er at sykepleierne får kompetanse i hvordan anvende evidensbasert kunnskap. Dersom sykepleiere i større grad baserer sine beslutninger og vurderinger

på evidensbasert praksis, vil det trolig fremme sykepleierne sin rolle i et tverrfaglig team, samtidig som sykepleierne vil fremstå som mer sikre og synlige i beslutningsprosessen. Personlig tror jeg det vil styrke sykepleiefaget og skape økt pasientsikkerhet.

EBP åpner opp for at pasientens preferanser skal telle i den beslutningen som fattes, men det kan se ut som dette kun gjelder når pasientene ikke ønsker en anbefalt behandling. Medisinsk faglige beslutninger ser ut til å være rådende når pasientens ønsker står i motstrid til fagekspertisens vurderinger. Dersom EBP og pasientens valg skal jobbe sammen i fremtiden, må ulike barrierer brytes ned. Kliniske retningslinjer må inkludere pasientens preferanser. Hvorvidt pasientens preferanser kan bli likestilt med de medisinske faglige vurderingene, vil være avhengig av hvordan en kan oppnå balanse mellom de ulike synspunktene. Det betyr at pasienten må settes i stand til å forstå de medisinske faglige vurderingene som ligger bak.

Ulike betingelser må oppfylles dersom leger og sykepleierne skal kunne arbeide evidensbasert. Sykepleierne og leger må få nødvendige tid og kunnskaper til å finne frem til den beste tilgjengelige kunnskapen. Deretter tid til å sette seg ned med pasienten slik at pasienten får mulighet til å fatte en autonom beslutning. Forutsetningen for dette er at helseorganisasjonene iverksetter ulike tiltak som skoling i hvordan formulere en presis problemstilling, søke, kritisk vurdere forskningen og implementere denne, samt tid og en infrastruktur i organisasjonen slik at dette praktisk lar seg gjennomføre.

5.0 REFERANSER

- AAP (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrom: Implications for infant sleeping environment and sleep position. Elk Grove Village, IL. Academy of Pediatrics. Retrieved from <http://www.guidelines.gov>.
- Boge, J. & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*. 80 (26), 32-35.
- Ciliska, D. (2006). Evidence-based nursing: how far have we come? What's next? *Evid. Based Nurs.*, 9, 38-40.
- Cochrane Collaboration. (2001). From <http://www.cochrane.org/cochrane/cc-broch.htm#cc>.
- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. London. Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Coomarasamy, A. & Khan, K. S. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 329, 1017–1021.
- Ebbeskog, B. Ekman, S-L. (2001). Elderly persons`experience of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Car Sci.*, 15: 235 – 243.
- Ekeland, T-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 36, 1036-47.
- Estabrooks, CA. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*. 30:15-36
- Field, M.J., & Lohr, K.N. (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ford, S., Schofield, T. & Hope, T. (2001). Barriers to the evidence-based patient choice (EBPC) consultation. *Patients Education and Counseling* 47, 179-185.
- Funk, S.G., Tornquist, E.M. & Champagne, M.T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization. An Integrative Review. *Nursing Clinics of North America*, 30: 395-438.
- Hamar, S. & Collison, G. (red.) (2003). *Evidensbasert praksis - grunndbog for sunhedspersonale*. Dansk bearbejdelse ved Jens Bydam. København. Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Hammell, KN. & Carpenter, C. (2004). *Qualitative research in evidence-based rehabilitation*. Edinburgh. Churchill Livingstone
- Haram R., Ribu E. & Rustøen T. (2003). An evaluation of the leg and foot ulcer treatment provided in Oslo. *Journal of wound care* 12(8), 290-294.
- Jamtvedt, G., Hagen, K.B. & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Gyldendal Akademiske. Oslo,

Johnston, J. M., Leung, G. M., Fielding, R., Tin, K. Y. K., & Ho, L.-M. (2003). The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. *Medical Education*, 37, 992–1000.

Lorimer KR, Harrison MB, Graham ID, Friedberg E & Davies B (2003) Venous leg ulcer care: How evidence-based is nursing practice? *Journal of wound care* 30(3), 132-142.

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

Mayer, J. & Piterman, L. (1999). The attitude of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Family Practice*, 16, 627-632.

McCaffery, M. (1991). *Nursing management of the patient with pain*. New York. Lippincott Company.

Little, M. (2003). "Better than numbers..." a gentle critique of evidence-based medicine. *ANZ J. Surg.* 73, 177-182.

Moffatt, C.J. & Franks, P.J. (2004). Epidemiology and health services research. Implementation of a leg ulcer strategy. *British Journal of dermatology*, 151: 857-867.

Nortvedt, M.V., Hanssen, T.A., Lygren, A. & Wahl, A.(2004). Metodisk mangfold. Kritikken mot evidensbasert sykepleie - debatt eller akademisk øvelse? *Tidsskriftet Sykepleie*, 15, 62-3.

Ohlsson, P., Lindholm, C. (1994). A cost-effectiveness study of leg ulcer treatment in primary care. Comparison of saline-gauze and hydrocolloid treatment in a prospective, randomized study. *Scand J Primary Health Care*. 12: 295-299.

Parker, M. (2005). False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine. *Journal of medical ethics*, 1, 23-30.

Polit, DF., & Beck, CT. (2006) *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rørtveit, G. & Strand, R. (2001). Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen*.121 (11), 1382-6.

Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd edn. London: Churchill Livingstone.

Segesten, K. (2004). Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing – literature overview. *Vård i Norden*, 3, 44–47.

Slowther, S., Ford, S. & Schofield, T. (2003). Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. *J. Med. Ethics*, 30, 151-155.

Sosial – og helsedirektoratet, IS-1162. (2005)... *og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten*.

Smith, R. (1996). What clinical information do doctors need? *Br Med J*, 313,1062-1068.

Smith-Strøm, H. (2006). Sammenligning av tilheling og kostnader ved to ulike behandlingsmetoder. En intervensjonsstudie av pasienter med leggsår, utført i hjemmesykepleien. *Vård i Norden*. 80 (26). 4-9.

Stang, I.(1998). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient – og brukermedvirkning på alvor*. Oslo. Universitetsforlaget.

Thomson, R., Murtagh, M. & Kahw, F-M. (2006). Tensions in public health policy: patient engagement, evidence-based public health inequalities. *Qual Saf Health Care*, 14, 398-400.

Timmermans, S & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs. Chevy Chase*. 24,1-7.

Timmermans, S. Berg, M. (2003) *The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia. Temple University Press.

Trevena, LJ., Davey, HM., Barratt, A., Butow, PB. & Caldwell, P. (2006). A systematic review on communication with patients about evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (1), 13-23.

Upshur, R. (2005). Looking for rules in a world of exceptions, reflection on evidence-based practice. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48 (4), 477-89.

Essay i vitenskapsteori

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

Metodetriangulering

- Hvilken kunnskap kan metodetriangulering gi
- Hvilke muligheter og begrensninger er der ved å bruke metodetriangulering i et forskningsprosjekt

Kari Røykenes

Betanien diakonale høgskole

Høst 2006

1.0. Innledning

To problemstillinger vil forsøkt bli belyst gjennom essayet.

- Hvilken kunnskap kan metodetriangulering gi
- Hvilke muligheter og begrensninger er der ved å bruke metodetriangulering i et forskningsprosjekt

Bakgrunnen for valg av emne er eget forskningsprosjekt og de metodiske valgene jeg der har foretatt. I prosjektet ønsker jeg å triangulere mellom kvalitative og kvantitative metoder, og ønsker derfor å fokusere på metodetriangulering i essayet. Jeg ønsker å belyse triangulering av metoder for derved å kunne sette mine egne metodiske valg inn i en større sammenheng, og få en dypere forståelse av mine valg og mitt ståsted.

Siden forskningsprosjektets metodevalg er bakgrunnen for valg av tema, finner jeg det naturlig å først si noe om og de metodiske valgene jeg her har gjort.

2.0. Kort presentasjon av forskningsprosjektets metodevalg

Prosjektets intensjon er å undersøke om hvorvidt vurderingsformer virker inn på forventning om mestring og forventning om resultat hos studenter i et profesjonsstudium. Jeg har valgt å bruke et kvasi-eksperimentelt design hvor informantene deltar i et intervensjonsstudium.

Prosjektets hovedproblemstilling er: Hvordan kan vurderingsformer virke inn på forventning om mestring ('self-efficacy') og forventning om resultat hos studenter i en profesjonsutdanning, representert ved grunnutdanning i sykepleie.

Denne problemstillingen vil søkt bli belyst gjennom to underproblemstillinger :

- Hvilken grad av forventning om mestring ('self-efficacy') og forventning om resultat har studenter som starter et profesjonsstudium, representert ved grunnutdanning i sykepleie.
- I hvilken grad har vurderingsformer representert ved mappevurdering og tradisjonell eksamen, bidratt til endring av forventning om mestring ('self-efficacy') og forventning om resultat hos studenter i et profesjonsstudium.

Prosjektet er tenkt å ha en sekvensiell transformativ strategi hvor både kvalitative og kvantitative metode blir benyttet. En sekvensiell transformativ strategi har et større teoretisk perspektiv som danner en førende ramme for hele studiet (Creswell, 2003). Det førende teoretiske perspektivet i forskningsprosjektet vil være Banduras teori om 'self-efficacy'.

Den kvantitative metoden består av spørreskjema som skal utarbeides på grunnlag av allerede eksisterende skjema, utarbeidet av blant annet Bandura, og resultat av disse undersøkelsene vil danne grunnlag for kvalitative intervju.

3.0. Hva er metodetriangulering

En kombinasjon av metoder blir gjerne omtalt som metodetriangulering. Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomen studeres fra ulike synsvinkler og synspunkt, og problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder og data (Grønmo, 2004). Denzin definerer triangulering som *"en kombination af metodologier, der bruges ved undersøkelse af samme fænomen"* (Denzin i Kruuse, 2001 s.47). Selve ordet triangulering stammer fra landmåling og navigasjon, og er en prosess hvor en benytter to punkt for å finne den ukjente avstanden til et tredje punkt. Enkelte forfattere (blant annet Williamson, 2005) mener triangulering innen forskning bør sees på som en metafor for denne prosessen.

Et annet begrep litteraturen omtaler er 'mixed-methods'. Noen forfattere setter likhetstegn mellom triangulering og mixed- methods, mens andre skiller dem (Williamson, 2005). I dette essayet ser jeg det ikke hensiktsmessig å skille disse begrepene.

Sammenlignet med rene kvalitative eller kvantitative metoder, er metodetriangulering en forholdsvis ny metode, og utformingen av denne er fremdeles under utvikling (Creswell, 2003).

Grunnen til at triangulering av metoder oppstod forklares noe ulikt. Tashakkori og Teddlie (1998) hevder at triangulering av metode som konsept var den intellektuelle "kilen" som tilslutt brøt med den metodologiske hegemonien. Mens andre (Bradley i Williamson, 2005) hevder at triangulering opprinnelig ble introdusert på 1950 og 60 tallet som en teknikk for å overvinne noen av svakhetene og manglene ved kvalitativ forskning.

Denzin (Denzin i Tashakkori og Teddlie, 1998) var en av de første som brukte selve begrepet triangulering i forskningssammenheng, og han mente triangulering kunne anvendes innen flere av forskningsprosessens deler. Han presenterer fire typer triangulering; datatriangulering som anvender ulike datakilder, forskertriangulering som involverte flere ulike forskere, teoritriangulering hvor flere teoretiske perspektiv blir brukt og metodetriangulering som benyttet seg av flere metoder.

Selv om Denzin var en av de første som brukte dette begrepet, så var han ikke den første som brukte ulike forskningsmetoder for å belyse et fenomen. Det er mulig at triangulering av metoder er blitt benyttet av forskere også i 'tidligere tider', men Tashakkori og Teddlie (1998) hevder at innen psykologisk forskning var Campbell og Fiske noen av de første som benyttet flere metoder. I 1959 lanserte disse en "multitrait-multimethod matrix" hvor de benyttet seg av mer enn en kvantitativ metode for å måle et psykologisk karaktertrekk. Formålet med metoden var å sikre at resultatene fra forskningen ble forklart ut fra karaktertrekkene og ikke ut fra metoden.

Metodetriangulering kategoriseres vanligvis i tre kategorier. Det er triangulering mellom kvalitative metoder, triangulering mellom kvalitative og kvantitative metoder, samt triangulering mellom kvantitative metoder. Triangulering basert på enten kvalitativ eller kvantitativ metode blir av Denzin (Denzin i Williamson, 2005) kalt "within-methode", mens en kombinasjon av disse kaller han "between-methode".

Siden metoden i mitt forskningsprosjekt triangulerer mellom kvalitative og kvantitative metoder vil jeg hovedsakelig se på denne form for triangulering.

4.0. Muligheter og begrensninger ved metodetriangulering mellom kvalitative og kvantitative metoder

Under dette punktet vil jeg først se på hvilke muligheter og begrensninger triangulering mellom kvalitative og kvantitative metoder gir. Her vil jeg også spesielt fokusere på metodetriangulering med utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse. Skillet mellom muligheter og begrensninger er noe kunstig fordi begrensningene nødvendigvis ikke er uløselige, men kan representere utfordringer som i sin tur kan gi nye muligheter.

4.1. Muligheter ved å triangulere mellom kvalitative og kvantitative metoder

Metodetriangulering blir brukt innen flere disipliner, men metodevalget er i følge Dootson (Dootson i Halcomb og Andrew, 2005) ikke godt nok veloverveid hos alle forskere som velger å triangulere metoder.

A major criticism of triangulated studies is the generalised lack of understanding on why triangulated method is used [...] many researches do not fully understand the complex implications of mixing paradigms for development of the research (Halcomb og Andrew, 2005 s.71).

I følge McEnroy og Richards (2006) kan en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder representere et metodisk 'minefelt' på grunn av de ulike ontologiske og epistemologiske grunnlagene disse representerer.

Tradisjonelt har kvalitative og kvantitative metoder vært knyttet til ulike ontologiske og epistemologiske grunnsyn, og ulikhetene har blant annet ført til forskjellige forskningsstrategier og forskjell i tolkning av funn. Kvantitative metoder har tradisjonelt vært knyttet opp mot et positivistisk paradigme hvor målet har vært å finne objektive fakta på bakgrunn av empiriske observasjoner, og forskningsprosessen har derfor vært preget av klare strukturer (McEnroy og Richards, 2006).

Kvalitative tilnærminger har derimot ikke hatt den samme klare strukturen som de kvantitative. Et kjennetegn ved kvalitative metoder er blant annet at trinnene i forskningsprosessen i stor grad går over i hverandre (Grimen, 2004), og kvalitative metoder har gjerne vært knyttet til interpretivistiske paradigmer, eksempelvis fenomenologi og hermeneutikk (McEnroy og Richards, 2006).

Disse ulikhetene har også fått betydning for synet på metodetriangulering. Noe forenklet kan en si at det eksisterer tre retninger. Den ene retningen representerer forskere som primært baserer sine metodiske valg på prinsipielt grunnlag. Prinsipielle valg av metode kan blant annet være forankret i den vitenskapsteoretiske tradisjonen forskeren står i, og kan gjenspeile forskerens syn på hvilke metoder han anser som vitenskaplige (Grønmo, 2004). En forsker som baserer sine valg på prinsipielt grunnlag, ser trolig ikke på triangulering av metoder ut over ens paradigme som mulig forskningsmetode. Både kvalitative og kvantitative forskere er representert her.

Forskere som representerer de to andre retningene baserer sine valg på et mer strategisk grunnlag. Et strategisk valg av metode vil

bygger på konkrete vurderinger av hvilke spesifikke samfunnsforhold som skal studeres. [...] Hvilke metoder som er mest fruktbare i forbindelse med en bestemt studie, avhenger derfor av den spesifikke problemstillingen som skal belyses (Grønmo, 2004 s.55).

Ulikheten mellom de to sistnevnte er deres syn på formålet ved å triangulere metoder. For den ene retningen er det en sentral hensikt å kunne bekrefte funn fra en metode ved hjelp av en annen. Bekreftelse ('confirmation') er et av grunnprinsippene ved 'mixed methods' Risjord et al (2002) presenterte. Dette grunnprinsippet er også det mest kontroversielle, og representerer et sentralt skille mellom de to sistnevnte retningene.

Flere tilhengere av metodetriangulering støtter dette grunnprinsippet, og de vil hevde at ulike metoder kan støtte hverandre ved at eventuelle svakheter ved en metode vil kunne motvirkes av styrken ved en annen. Følgelig er da triangulering det som skal til for å kunne produsere mer reliable og bekreftede resultat (Risjord et al, 2002). Ikke alle er enige i at

metodetriangulering gir denne muligheten. Williamson (2005) hevder at triangulering av metoder ikke utrydder problemene som ligger i datainnsamlingen de enkelte metodene representerer. Metoder som har oppstått via ulike tradisjoner gir ikke større nøyaktighet, men utvider analysen hevder han.

For den andre av de retningene som baserer sine valg på et strategisk grunnlag, er hensikten ved å triangulere metoder ikke å bekrefte funn, men å få et utvidet og mer komplett forståelse av fenomenene som det forskes på. Komplette, mer fullstendige data ('completeness') er det andre grunnprinsippet for metodetriangulering Risjord et al (2002) presenterer. Tilhengere av denne retningen mener det ikke er mulig å kunne triangulere metoder, som tradisjonelt har representert ulike paradigmer, med den hensikten å bekrefte funn. De vil i stedet hevde at målet ved metodetriangulering vil være å få et mer fullstendige data om fenomenet, noe en kan oppnå fordi metodene videreutvikler og utfyller hverandre. Vi får en vekselvirkning som kan bidra til rikere og mer detaljert kunnskap om fenomenet. Dette er kunnskap en ikke i samme grad kan få ved å anvende bare en metode (Risjord et al. 2002; Grønmo,2004). Morse og Field (1995) understreker dette og sier "[...] often the strongest research findings are in studies that use both methods" (s.164). De hevder videre at "Multiple methods of data collection enrich the perspectives that the researcher has on the phenomenon" (s.164).

Representanter for sistnente retning vil hevde at en ikke kan forvente å se identiske funn ved å triangulere metoder fordi det ligger ulike perspektiv og teorier bak funnene. Triangulering av metode kan ikke fange objektiviteten, og de fraråder triangulering som et mål for å øke funnenes validitet. "Triangulation is not a tool or strategy of validation, but an alternative to validation" hevder Flick (Flick i Denzin og Lincoln, 2000 s.5).

Prinsippet om 'completeness' gjelder også i noen grad for den foregående retningen, men skille mellom de to retningene er hovedsakelig deres syn på hvorvidt en kan bruke data innsamlet ved hjelp av ulike metoder for å bekrefte funn.

'Abductive inspiration' er det tredje grunnprinsippet ved metodetriangulering som Risjord et al (2002) omtaler. I dette begrepet ligger det at forskeren bruker én metode for å generere ideer som blir videre testet ved hjelp av andre metoder. 'Abductive inspiration' blir spesielt benyttet hvis det er forsket lite på fenomenet tidligere, og hvor det derfor foreligger liten forståelse av fenomenet. Eksempel på dette grunnprinsippet er kvalitative metoder som benyttes i utarbeidelsen av hypoteser, og der hypotesene deretter blir testet ved hjelp av kvantitative metoder. Motsatt kan kvalitative undersøkelser være til hjelp i organiseringen av allerede innsamlede kvantitative data

(Risjord et al,2002). Dette grunnprinsippet vil begge retningene som baserer sine valg på strategisk grunnlag, kunne enes om.

Selv om det er uenighet med henhold til hensikten ved å triangulere metoder, vil de fleste som velger metodetriangulering være enig om at triangulering gir muligheter som en enkelt metode alene ikke vil kunne gi. En av disse er at triangulering gir mulighet for å innhente manglende eller mangelfulle data (Kruuse, 2001). Det kan være at den første datainnsamlingen (kvalitativ eller kvantitativ) ikke har vært tilfredsstillende, og at en i ettertid ser data som burde vært med. Det kan også være at den første datainnsamlingen og analysen av denne avdekker emner en ønsker å få belyst nærmere. Ved å triangulere metoder kan en klare å fylle disse hullene, ved eksempelvis å fokusere ekstra på manglende eller mangelfulle data i den påfølgende undersøkelsen. Denne muligheten gjelder i første rekke hvis en velger en sekvensiell strategi for datainnsamling, og i liten grad ved parallelle strategier. Ved sekvensielle strategier vil data samles inn i sekvenser, mens data samles inn samtidig ved parallelle strategier.

”Forskeren stoler mer på sine resultat, hvis han selv har vært med til at innsamle datamaterialet”, hevder Jick (Jick i Kruuse, 2001 s. 51). Med dette trekker han fram en mulighet som ligger hos forskeren selv. I mange tilfeller kan en oppleve ikke bare at en stoler mer på de dataene en selv har vært med på å samle inn, men at en også får et annet eierforhold til disse dataene.

Muligheter ved å triangulere kvalitative og kvantitative metoder med utgangspunkt i en kvantitativ metode

Prosjektet mitt triangulerer med utgangspunkt i en kvantitativ metode. Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvilke muligheter og begrensinger denne form for triangulering gir. En strategi med utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse, blir av Creswell (2003) kalt en ’ sequential explanatory strategy’. Denne strategien karakteriseres ved innsamling og analyse av kvantitative data etterfølges av datainnsamling og analyse av kvalitative data.

En sentral mulighet ved å triangulere med utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse er i følge Kruuse (2001) at en slik strategi kan brukes til å forklare resultat av korrelativ forskning. Han hevder at det ikke er mulig å finne dypere liggende forklaringer på statistiske sammenhenger. For å finne slike forklaringer trenger en kvalitative data, gjerne i form av intervju eller observasjoner. Dette kan være spesielt gunstig hvis forskerne finner det problematisk å forklare enkeltobservasjoner. Det kan være observasjoner som i den kvantitative undersøkelsen plasserer seg langt fra det normale variasjonsområdet. Hvis dette er funn som det er viktig å få undersøkt nærmere, kan en kvalitativ undersøkelse være hensiktsmessig.

Et annet område hvor triangulering med utgangspunkt i kvantitativ undersøkelse kan være hensiktsmessig, er belysning av tabuemner (Kruise, 2001). Ved først å anvende en anonym spørreundersøkelse for deretter å bruke resultater derfra i intervju, har vist seg gunstig i denne sammenhengen. Resultatene fra spørreundersøkelsen danner bakgrunn for intervjuet, og dette gir informantene mulighet til å ha noe distanse i forhold til et vanskelig område.

Triangulering med utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse med påfølgende kvalitativ vil ha flere fordeler. En av disse er at det sekvensielle designet som gjør undersøkelsene fremadrettede ('straightforward') med klare og separate stadier. Dette medfører at undersøkelsene blir enklere å beskrive og rapportere, sammenlignet med en parallell strategi (Creswell, 2001).

4.1. Begrensninger ved å triangulere kvalitative og kvantitative metoder

Forskerens eget syn på metodetriangulering

Som tidligere nevnt er kritikken til forskere som triangulerer metoder, at alle ikke er oppmerksom på eventuelle paradigmekonflikter metodene representerer. Keller (Keller i Williamsom, 2005) hevder at "At its most simple, triangulation takes benefits of data collection methods from different methodological traditions, without too close a scrutiny of the possible conflicts inherent in different paradims" (s. 8). Triangulering av metoder fordrer derfor at forskeren ser kritisk på sitt materiale, undersøker og tester materialet grundigere enn hva ellers ville ha vært tilfellet.

Det er til stadighet forsøkt å overskride motsetningene som ligger i ulike vitenskapsteoretiske grunnsyn. Dette er et tema som er svært omfattende, og vil ikke bli tatt videre opp i essayet. Likevel vil det å anvende metoder som tradisjonelt har representert ulike paradigmer, utfordre forskere som velger å triangulere metoder. Forskeren bør ta stilling til hvorfor han velger å triangulere, og ved å reflektere over sine valg har han også mulighet til å få en utvidet forståelse over eget vitenskapssyn.

På en annen side stilles det spørsmål om hvorvidt metodevalg skal knyttes opp mot paradigmer (Johnson og Onwuegbuzie, 2004). "Although many research procedures or methods typically have been linked to certain paradigms, this linkage between research paradigm and research methods is neither sacrosacnt nor necessary" (Howe i Johnson og Onwuegbuzie, 2004). Disse (Johnson og Onwuegbuzie, 2004) hevder det er en tendens til at mange forskere setter likhetstegn mellom metode og epistemologi. Det mener de ikke medfører riktighet, og at det er sjelden epistemologien fastsetter metoden. Derfor bør en ikke fokusere på paradigmekonflikter, men i stedet på hvilke metoder som er hensiktsmessige i forhold til fenomenet det forskes på.

Kan forskeren anvende ulike metoder tilfredsstillende

Selv om forskeren er bevisst sitt epistemologiske og ontologiske syn, og velger på den bakgrunn å triangulere metoder, er det ikke sikkert han kan triangulere metoder på en tilfredsstillende måte. Ikke alle forskere behersker de ulike forskningsmetodene like godt, og det er derfor en fare for at deler av forskningen vil kunne få et for enkelt nivå. Spesielt gjelder dette der hvor en forsker har ansvar for alle undersøkelsene i et forskningsprosjekt. For å motvirke denne begrensingen er det en fordel at flere forskere deltar i prosjektet, og at en derved triangulerer ikke bare i forhold til metode, men også det Denzin kaller forskertrianglering. En tredje fordel ved forskertrianglering er at en, i tillegg til et bedre datagrunnlag, også har større mulighet for teoritrianglering.

Det er selvsagt forskere som behersker ulike metoder, og at deler av undersøkelsene av den grunn ikke står i fare for å få et for enkelt nivå. På en annen side er det selvsagt også mulig å tilegne seg metodekunnskap utover de metodene en vanligvis har arbeidet innen.

Hvordan tolke funn som ikke korresponderer

En tredje utfordring forskere kan få ved å triangulere metoder, er hvordan de skal tolke funn som eventuelt ikke korresponderer med hverandre. En forklaring kan være at det ikke er mulig å benytte ulike metoder i forhold til dette fenomenet, og at triangulering av metoder ikke er et verktøy en kan anvende her. En annen forklaring kan være at metodevalg og forskningsdesign ikke har vært godt nok forberedt og utarbeidet. En tredje, og mer utfordrende forklaring, er at fenomenet er mer kompleks enn tidligere antatt. Resultat som ikke stemmer overens mener blant annet Kruuse (2002) og Jick (Jick i Holme og Solvang, 1996) kan virke berikende. Ulike analyseresultat vil kunne føre til nye tolkninger og utvikling av nye tilnæringsmåter til fenomenet. Slik kan en oppnå mer helhetlig og nyansert forståelse av fenomenet. Dette kan igjen virke stimulerende på videre teoribygging samt bidra til å gjøre teoriene mer fullstendige.

Begrensinger ved å triangulere mellom kvalitative og kvantitative metoder

En av utfordringene ved triangulering mellom kvalitative og kvantitative metoder, er at datamengdene kan bli store og u håndterlige sammenlignet med rene kvalitative eller kvantitative metoder. Spesielt gjelder dette undersøkelser som har et sekvensielt design. Jo flere innsamlingssekvenser, jo større datamengder.

Finansiering representerer en annen begrensning. Spesielt gjelder dette forskningsprosjekt som går over lengre tid, og gjelder i høy grad prosjekter med sekvensielle strategier.

Repstad (1998) omtaler en annen begrensning. Han kaller denne for "aktørretthet på grunn av overutforskning" (s.20). Blir de samme informantene gjenstand for gjentatte datainnsamlinger, er det en fare for at de ikke svarer på undersøkelsen, og vi får derved en lav svarprosent. Muligheten er også tilstede for at svarene ikke blir like godt gjennomtenkt som tidligere, og vi får problem med den indre validiteten i undersøkelsen.

En siste utfordring jeg vil prøve å belyse, er de utfordringene metodetriangulering gir i forbindelse med integrering av data innsamlet ved hjelp av ulike metoder. Med integrering av data menes at dataene 'mikses'. Denne 'miksing' kan foregå flere steder i forskningsprosessen, blant annet i forbindelse med datainnsamling (gjelder primært ved parallelle design), i dataanalysen eller under tolkningen av funnene. Det er også mulig at data integreres i en kombinasjon av disse (Creswell, 2003). I integreringen av data vil nok forskerens syn på metodetriangulering gjøre seg gjeldende, og hans hensikten ved å triangulere blir synlig.

5.0. Muligheter og begrensninger ved metodetriangulering relatert til forskningsprosjektet.

I denne delen om essayet vil jeg fokusere på tre områder som er relatert til de metodiske valgene jeg har foretatt. Det første området er de utfordringene jeg ser ligger hos meg som forsker. Det andre området er hvilke kunnskaper metodetriangulering kan tilføre det aktuelle prosjektet, og det tredje er noen av de rent praktiske utfordringene jeg ser prosjektet initierer.

5.1. Egne utfordringer

Under punkt 4.0 forsøkte jeg å belyse noen av utfordringene triangulering av metoder kan gi forskeren. Gjennom arbeidet med essayet har jeg fått en utvidet forståelse for denne tilnærmingen til forskningen, og har selv fått et klarere syn på mitt ståsted. Gjennom arbeidet har jeg også klarere kunnet se mine begrunninger for valg av metode og de utfordringene jeg stilles overfor i forbindelse med mitt prosjekt. Jeg vil i det følgende prøve å si noe om mine valg og mine utfordringer. Det er også mulig at jeg på bakgrunn av disse refleksjonene ser andre og bedre metodiske muligheter for mitt prosjekt.

I prosjektet ønsker jeg å bruke kvantitative undersøkelser i form av spørreskjema, mens den kvalitative metoden vil være halvstrukturerte intervju av informanter som er valgt ut på bakgrunn av de kvantitative undersøkelsene. Årsaken til disse valgene er for det første temaenes kompleksitet. Jeg mener de ikke kan belyses godt ved bruk av bare én metode. Spørsmålet er om de blir belyst godt ved kun å triangulere to metoder. Det er mulig at andre former for triangulering, eksempelvis teoritriangulering og forskertriangulering, også bør anvendes. Ved å multitriangulere vil en kunne få en utvidet og bedre forståelse av fenomenene. Utfordringene ved eksempelvis å forskertriangulere er forskjellige epistemologiske syn ulike forskere kan representere. Det at en har ulike syn behøver ikke å være en begrensning. Utfordringen er å ha en gjensidig åpenhet, og se at ulike innfallsvinkler kan styrke forskningen, og derved også fenomenet det forskes på. Ydmykhet er stikkordet her, både i forhold til fenomenenes kompleksitet og til hverandres ulike epistemologiske og ontologiske syn.

Ved å forskertriangulere minskes også den andre begrensningen relatert til forskeren som ble presentert i det foregående, nemlig den enkelte forskers begrensninger i forhold til å kunne anvende ulike metoder like godt. Ved at en forskertriangulere kan en oppnå at det å kunne anvende de ulike metodene blir bedre ivaretatt.

5.2. Muligheter og begrensninger relatert til prosjektets innhold

Mange av mulighetene og begrensningene ved metodetriangulering presentert under pkt 4.0 kan jeg relatere til mitt forskningsprosjekt. Den første og kanskje viktigste muligheten er det at metodetriangulering kan bidra til mer komplette data på fenomenet. Ved å foreta kvalitative intervju på bakgrunn av spørreundersøkelsen, har jeg mulighet til å innhente dybdeinformasjon fra informantene. Dette er også en av fordelene som Kruuse (2001) omtaler.

Den andre muligheten relatert til prosjektet er det Risjord et al (2002) omtaler som "abductive inspiration". Det er så vidt jeg kjenner til, forsket lite på 'self-efficacy' begrepet relatert til vurderingsformer i høyere utdanning, og metodetriangulering kan her være en mulighet til å få en økt forståelse av fenomenet.

En tredje mulighet relatert til mitt prosjekt, er at triangulering av metoder gir anledning til å finne forklaringer på enkeltfenomener. Bandura (Bandura i Pintrich og Schunk, 1996) hevder at ulik grad av 'self-efficacy' og forventning om resultat kan få forskjellige emosjonelle utfall. I de fleste tilfellene vil troen på 'self-efficacy' positivt korrelere med forventninger om resultat, men personer med høy 'self-efficacy' kan ha lav grad av forventning om resultat og visa versa. Ulike kombinasjoner av grad

av 'self-efficacy' og forventning om resultat kan få ulike emosjonelle og handlingsmessige utfall. Personer med lav 'self-efficacy' og lav forventning om resultat kan eksempelvis vise resignasjon, apati og en uvilje eller manglende evne til å bruke stor innsats for å løse en oppgave (Pintrich og Schunk, 1996). Selve intervensjonen i forskningsprosjektet foregår over en forholdsvis kort periode. Det er derfor ikke å forvente enkeltfenomen som skiller seg mye fra et normalt variasjonsområde, men skulle det skje vil det kvalitative intervjuet bidra til å forklare slike fenomen.

Ved å forskertriangulere er det også store muligheter til å teoritriangulere. Jeg har basert mitt prosjekt primært på Banduras teorier, men andre teoretiske tilnæringer hadde vært gunstig for å kunne belyse et så stort og omfattende begrep som forventning om mestring og forventning om resultat.

5.3. Praktiske utfordringer

Også noen av begrensingene presentert i 4.0. gjelder for mitt prosjektet.

'Aktørtretthet' er kanskje ikke den største utfordringen i mitt prosjekt. Informantene skal i løpet av intervensjonen svare på en spørreundersøkelse to ganger. I etterkant blir noen av dem intervjuet. Datainnsamlingen skjer altså i tre sekvenser, og dette vil trolig ikke bidra til nevneverdig 'aktørtretthet'.

Underliggende antagelser i utvalget ser jeg kan være en utfordring. Kvalitetsreformen i høyere utdanning fokuserer på alternative vurderingsformer blant annet mappevurdering (Dysthe, Lima og Raaheim, 2006). Det har vært mye fokus på Kvalitetsreformen de senere år, og studentene kan i større eller mindre grad være oppdatert på den. Dette kan medføre at noen svarer slik det er "forventet" ut fra Kvalitetsreformen.

Tid og resurser er en mulig utfordring i mitt prosjekt. Prosjektets størrelse er ikke overveldende, men utfordringen relatert til tid og resurser er at jeg har valgt en sekvensiell strategi. Sekvensielle strategier hvor data samles inn i ulike perioder er mer tidskrevende og mer kostnadskrevende enn data som samles inn parallelt.

6.0. Kort oppsummering

Jeg har i essayet sett på hvilke utfordringer triangulering av metode kan medføre for forskeren, både i forhold til eget vitenskapssyn og i forhold til de mer konkrete, praktiske utfordringene. Jeg har forsøkt å relatere noen av disse utfordringene til eget prosjekt, og har gjennom arbeidet med essayet

reflektert over mitt eget vitenskapssyn. Jeg ser metodetriangulering som et verktøy til å få økt kunnskap om et fenomen, og tror vi reduserer et fenomen ved å hevde at det kun finnes en metode som gjelder. Gjennom arbeidet med essayet har jeg blitt mer bevisst på at en ikke kan fange hele kompleksiteten til et fenomen ved bare å bruke en metode. Helheten kan muligens heller ikke fanges ved å triangulere metoder...

Det synes som om bakgrunnen for å triangulere metoder har endret seg noe. Dette har sannsynligvis medført at også synet på hvilken kunnskap triangulering kan gi har endret seg. Opprinnelig var bekræftelse av funn et hovedmål ved å triangulere metoder. Pendelen synes å ha dreid mer mot at triangulering er et verktøy som kan bidra til et mer komplett bilde av fenomenet som undersøkes. På bakgrunn av denne endringen er det også oppstått andre ord og begrep som forfattere mener er mer dekkende for denne endringen. 'Crystallization' er et eksempel på nye begrep " Crystals are prisms that reflect externalities and refract within themselves, creating different colors, patterns, and arrays, casting off in different directions.[...] Not triangulation, crystallization "(Richardson, 2000 s.934).

Å metodetriangulere vil for mange være mer utfordrende enn andre 'renere' metoder. Likevel er metodetriangulering et redskap til å se ulike sider ved et fenomen, noe som gjør at en kanskje blir mer ydmyk i forhold til fenomenenes kompleksitet, og se at vi kanskje ikke kan (eller bør) fange helhet. "Paradoxically, we know more and doubt what we know. Ingeniously, we know there is always more to know" (Richardson, 2000 s. 934).

Litteraturliste

- Adami, M.F. og Kiger, A. (2005). The use of triangulation for completeness purposes. *Nurse Researcher*, **12**, 19-29.
- Creswell, J.W. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc.
- Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (2000). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. I Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (red.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc.
- Dysthe, O., Lima, I. og Raaheim, A. (2006). Pedagogiske endringer som følge av Kvalitetsreformen. I Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halcomb, E. og Andrew, S. (2005). Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher*, **13**, 71-82
- Holme, I.M. og Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano AS
- Johnson, R. B. og Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, **33**, 14-26.
- Kruuse, E. (2001). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- McEvoy, P og Richards, D. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing*, **11**, 66-78.
- Morse, J.M. og Field, P.A. (1995). *Qualitative Research Methods Health Professionals*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc.
- Pintrich, P.R. og Schunk, D.H. (1996). *Motivation in education. Theory, research and applications*. New York: Prentice - Hall, Inc.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Richardson, L. (2000). Writing. A Method of Inquiry. I Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (red.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication, Inc.
- Risjord, M.W., Dunbar, S.B. og Moloney, M.F. (2002). A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, **34**, 269-272.
- Tashakkori, A og Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology. Combining Qualitative and Quantitative*

Approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Williamson, G.R. (2005). Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Researcher*, **12**, s.7-18.

Essay i vitenskapsteori

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

Taus kunnskap og refleksjon som essensielle deler
av studentenes kunnskapsutvikling

Kjellaug Tvedt Nautvik

Betanien diakonale høyskole

Høst 2006

1.0 INNLEDNING|

Jeg har i dette essayet valgt å skrive om **taus tunnskap og refleksjon** knyttet til praksis og disse begrepenes betydning for de erfaringer sykepleiestudenter gjør seg gjennom praktiske situasjoner i utdanningsforløpet. Innenfor helsefagene er begreper som erfaring, refleksjon og kunnskap beslektede ord. Helsefag er i stor grad praktiske fag der det er et mål å utdanne kompetente og kyndige yrkesutøvere. I dette essayet har jeg et ønske om å se nærmere på hvordan studentene tilegner seg kunnskap i lys av taus kunnskap og hvilken betydning refleksjon har for deres utvikling.

Mitt teoretiske fundament bygger i hovedsak på Michael Polanyi's teori om taus kunnskap og Donald Schøns teori om hvordan en kan tilegne seg kunnskap. Polanyi utviklet en kunnskapsteori for både teoretisk og praktisk kunnskap, og har stått for den klassiske innføringen av det som blir betegnet som taus kunnskap. Han beskriver taus kunnskap som: " We can know more than we can tell." I en nylig publisert doktoravhandling ved Universitetet i Bergen uttaler Yu Zenhua : All kunnskap kan artikuleres , men ikke all kunnskap kan artikuleres verbalt. (Zenhua, 2006) Innebygd i begge disse utsagnene sies det noe om at kunnskapen gjelder ikke bare det som kan uttrykkes språklig, men også det som språklig sett ikke kan forklares eller begrunnes.

(Her sies noe om at kunnskapen er handlingsbåret, at den er basert på erfaringer og at den kan videreføres bare ved at en lærer seg noe den annen kan. I det samme ligger også at den kun kan overføres via praksis, og at den eneste måten å gjøre det på er å lære fra noen som kan. Det dreier seg ikke om to former for kunnskap, men snarere om to aspekter av kunnskap.)

Polanyi selv presenterer et eksempel med at vi kan kjenne igjen et ansikt, vi kan artikulere og kommunisere at vi kjenner det igjen, men vi kan ikke begrunne hvordan vi kjenner det igjen. Å sette ord på og formulere hva vi eventuelt gjenkjenner eller hvordan vi gjenkjenner ansiktet blir for vanskelig for oss.

Schøn utviklet en teori med tanke på praktisk kunnskap, og i denne sammenhengen ble det interessant å se på Schøns teori om hvordan vi tilegner oss kunnskap og den prosessen som skjer i forhold til refleksjon.

Jeg anser prosessen fra fersk student til dyktig praktiker som en viktig periode i formingen til et yrkesliv, og jeg tror at de erfaringene studentene får med seg i denne perioden på godt og vondt vil være med på å farge deres opplevelse – både i menneskelig og faglig forstand.(I den første fasen i studenttilværelsen der de kan sammenlignes med noviser er det viktig at kunnskapen artikuleres, at de hjelpes til å sette ord på tankene sine for dermed å se og oppdage hva de gjør. Her læres og oppfordres de til å reflektere over handlingene sine ved å sette ord på hva de sitter igjen med av erfaringer og kunnskap. Senere i yrkesutøvelsen forventes det at kunnskapen integreres og at de sitter igjen med innebygde erfaringer og kunnskap som de ikke nødvendigvis trenger å uttrykke verbalt, men som sitter i ryggmargen.)

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Gjennom mitt arbeid på høgskolen har jeg vært opptatt av studenters læring og hvilke muligheter de får til å oppleve reelle problemer i praksis. I denne forbindelse har jeg hatt ansvar for prosjekter der studentene har overtatt en avdeling i sykehjem og hatt ansvar for denne 3-4 dager. De har dekket vaktene på dagtid, og 30 studenter har deltatt hvert år. Vi har kjørt dette prosjektet gjennom flere år med svært god erfaring. Prosjektene er alle utført ved 3. studieår i bachelorutdanning i sykepleie, og studentene har dermed en viss teoretisk kunnskap og en del praktisk erfaring med seg i bagasjen på dette stadiet i utdanningen. Studentene skriver sine refleksjoner underveis i praksisperioden, og ved avsluttet prosjektperiode skriver de en rapport og svarer på en del åpne spørsmål. Spørsmålene studentene har besvart har dreiet seg om veiledning, læring og erfaring. Overordnet mål for prosjektet har blant annet vært å legge grunnlag for en yrkespraksis som bidrar til å støtte og utvikle teoretiske og praktiske refleksjoner over arbeidet.

Ved å knytte nærmere kontakt mellom teori- og praksisfelt kan en også få fram erfaringer om praksis som kan føre til endringer og som igjen kan gi studentene gode lærings situasjoner. Studentene har fått veiledning både før og etter prosjektperioden, og det har hele tiden vært veiledere disponible for dem dersom behovet meldte seg underveis. Veileder har ikke vært sammen med dem i avdelingen, men har vært i umiddelbar nærhet slik at om noe skulle skje som de ikke klarte å ordne opp i, så kunne de tilkalle hjelp. Et viktig aspekt er å se på det som skjer i handlingsrommet fra studentene starter opp i avdelingen og til de har gjennomført oppgavene de har i denne perioden. Dette innbefatter ansvar for pasienter og pårørende samt alle de forutsatte og uforutsatte oppgaver og utfordringer de møter på i løpet av travle og hektiske vakter i en avdeling. En dimensjon er også at det synes som studentene tar mer ansvar for egen læring når de blir gitt dette ansvaret uten at vi som veiledere er til stede hele tiden. Dette er et spenningsfelt som jeg ønsker å se nærmere på i avslutningen av dette essayet.

Andre faggrupper har også vært opptatt av å utvikle ny kunnskap for i ettertid bruke dette i praktiske situasjoner i arbeidslivet.

Sent på 90 tallet startet legeföreningen opp kursvirksomhet for leger der målet var økt bevissthet i refleksjon, kompetanseutvikling og nettverksbygging, nettopp fordi en hadde erfart at teori ikke var nok i samhandling mellom mennesker. Deltakerne gjennomførte praksisbesøk i en trygg ramme for selv å bli bevisst på ressurser og sider av seg selv som var skjulte. (Schei, Gulbrandsen, Skjerven, 1998) Å skape en trygg ramme for tilbakemelding, samt gi bekreftelse på egen væremåte og kompetanse var et av siktepunktene. Samtidig som en selv får tilbakemeldinger på egen væremåte, vil en bli klar over egne muligheter, og dette er med på å bevisstgjøre ens styrker, svakheter og utviklingsmuligheter. En hadde oppdaget at profesjonelle fagutøvere må ha praksisnær aktivitet fordi dette gir størst mulighet for reell læring. I neste trinn førte kompetansen til faktiske forbedringer av fagutøvelsen i form av ny kunnskap og ferdigheter.

Under oppsummeringen etter kursvirksomheten ble det sett på hvilke elementer som fremmet læring, og en av konklusjonene var at de viktigste elementene var refleksjon og bevisstgjøring av egen yrkesrolle. Læringen foregår først og fremst gjennom egne erfaringer og selvstyrte læringsaktiviteter. En hadde sett at tradisjonelle former for undervisning og kunnskapsutvikling hadde mindre innvirkning på læringsutbyttet. (Schei, Gulbrandsen, Skjerven, 1998)

Mange av de samme faktorene kan overføres til å gjelde sykepleiestudentene, og artikkelforfatterne foreslår til og med at samme mal kan brukes innenfor ulike profesjoner, og spesielt i helsevesenet. Bedre kvalitet på læringen til studentene er et mål for høyskolene. Jeg ønsker derfor å se på prosessen som skjer med studentene i studietiden og hvordan overføring av taus kunnskap skjer gjennom studentforløpet?

2.0 TEORIDEL

Jeg presenterer her Polanyi og Scøns teori i hvert sitt delkapittel for så å se nærmere på deres tilnærming til praktisk handling.

2.1 Taus kunnskap

Michael Polanyi (1891-1974) var fødd i Ungarn. Han var lege, kjemiker og vitenskapsfilosof. Han arbeidet i Tyskland frem til krigsutbruddet, og reiste deretter til England der han fortsatte arbeidet sitt. Han blir regnet som en antipositivistisk tenker, og hans filosofi ligger i grenseland mellom samfunnsvitenskap og kunnskapsfilosofi. Polanyi har utviklet et begrep om en funksjonell struktur som ligger til grunn for all kunnskap. Denne funksjonelle strukturen er ment å gjelde både praktisk og teoretisk kunnskap, og den er relevant for spørsmålet om hvordan en tilegner seg kunnskap av begge typer. Den tause kunnskapens struktur viser at all tenkning inneholder komponenter som vi registrerer gjennom det vi fokuserer på i tenkningen vår. Strukturen kan tydeliggjøres ved bruk av de engelske preposisjonene **"from"** og **"to"** som har en grunnleggende betydning hos Polanyi. Det betyr at oppmerksomheten rettes **fra** noe, **til** noe annet. Vi har kunnskap om det første leddet bare ved å basere oss på en registrering av det for så å rette oppmerksomheten mot det andre leddet. Relasjonen mellom første og andre ledd vil være taus. Når vi flytter fokus til det andre ledd har vi samtidig fokusert bort fra det første ledd.

(Polanyi ,1967 s.10) Oppmerksomheten flyttes fra første ledd til andre ledd ved at vi fokuserer på hva som er meningen med det vi gjør. I følge Polanyi i *The Tacit Dimension* (1967 s.13) ligger her mange enkelttrekk i situasjonen der vi retter blikket bort fra noe og konsentrerer oss om noe annet. Et eksempel kan være en student som skal bruke et instrument i en prosedyre. Instrumentet må bringes inn der prosedyren skal foregå, og studenten må foreta mange vurderinger underveis i situasjonen. Men når overblikket er tatt og pasienten er klar vil vedkommende rette sin oppmerksomhet mot utførelsen av handlingen mer enn mot instrumentet. Det kan være behov for å sjekke at instrumentet er i orden og fungerer slik det skal, men fokuset blir likevel rettet mot selve prosedyren. Det viktigste her er forståelsen av hva vi utfører, den mening vi har som til slutt utgjør helheten. Den grunnleggende strukturen blir her delt i to ledd. Det første leddet, den proksimale,(proximal) som i dette tilfelle gjelder en praktisk handling får oss til å rette oppmerksomheten mot det andre leddet, det distale, (distal) som er utførelsen av selve handlingen. Dersom dette gjelder teoretisk kunnskap vil det samme gjelde her. Polanyi forklarer dette med at den tause kunnskapens reaksjon blir her selve handlingen, og denne representerer helhetens deler. Selve handlingen trer frem som det betydningsfulle. (Polanyi, 2000)

I de to leddene i strukturen ligger kunnskap som både er uartikulerbar og artikulerbar. I det første leddet ligg det som ikke er artikulert (språklig), men han skiller likevel mellom det som i prinsippet ikke kan artikuleres og det som i prinsippet vil kunne artikuleres språklig. Dette er kunnskap som er dypt forankret i førspråklige og delvis medfødte kognitive evner, (*tacit powers*) og selv om vi vet hva det dreier seg om kan vi ikke forklare eller begrunne det. I det andre leddet ligger den artikulerbare

kunnskapen, denne er bevisst og vi kan til en viss grad forklare den. Dette eksemplifiserer Polanyi (1967) med å ta utgangspunkt i det å kunne kjenne igjen et ansikt. Vi kan gjenkjenne et ansikt blant mange andre, men vi er ikke i stand til å forklare hvorfor vi kjenner det igjen. Noe i det første leddet er vi i stand til å artikulere, men ikke alt. Det tause her gjelder første ledd og forholdet mellom første og andre ledd. Vi er kanskje i stand til å gi en vag beskrivelse, men vi kan ikke forklare hvilke tegn vi kjenner igjen. Han prøver å gi eksempel der han viser hvordan mennesket er i stand til å reagere på faremomenter ved å unngå handlinger som medfører ubehag. Han viser til et eksempel med elektrisk støt der en person ved å høre lyder som fremkommer før selve støtet kommer, lærer seg å gjenkjenne dem. Ved å bruke sin underforståtte kjennskap til delene som fremkalte støtet rettes oppmerksomheten mot selve støtet uten at en egentlig er i stand til å identifisere dem. Gjennom kjennskap og forventet utfall kan en handle slik at en unngår det ubehagelige i det oppmerksomheten rettes fra noe, til noe annet. (Polanyi 1967 s.8)

To begreper han presenterer i denne sammenhengen er "wissen" og "können". Den funksjonelle strukturen for all tilegning av kunnskap gjelder både **wissen og können**, det vi vet og det vi kan. Både praktisk og teoretisk kunnskap har samme generelle underliggende struktur. I følge Polanyi er det vi er i stand til å sette ord på langt fra uttømmende for den kunnskapen vi har. I forhold til det ontologiske aspektet ved taus kunnskap er det for Polanyi slik at det en har kunnskap om, og måten kunnskapen tilegnes på, sier noe vesentlig om det en har kunnskap om. Videre hevdes innlevelse og internalisering å være to viktige aspekter i Polanyis teori. Gjennom vår erfaring vil innlevelse og internalisering legge ny erfaring til, og vi vil oppnå ny kunnskap. Ifølge Polanyi er et viktig aspekt i utviklingen av taus kunnskap den prosessen som ligger bak selve handlingen. Han presenterer selv et eksempel på en blind mann med stokk. Stokken blir hans forlengede arm og han kan fungere svært godt uten å se. De handlinger som utføres er internalisert i kroppen og han handler i en kontekst av bevisst og ubevisst kunnskap. Vi ser at han aktivt forankrer det mentale i den kroppslige strukturen, og kunnskap blir en prosess der individ og kultur samspiller. Prosessen krever ulike forutsetninger, og kan sammenlignes med det hvert menneske oppfatter, det sitter i "kroppen" og er en del av våre erfaringer. Bertil Rolf (1995) som har tolket Polanyis teori skriver i boken: Profession, tradition ock tyst kunnskap at taus kunnskap har sine røtter i en handling som blir foretatt og settes dermed inn i en kontekst. Kunnskap blir integrert og synes å bli en del av personen. (Rolf,1995)

2.2 Refleksjon

Donald Schön (1931-1997) var født i Boston, USA. Han var filosof og spesielt opptatt av kunnskapsformer. Han presenterer to termer han kaller refleksjon i handling, og refleksjon over handling. Schön utviklet en teori for praktisk kunnskap, og var spesielt opptatt av situasjonen praktikerer står i. Han mente at hver situasjon er unik, og opplevelsen er individuell. Dette var samtidig en kritikk av at en ikke bare kan følge boken, men alle må lære gjennom egne prosesser. Et begrep som forbindes med Schön er " *skjønn* " som kan forklares som et innslag av dømmekraft som også peker på det individuelle og spesielle.(Martinsen, 2005)

Refleksjon i handling skjer når vår handling omformes av vår tenkning samtidig som vi utfører handlingen. Refleksjon **over** handling går på å tenke tilbake på det en har gjort for å se om den kunnskapen en hadde i handlingen var med på å påvirke resultatet. Refleksjon refererer til overveielse eller betraktning. Sentralt i refleksjon ligger et element av gjenkjennelsesberedskap, som igjen åpner for videre handling. En handling er uløselig forbundet med en refleksjonsprosess som

agerer hvordan vi skal handle og vet hva vi gjør. (Schøn, 1983)

Å reflektere betyr for studentene at de må tenke gjennom situasjonen, hva som skjer, hvorfor det skjer og hvordan en reagerer på det som skjer. Videre må de handle på bakgrunn av hva de da har reflektert over. Innen all utdanning er refleksjon et redskap for bevisst kunnskapstilegnelse. Ved å reflektere over konkrete situasjoner kan studentene oppdage nye sider både ved seg selv og ved fenomenene de undersøker. I refleksjon vil kunnskapen være bevisst for personen. Jeg tror at det å reflektere over erfaringer kan hjelpe studentene til å se sammenheng mellom utførte handlinger og resultater. I en sykepleiers møte med pasienten vil alltid skjønnet ha betydning for utøvelse av omsorgen. Dette betyr at refleksjonen har etiske aspekter som må overveies i utøvelse av sykepleie, men den henspiller samtidig til den makt som sykepleieren dermed kan utøve. (Thomassen, 2006)

Til slutt vil ens handling være påvirket av forventninger, både de forventninger en har til seg selv, og andres forventninger. Alt dette synes å være med på å påvirke ens adferd. Schøn (1983) skriver i boken *The Reflective Practitioner* at den reflekterende praktiker må bygge kunnskap, og at kunnskap stiller krav om den andres erfaring. Samtidig sier han at all profesjonell praksis har et element av repetisjon. Dermed er en viss gjenkjennelse i situasjonen overførbar til lignende situasjoner en kommer opp i. Schøn bygger på John Deweys syn på oppdragelse og betydning av erfaringer. Schøn er opptatt av å ikke bare fokusere på kunnskap som *produkt*, men også på prosessen bak kunnskapen. Refleksjonen kan gjerne ta utgangspunkt i eksakt kunnskap, mens taus kunnskap blir beskrevet som kunnskap som ikke kan uttrykkes eller forklares. Kunnskapen er i utgangspunktet ubevisst. (Schøn, 1983)

Et eksempel på dette kan være studenten som utfører en prosedyre i avdelingen der en må ha hjelp fra en kollega for at redskapene skal kunne brukes riktig. Vedkommende hjelper kan være uenig i utførelsen fordi det kan være ulike måter å angripe situasjonen på. Gjennom samhandling kan de finne frem til en god løsning der de er avhengig av å diskutere utfra tidligere erfaringer. Slik sett kan taus kunnskap analyseres, vurderes og settes ord på og dermed gjøres om til handlingskunnskap. Nytt utstyr og nye erfaringer gjør at taus kunnskap også foreldes, og det er viktig at vi får ny kunnskap på bordet. Det viktige er å gjøre denne kunnskapen bevisst for å utnyttes bedre. Som sykepleiere skal vi utøve og lære fra oss et praktisk håndverk, derfor er det viktig at vi ikke låser oss i innlærte mønstre. Her kan vi ved hjelp av refleksjon komme frem til nye måter å handle på.

2.3 Praktisk kunnskapstilegnelse sett i lys av taus kunnskap og refleksjon

Fra denne teoretiske vinklingen velger jeg å snevre inn fokuset og se på hvilken betydning teorien har for den praktiske kunnskapen.

Både Polanyi og Schøn er opptatt av praktisk kunnskapstilegnelse, og fremholder at denne kunnskapen er både personlig og taus. Samtidig har de ulike syn på hvordan kunnskapstilegnelsen skjer. Rolf (1995 s.110) tolker Polanyi dit hen at praktisk kunnskap alltid hviler på regler. Reglene knyttes mot praktisk kunnskap, og følges av meningen med handlingen. Først kommer praktisk kunnskap som innebærer at handlinger kan utføres bedre enn om man er uten denne kunnskapen. Samtidig finnes det en standard for hva som er bra og hva som er dårligere. Handlingen kan da utøves i samsvar med standarden eller man kan etterstreve å gjøre den på en bestemt måte fordi en vet at den ene måten er bedre enn den andre. I følge Rolf mener Polanyi at praktisk kunnskap forutsetter at man kan utøve standarden for å kunne skille det som er bra fra det dårligere, og at her ligger den tause kunnskapen. Dersom en student skal sette en injeksjon finnes det en standard

prosedyre. Studenten kan utføre dette, men det er pasienten som kan si om måten studenten gjorde det på var behagelig. Etter hvert som studenten får mer erfaring vil vedkommende vite noe om hva som er best teknikk for at det skal kjennes behagelig for pasienten. Gjennom erfaring får studenten vite noe om hvordan den ene måten å utføre en handling på kan være bedre enn den andre. Kobler vi dette til Polanyis teori ser vi at studenten flytter fokus fra selve utførelsen, "stikket", til pasientens opplevelse av hvordan prosedyren ble utført. Novisen er opptatt av utførelsen mens den kyndige flytter fokus til handlingen og opplevelsen av den.

Videre presenterer Rolf (1995) tre ulike former for praktisk kunnskap og knytter disse mot Polanyi og Gilbert Ryle. Han skiller mellom skikkethet, - kunnskap uten refleksjon, - og kunnskap inkludert refleksjon. Skikkethet betegnes som en ferdighet som er lært gjennom erfaring. Kunnskap uten refleksjon forutsetter intelligens og omdømme, og kunnskapen utøves i tråd med sosiale regler. Den siste formen sammenlignes med refleksjon, der utøver må ha kompetanse, sosiale antenner og stå inne for kvalitet. (Rolf, 1995) Her har den som er kompetent til å utføre en oppgave et ansvar overfor den som skal lære. Han viser til at den kompetente skal vise hvordan den lærende skal gjøre. Hvis vi sammenligner dette med opplæring innenfor sykepleiefaget synes dette å være det samme som forholdet mellom mester og lærling. I sykepleie- litteraturen til Patrica Benner beskrives forholdet mellom ekspert og novise. (Martinsen, 1991) Den erfarne praktiker blir av flere sammenlignet med eksperten. Fra å være nybegynner der alle regler følges går eksperten over til å gjøre vurderinger på bakgrunn av intuisjon. I boken Den tause kunnskapen presenterer Torunn Hamran (1986) et sitat av Polanyi som er beskrivende her.

"Rules of art can be useful, but they do not determine the practice of an art: they are maxims, which can serve as a guide to an art only if they can be integrated into the practical knowledge of the art. They cannot replace this knowledge. (Hamran, 1986 s.67)

Schøn var spesielt opptatt av refleksjonens betydning for å oppnå handlingskompetanse. Han tar til orde for at "skjønnets" har stor betydning for erfaringer og hva en er i stand til å oppfatte. Schøn var opptatt av det bevisste og artikulerbare. På bakgrunn av Schøns teori har Kari Martinsen skrevet mye om skjønnets betydning i sykepleiefaget, og hun skriver at skjønnet er et fortolkningsarbeid basert på et virksomt språk. Språket gir opphav til resonnementet, og ligger i tillegg i bunnen for et resonnement. (Martinsen, 2005)

Dette finner vi igjen i et utsagn av Schøn som gjengis i Molander (1996) "Det paradox som ligger i lærandet av en helt ny kompetens är denna: att en student inte från början kan förstå vad han behöver lära sig, det kan han förstå endast genom att lära sig själv, och lära sig själv kan han endast genom att börja göra det han ännu inte förstår." (Molander 1996,s.154) Schøn kaller dette at en har "lært seg å lære." Levende kunnskap er alltid en del av en større sammenheng av spørsmål og svar, oppgaver og utfordringer. Kunnskap kan ikke anvendes som mål/middel tenkning. Alle står i en unik situasjon og en må underveis se hvordan en kan bruke den artikulerte kunnskapen. I dette ligger også at det finns et overordnet nivå i refleksjon som praktikerens blir nødt til å formulere. En kan sammenligne det med et eksperiment der en må prøve seg frem for å finne rette konteksten.

Studentenes ferdigheter i praksis vil alltid utvikles gjennom ulike aspekter. Refleksjon, utforskning og erfaring er alle elementer i utviklingen av deres ferdigheter. Trygghetsfaktoren i de ulike situasjonene vil avgjøre hvordan studentene takler utfordringen de blir stilt overfor. En student som gjennom praktiske situasjoner har en erfaring med seg /bak seg, er tryggere i nye situasjoner enn de som ikke har denne erfaringen. Når vi passerer grensen for det kjente oppstår behovet for å eksperimentere og improvisere. Dette kaller Schøn refleksjon i handling. (Schøn,1983) For å kunne være reflektert i handling krever det også at man må være oppmerksom.

Praksiskunnskapen ligger i å være reflektert i selve handlingen. I enhver handling inngår noe som er kjent. Refleksjon har også noe med konsentrasjon å gjøre, en må bevisst søke å være opptatt av det som foregår i handlingen. Et eksempel på dette kan være en operasjonssykepleier som står ved operasjonsbordet for å assistere. Dersom hun flytter fokuset fra oppgaven hun har hos pasienten/kirurgen, til å tenke over hvor mange kluter hun egentlig har vil hun fort misse kontrollen i arbeidsoppgavene. Hun vil bli forvirret, og vil ikke klare å ha den oversikten som det kreves at hun skal ha. Hun vil misse fokus på oppgaven. I følge Thommassen (2006) spiller taus kunnskap inn i alt vi gjør, i alt vi oppfatter, og alt vi forstår. Kunnskapen omfatter mer enn innlærte ferdigheter som viser seg i kompetent handling, den gjelder også integrerte ferdigheter fra ubevisst erfaring. Et eksempel kan være som når sykepleieren oppdager at noe er galt med pasienten baseres dette på umerkkelige tegn, en kunnskap som vedkommende ikke er i stand til å forklare. Sykepleieren uttaler at hun vet ikke hvorfor, men hun vet at noe er galt. I dette ligger intuisjon og en fortrolighet til det hun ser og oppdager. Schøn påpeker at den kyndige praktiker i slike situasjoner er oppmerksom og har et overblikk som gjør at en holder flere alternativer åpne som levende muligheter i sin handling. I denne prosessen er vedkommende oppmerksom og lærende, og beskrives som en reflektert praktiker. (Molander, 1996) Eksperten trer frem i det intuisjonen baseres på erfaringer fra en internalisert kontekst, noe en gjenkjenner og kan bruke i sin videre handling (Thommassen, 2006) Sammenligner vi de to teoriene ser vi at selv om de har forskjellige syn har de også noen sammenfallende trekk i synet på praktisk kunnskapstilleggelse.

3.0 DISKUSJONSDEL

I prosjektet er studentene midt i sitt 3. studieår. Dette betyr at de har en viss teoretisk og praktisk kunnskap med seg fra 1 og 2 året når de deltar i prosjektet.

3.1 Praksis læres i praksis.

Jeg har valgt i esseyet mitt å ta utgangspunkt i praksisprosjektet og det jeg opplever skjer i forhold til læring i denne perioden. Hovedårsaken til denne vinklingen er at jeg opplever at det er i praksisfeltet studentene får de beste og mest reelle læringssituasjonene. Å formidle teoretisk kunnskap er ikke nok for den forståelsen studentene har behov for i forhold til yrkeskompetanse.

I tillegg er det viktig at studentene får forståelse for denne praktiske kunnskapen som er lite dokumentert i pensumbøkene. Det ligger en del begrensninger i ensidig teoretisk kunnskapsformidling, og det er ingen selvfølge at teoretisk kunnskap bidrar til forståelse av praktiske situasjoner og reflektert praktisk handling. Derfor er det viktig at vi kan utnytte til fulle den tause kunnskapen slik at vi kan bruke den overfor studentene i læringssituasjonen.

Kari Martinsen (1991) er også opptatt av taus kunnskap i sykepleieutdanningen. Hun viser til at mye viktig kunnskap er delvis uttalt og taus, og uløselig knyttet mot praksissituasjoner. Gjennom å

observere dyktig utført arbeid, og ved å samarbeide med gode veiledere, lærer sykepleierstudentene mye verdifull kunnskap de bare delvis vil være i stand til å sette ord på. Kunnskapen er like mye preget av holdninger, innlevelse og sosial følsomhet som av teoretiske kunnskaper. (Martinsen, 1991) Når Zenhua (2006) skriver at all kunnskap kan artikuleres, men ikke all kunnskap kan artikuleres verbalt synes dette å være et utsagn som også peker mot den handlingsbårne kunnskap som baseres på erfaringer som videreføres ved at noen lærer en, viser en, eller etterspør hvordan en har tilegnet seg kunnskapen. I skolen jobber vi med studenter som oppfordres til å vurdere, reflektere og erfare, og vi etterspør og forventer at studenten har handlingskompetanse i forhold til de ulike nivåer i utdanningen.

Som vi ser påpeker Schön (1983) at skjønn er et viktig aspekt i vurderinger og handlinger. Skjønn kan forklares med et sett av ulike faktorer, intuisjon, erfaring, og personlighet. Dersom en god læreprosess skal lykkes er det viktig at studentene får tid og rom til å se aspektene situasjonen representerer, de må oppdage gjennom egne opplevelser og læres til å handle på utfordringer de møter. Slik jeg ser det vil læring gjennom erfaring bidra til at studentene oppnår en handlingskompetanse til å ivareta oppgaver knyttet til yrkesfunksjonen. Samtidig får de erfaringer med hvor viktige roller de enkelte representerer og hvordan de kan dele læringserfaringer. Bruner (1998) hevder at prosessen i seg selv er viktig fordi den fremmer læring generelt, og fordi den motvirker opplevelser som fremmedgjøring og hjelpeløshet.

I løpet av utdanningen skal studentene tilegne seg kunnskap av ulik art. De skal tilegne seg teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, og de skal lære seg ferdigheter i ulike prosedyrer og arbeidsoppgaver. Alle disse formene for kunnskapstilegnelse krever aktiv tilnærming, men de vil også etter hvert stå overfor situasjoner som krever kunnskap som ikke alltid er bevisst. Denne formen er taus kunnskap, og her kreves intuisjon og internalisert kunnskap. Studentene må både vite og kunne for å bli kompetente yrkesutøvere. Det vil si at de må ha teoretisk og praktisk kunnskap. De må være reflekterte, kunne vurdere en situasjon og de må kunne ta beslutninger i praksis. (Martinsen, 1991) Dersom pasienten som går sammen med dem opp trappen plutselig blir tungpustet og dårlig må de kunne "lese" situasjonen. De må reflektere over hva årsaken kan være, de må vurdere situasjonen på bakgrunn av de "ser" og det de "vet", - og det forventes at de tar beslutninger om handlinger i forhold til situasjonen.

3.2 Studentenes egne erfaringer

Plutselig gikk det opp for meg hvor mye erfaring betyr. Jeg følte meg helt blank.

Det å få utføre tingene selv uten at andre forteller meg det er kjempeviktig. Jeg fikk erfare at jeg klarte det. Erfaring og læring er nært knyttet opp mot hverandre, men samtidig er ikke overføring av læring nødvendigvis det samme som erfaring. Å overføre læring kan være å gjengi noe som andre viser en. En kan gjennomføre en prosedyre ved å etterligne hva en er blitt vist og fortalt, men denne kunnskapen kan være teoretisk og overfladisk. Dersom ingen problemer oppstår klarer en å gjennomføre denne prosedyren også senere, men dersom komplikasjoner oppstår kan en fort få problemer. En erfaring er derimot en læringssituasjon der en lever seg inn i prosedyren, tenker gjennom hva som skjer og kan skje, og reflekterer over hva som kan gjøres dersom komplikasjoner oppstår. Vi snakker da om integreert

kunnskap.(Polanyi,2000) Igjen synes jeg å se helhetsperspektivet, der meningen blir viktig for den som utfører oppgaven.

Fordi mandagen ble kaotisk kom vi på hælene. Vi var ikke forberedt på hva vi gikk til, alt dette kunne vært unngått hvis vi visste hva som møtte oss. Det vil si, vi var forberedt, - teoretisk sett da, men vi skjønnte det ikke før vi stod midt oppi det.

Her ser vi at studentene har gjort seg noen erfaringer fra første dag i avdelingen, de har reflektert over hva som gikk galt og de har tatt grep for å unngå å gjøre samme negative erfaringer en gang til. Her har de jobbet bevisst for å klare å få dag to i avdelingen til å bli bedre enn den første. Jeg antar at de både har reflektert bevisst over situasjonen og at de har fått med seg noen erfaringer på veien. Schön viser til den kompetente yrkesutøveren som ikke alltid kan gi presise beskrivelser av problemet de står overfor, men de vil tenke over hva de gjør. De vil se på situasjonen med et oppmerksomt blikk og prøve å legge merke til hvordan de handler. Det vises til at de vender tanken tilbake til handlingen og den kunnskapen som ligger implisitt i handlingen. Thommassen (2006) viser til at praksis er en prosess som går over tid, og at praksis består av sammenhengende handlingssekvenser. Dette får studentene til å stoppe opp og se ting i ettertankens lys for så å tenke over hvordan de kunne handlet annerledes, hva de kunne gjort i forhold til hva de selv forventet å skulle gjøre. Thommassen (2006) refererer til at vi lærer av erfaring i det vi pendler mellom handling og *refleksjon over handling* i ettertid.

Mandag gikk vi to og to for å fordele og delegere. Vi var nye og usikre, og mye mer forsiktig i stellesituasjonen enn strengt tatt nødvendig.. Vi kom på etterskudd og vi glemte oppgaver vi skulle gjort. Det ble mye rot. Neste dag var vi mye mer skjerpet, vi hadde lært fra dagen før.

Jeg tror den prosessen de beskriver her vil være en begynnelse på det Schön kaller dette at en har "lært seg å lære." Levende kunnskap er alltid en del av en større sammenheng av spørsmål og svar, oppgaver og utfordringer. Derfor er en avhengig av en helhetsforståelse. Her vises et eksempel på at det ikke går an å lene seg til prosedyrer eller lese i boken hva en skal gjøre. Studentene må oppleve og erfare det selv før det går opp for dem. Selv om studentene blir fortalt hva som kreves av dem "forstår" de ikke helt hva som kreves av dem før de får erfare hva det vil si i praksis. Når Polanyi skriver om integrert kunnskap vil jeg tro det er dette som menes. Integrert kunnskap er usynlig, men en viktig faktor i en persons bevissthet.

Lundstøl refererer til en artikkel av Karen Jensen hvor hun sier at det har vært vanlig å tenke at man blir profesjonell når man stripptes for alle de forutsetningene man har med seg inn i læringssituasjonen. Hennes eget synspunkt er at virkelig profesjonell blir man bare hvis det nye man lærer, blir inkorporert i forhold til ens livsløpskunnskap. (Lundstøl, 1999)

Først når en har forstått at ens egne tankebygninger ikke holder, at en er forutinntatt på bakgrunn av slik en tror situasjonen vil oppleves forstår en betydningen av å gi slipp på tidligere forutsetninger.

Molander (1996) beskriver det som at tankene omformes om det vi gjør mens man handler. Når vi forlater det kjente, våger vi å eksperimentere. Vi blir åpne for ulike muligheter, og vi har overblikk over situasjonen. Enhver handling inngår alltid i en større meningssammenheng. Det er denne meningssammenhengen som bidrar til at en handling blir forståelig. Handlinger består av mange deler som først gir mening når de settes inn i en sammenheng. Å forklare og prøve å gi innsikt er noen av de ulike delene som studentene må forholde seg til. Men først når delene utgjør en helhet forstår de betydningen slik at de virkelig forstår at dette angår dem.

Vi oppdaget raskt at vi hadde forberedt oss for dårlig for oppgavene i avdelingen. Vi skulle ha gjort mye bedre nytte av hospiteringsdagene. Læreren forklarte så mye, men tror ikke vi skjønnte det før vi stod der.

Igjen ser vi betydningen av å stoppe opp, tenke gjennom hva som egentlig skjedde dagen før og reflektere over hva de kunne endre. Det synes som Rolf (1995) tolker Polanyi dit hen at vi kan tilegne oss og forankre kunnskap i praksis når disse blir fulgt opp av andre. På samme måte kan ferdigheter forbedres. (Rolf, 1995)

3.3 Erfaring gir trygghet

Trygghet dreier seg i denne sammenheng om å tilegne seg en kompetanse til faglig å vurdere og handle utfra, og at en kan grunnngi vurderingene og handlingene gjennom refleksjon

Det var vanskelig når pasienten var så dårlig. Alle de pårørende som kom, og jeg måtte prøve å svare. Jeg måtte stole på at jeg handlet rett. Det var en god følelse, gav meg liksom trygghet. Ingen kunne ha fortalt meg hva jeg skulle gjøre da. Jeg måtte stole på meg selv. Jeg kan ikke forklare det.

Studenten legger vekt på at selv om det opplevdes vanskelig så torde de å stole på seg selv og sin egen faglige kunnskap. Dette krevde at vedkommende tok i bruk sider ved seg selv som til da kanskje var ukjente. Rent medmenneskelig er det å være omsorgsperson overfor pasienter og pårørende i en situasjon der pasienten er dårlig, er en krevende oppgave. Det krever at en tar i bruk ulike sider av den kunnskapen en har, en skal kommunisere, informere, opptre etisk forsvarlig, gi omsorg, være medmenneske, gi trøst og samtidig opptre profesjonelt. Ingen lett kombinasjon, noe som skinner igjennom utsagnet. Samtidig er det lett å spore at studenten har fått nye erfaringer og vunnet ny kunnskap gjennom oppgaven.

Når lærer var innom på avdelingen følte vi at de stolte på oss og de avgjørelsene vi tok. De gav oss ansvar og muligheten til å løse problemene og oppgavene selv, uten noen kontrollerende funksjon. Det gjorde igjen til at vi følte oss tryggere på oss selv og at vi hadde lyst til å klare oppgavene på egenhånd. De gav oss et stort ansvar som vi tok, og vi greide det sammen.

Læringssituasjonene kan ofte være både personlig krevende og innebære opplevelsesmessige utfordringer. Schön (1983) peker på at enhver situasjon er unik og at det finnes en ubestemt handlingssituasjon der det kreves en løsning. Nettopp denne refleksjonen må studentene foreta. De må ofte "ta" situasjonene der og da, og får rikelig anledning til å bruke både teoretisk og menneskelig kunnskap. Erfaringen studentene utvikler gjennom praksisnære oppgaver har nær tilknytning til refleksjon. Deres egen bevisstgjøring og hvordan de knytter denne til erfaringer er sentrale aspekt. Disse tankene responderer med det studentene gir tilbakemeldinger på, at først når de får sine erfaringer i møte med pasienter, pårørende og kollegaer ser de hva det innebærer i praksis. Molander (1996) viser til at enhver handling er spesiell og preget av usikkerhet og verdivalg, men at etter hvert som en utvikler kunnskap vil dette endre seg. Den reflekterte praktiker vil bli bevisst disse utfordringene og vil derfor våge å improvisere og eksperimentere i de ulike handlingene. Dette gjenspeiler trygghet og refleksjon.

Erfaringene har gitt oss en opplevelse av trygghet, ro og bedre mestring av rutiner og arbeidsoppgaver. Alle tok sin del av oppgavene. Selv om det var hektisk til tider kommuniserte vi godt sammen og kom i mål.

Dette kan tolkes som at studentenes erfaringer gjenspeiler en vekst og utvikling, noe mange studenter også har gitt uttrykk for i rapportene sine. Et sitat fra en student kan bidra til å understreke dette.

Jeg er ikke så grønn lenger, jeg klarte ting jeg aldri hadde trodd før. Jeg måtte bare lære å stole på meg selv.

Molander (1996) skriver i boken Kunnskap i handling at en reflektert praktiker er en kyndig praktiker. Handlingens hensikt bestemmes av helheten. Ifølge Molander (1996) blir begrepet refleksjon i handling assosiert til hva man tenker om det man gjør, altså en reflektert handling. En reflekterer over det man gjør, og i ettertid når en har fått litt avstand til handlingen tar man et tilbakeblikk og ser på den handlingen en har utført.

3.4 Kunnskap og ansvar

Gjennom prosjektene i avdelingen har jeg erfart at studenter som opplever trygghet også tar mer ansvar i de arbeidsoppgavene som skal utføres. Trygghet er en grunnleggende faktor som har stor betydning for hvordan studenten fungerer i avdelingen, og ikke minst hvordan de opptrer i samarbeidsrelasjoner. Studenter som har fått erfare at de har taklet utfordringer ved å stole på egen kunnskap og erfaring har også "stått opp" på en annen måte når det gjelder å ta ansvar.

Polanyi viser til innlevelse og internalisering når han sier at vi løfter blikket fra enkeltdelene og mot helheten. Vi er ikke i stand til alltid å spesifisere enkeltdelene som vi retter vår oppmerksomhet mot, men ved å rette oppmerksomheten mot en sammenhengende helhet trer meningen frem for en. Denne tause kunnskapsevnen er et viktig element i all kunnskap.(Polanyi, 2000) Jeg tror at også studentene opplever dette. Fra å ha en rolle som samarbeidspartner går de over til rollen som ansvarsleder og ballfordeler. De får et annet perspektiv på rollen sin som "ansvarlig". Ansvaret

oppleves mer tyngende, og de får et forhold til ansvarsrollen som de aldri har kjent på før. Denne rollen gjør noe med dem, og de ser på meningen snarere enn på enkeltrollen.

Schøn viser til at en reflekterer over gjennomførte handlinger, om en gjorde riktige vurderinger og handlet rett. Det er tydelig at studentene som opplevde frustrasjon på grunn av at noen ikke "så" oppgavene som ventet hadde reflektert over dette.

Vi ble frustrerte over at "de" ikke så at det var oppgaver igjen å gjøre, de satt på vaktrommet mens vi løp.

Noen studenter vil også gjerne ha en lederrolle fordi de vil sikre seg at ting blir gjort "skikkelig" Denne kunnskapen er personlig, den involverer studentens personlighet, og den krever dens ytelse. Polanyi (2000) betegner en slik person som karaktersterk, og at vedkommende opplever en følelse av ansvar. I denne rollen må vedkommende bruke sin dømmekraft og sin kunnskap.

Under gjennomføringen møtte vi på mange utfordringer. Det var til tider svært hektisk, mye mer enn vi hadde forestilt oss. Vi kommuniserte og samarbeidet bra og løste problemene.

I all undervisning er dialogen en viktig faktor for å gi studentene ny kunnskap. Gjennom samtaler og veiledning kan det skapes en felles forståelse og ny kunnskap kan modnes frem. Molander refererer til at dialogen er en kommunikasjonstype hvor tanker slipes og replikkene formes.

En dialog krever ærlig og åpen kommunikasjon og en må være villig til å slippe andre inn i egen verden. "Den virkelige dialogen begynner der teksten slutter." (Molander, 1996) Kunnskap og kompetanse kan ikke overføres direkte fra ett menneske til et annet. For eks kan ikke en musiker overføre innlevelsen til den som hører på. Denne personen må selv utvikle sin innlevelse gjennom sitt selvbilde, sin ferdighet, holdning, etc. Den lærende, studenten, må være i situasjonen for å erfare utfordringen i hele sin kompleksitet. Først da får en mulighet til å bruke sin eksisterende kompetanse og utvikle nye handlingsmønster som svarer til situasjonen. Det studentene erfarer synes å bekrefte det Martinsen skriver om språkets og refleksjonens betydning for god omsorg for pasienten. (Martinsen,1991, Martinsen, 2005)

Dette var en praksisperiode vi ikke ville ha vært foruten! Vi fikk en unik sjanse til å prøve oss på organisasjon, samarbeid og å ta ansvar. Tror ikke vi kunne lært det på noen annen måte, hva det egentlig vil si.

Molander (1996) beskriver forskjellen på Schøns kunnskap i handling og refleksjon i handling som følgende: Den kyndige praktiker er oppmerksom i sin handling, og holder flere alternative muligheter åpne for handlingen. Vedkommende har overblikk over situasjonen og følger med på hva som hender og er forberedt på hva som kan hende. Den kyndige praktiker ser enhver situasjon som unik og er slik sett forberedt på at uventete ting/situasjoner kan inntreffe. Denne beredskapen betyr at den erfarne praktiker ikke opplever usikkerhet i situasjonen. Vedkommende har en innebygd beredskap i utøvelse av handlingen og kan lett endre denne hvis noe uventet skulle oppstå. En viktig del av praktisk kompetanse består i å kjenne igjen ulike hendelser og dermed være i stand til å bedømme dem. Det er viktig å kjenne igjen uttrykk for å kunne vurdere hva som bør gjøres. Dersom en står overfor en dårlig hjertepasient kan gjenkjennelsesmomentet være det viktigste å tolke, ikke

utfra hva pasienten eller journalen sier eller forteller, men utfra de erfaringene pleieren sitter inne med fra lignende eller tidligere situasjoner. Det kan være ansiktsuttrykk, hudfarge, adferd etc. Denne type taus kunnskap kan være avgjørende for pleierens handling og dermed resultat av videre behandling. Intuisjonen en erfaren pleier sitter inne med kan i verste fall være avgjørende for et godt eller dårlig utfall av videre behandling. Studentene må lære seg både hva og hvordan handle gjennom praktiske situasjoner. Studenten vil oppdage og tilegne seg kunnskap om hva og hvordan gjennom å få gjøre det selv.

Veilederen skal hjelpe studenten i prosessen, men det er studenten selv som må utføre siste skritt.

Kommunikasjon og betydningen av klar og direkte kommunikasjon blir tydelig for utøverne av de ulike oppgavene. Som gruppe er studentene avhengige av hverandre, og samhandlingen som skjer er selve drivkraften. Dette fikk deltakerne i prosjektet oppleve, og det gikk opp for dem hvor stor betydning dette hadde for avklaringen dem imellom, blant annet når det angikk fordeling av arbeidsoppgaver. Å være i endring forutsetter både uforutsigbarhet og utrygghet i situasjoner. Tryggheten kan oppleves vaklende eller fraværende, og ofte blir sammenhengen i ansvarsfordeling mer tydelig når ansvaret blir deres eget. De må ta tak på en annen måte enn tidligere, og vi ser også at ansvaret tynger. Opplevelsen blir forsterket av at de vet de må stole på seg selv. Samtidig gir det styrke å erfare at de mestrer situasjonene de står overfor, og de får mulighet for å videreutvikle sider ved seg selv som ikke alltid er så synlige. Dette ser vi spesielt når de står frem og tar ansvar for oppgaver de ikke har vært borte i tidligere, og når de velger seg lederposisjoner i den hensikt at de er redd for at andre ikke strekker til. Et aspekt kan selvsagt også være at de føler de har en viss innsikt, en kompetanse som de anser at andre kanskje ikke har. Personlig engasjement kan også være en forklaring som fører til et ønske om å være leder. Noen har kanskje en tanke om å få prøve seg i en lederrolle for å finne ut om en liker det og nytter muligheten for å se hvordan de fungerer. Motivene kan være så ulike, men det vi ser er at også lederne får erfaringer de sier de aldri ville opplevd andre steder gjennom utdannelsen. Oppgaven deres er veldig krevende og utfordrende. For noen betyr denne erfaringen at de senere havner i lederstillinger fordi erfaringen var såpass positiv at de gjerne ønsker slike posisjoner senere i yrkeslivet.

4.0 KONKLUSJON

Gjennom dette essayet har jeg sett på hvordan refleksjon og taus kunnskap kommer til uttrykk gjennom studentenes hverdag. Min erfaring ved å gi dem reelle situasjoner der de selv er de viktigste instrumentene får de en unik kunnskap med seg på veien videre. Kunnskapen er vanskelig å dokumentere, men ved å få innblikk i utsagn og tanker dannes det et bilde av tilegnet ny kunnskap. Som noviser har de behov for å reflektere høyt og lære seg å sette ord på hva de har tilegnet seg av opplevelser og erfaringer. Jeg både hører og ser at de har vanskelig for å uttrykke eller artikulere hva kunnskapen består i, men registrerer at den likevel har satt dype spor i dem.

Jeg tror at de kan lære å bruke sine erfaringer og det de har lært både praktisk og teoretisk, men tror likevel det alltid vil være et element av taus kunnskap i det de gjør. Ubevisst kunnskapen vil alltid være en viktig del av deres kompetanse videre, og ved aktivt å reflektere over sine handlingsmønstre og den prosessen de er i vil de komme frem til nye erkjennelser. Gjennom veiledning kan skolen legge til rette for personlig vekst og utvikling hos den enkelte student, men det er viktig at studenten gjennom samhandling med andre ser betydningen av ens egen rolle i arbeidet. Jeg synes å se at

studentene fikk erfare dette, og jeg tror at gjennom de ulike erfaringene vil studenten utvikle sin egen personlige kompetanse. Resultatet av å være med i disse prosjektene har etter deres egne utsagn vært vekst, nye erfaringer, faglig og personlig selvtilit, samt evne til å se behov og begrensninger på nye måter. Flere uttaler også at de har lært seg ting de ikke klarer å sette ord på eller forklare. Dette skjer oftest i samhandling med pasienten der de må ta i bruk følelsesregisteret sammen med kunnskap og erfaringer. Slik jeg tolker det er dette "taus kunnskap." Alle studentenes kommentarer vil jeg si dreier seg om utviklingen av menneskelige og faglige kvaliteter, og er et ledd i utviklingen av kyndige sykepleiere. Den tryggheten de erfarer ved å gjennomføre og mestre oppgavene i avdelingen tror jeg vil være av avgjørende betydning for hver enkelt student. Der studenter opplever trygghet i sine omgivelser og i forhold til de oppgaver de har tror jeg dette vil føre til positive ringvirkninger i arbeidsmiljøet. Dersom studenter og nyutdannede sykepleiere opplever en grunnleggende trygghet i arbeidssituasjonen slipper de bruke unødig energi på dette. Skal vi utdanne selvstendige sykepleiere som senere kan videreutvikle faget i praksis, må denne grunnleggende tryggheten være tilstede.

Vi vil anbefale alle studenter til å få prøve dette. Jeg kan ikke forklare det. Det er helt spesielt, en unik måte å lære på.

Jeg velger å avslutte med dette utsagnet fra studenter i avdelingen. Samtidig kan det stå for den oppsummeringen jeg selv er kommet frem til ved å jobbe med problemstillingen om refleksjon og taus kunnskap. Begge kunnskapsformer må tilegnes gjennom opplevde erfaringer, og begge er nødvendige for at studenten skal oppdage og vurdere egen utvikling. Slik jeg ser det skjer kunnskapsutviklingen både bevisst og ubevisst. Jeg håper at studenter også i fremtiden opplever å få erfare praksissituasjoner som gir gode og ekte opplevelser, og som oppleves som reelle praksissituasjoner der de selv får være redskapene. Jeg velger å tro at denne type kunnskapsutvikling som studentene har vært med på gjennom prosjektene har hatt betydning for etablering av trygghet, og jeg har fått bekreftet at de har fått med seg viktig ballast på veien. Fordi de selv har tatt ansvaret som hvilte på deres skuldre har de også følt mer på hva erfaring og kunnskap krevde av dem.

4.0 REFERANSELISTE

Bruner, Jerome (1996) Utdanningskultur og læring. Ad Notam Gyldendal

Hamran, Torunn (1987) Den tause kunnskapen. Universitetsforlaget AS. Oslo, Bergen, Stavanger; Tromsø

Lundstøl, John, 1999 Kunnskapens hemmeligheter, Cappelen Akademisk Forlag. Oslo

Martinsen, Kari (1991) Omsorg, sykepleie og medisin. Tano. Oslo

Martinsen, Kari (2005) Samtalen, skjønnnet og evidensen. Akribe.as Oslo

Molander, Bengt. (1996) Kunnskap i handling. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg

Polanyi, Michael (1967) The Tacit Dimension. Routledge & Kegan, Paul Ltd. London

Polanyi, Michael (2000) Den tause dimensjonen – en introduksjon til taus kunnskap. Oversatt av Erlend Ra. Spartacus Forlag AS Oslo

Rolf, Bertil (1995) Profesjon, tradisjon och tyst kunnskap. Bokförlaget Nya Doxa, Nora

Schei, E, Gulbrandsen; A, Scherven, T *Hvordan utvikles profesjonell kompetanse*. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1998/19 PDC Grafisk Produksjon as. Aurskog

Schøn, Donald (1983) The Reflective practioner. Basic books. Massachusetts, USA

Thomassen, Magdalene, (2006) Vitenskap, kunnskap og praksis. Gyldendal akademisk, Oslo

Zhenhua, Yu (2006) Tacit /Knowing and the problem of Articulation. UIB. Bergen

Essay i vitenskapsteori

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

FORTELJING SOM IDENTITET

Ein presentasjon av Paul Ricoeurs omgrep "narrativ identitet"
og ei drøfting av kor vidt omgrepet kan gi eit normativt grunnlag for
arbeid med forteljingar blant alvorleg sjuke og døyande

Oddgeir Synnes

Betanien diakonale høgskole

Høst 2006

1. BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLINGA:

1. Gjennom fleire år har eg arbeidd med eldre menneske og bruk av skrivne tekstar og forteljingar. Ein sentral hypotese (og etter kvart erfaring) har vore at arbeid med verbalt kreative tekstar og forteljingar har ei rekkje positive effektar (Synnes, Sætre og Ådlandsvik 2003).¹ Det teoretiske fundamentet for dette arbeidet har røter i filosofiske og litteraturvitskapelege retningar der ulike hermeneutiske synspunkt har vore viktig. Paul Ricoeurs tankar kring det poetiske språket og forteljinga var her ein viktig inspirasjon.
2. I ein seinare artikkel (Synnes 2005) argumenterer eg for ein auka kontakt mellom unge og eldre der nettopp forteljinga som møtestad blir framheva. Her freistar eg å kombinere Emmanuel Levinas sin nærleiksetikk med Ricoeurs forståing av forteljinga som identitetskonstituerande slik dette særleg kjem til uttrykk i *Oneself as Another* (1992). Omgrepet narrativ identitet er her sentralt.
3. Våren 2006 starta eg eit prosjekt med kreativ skriving og forteljing blant alvorleg sjuke og døyande. Møtet med deltakarane sine historier og utsegner om kva dette betydde for dei, har gjort inntrykk. Tankane vende attende til Ricoeurs omgrep narrativ identitet og hans utsegn om at ei forteljing ikkje treng å vere forutsigbar, så lenge den er akseptabel.

Eg ønskjer i dette essayet å gi ein nærmare presentasjon av Ricoeurs omgrep narrativ identitet i det eg ser at det kan vere eit verdfullt filosofisk fundament for eige arbeid med forteljingar blant døyande. Ofte føler eg at akademikarar (meg sjølv medrekna) viser til sentrale arbeid på eit så generelt plan at det originale og særeigne med teorien forsvinn. Eg vil derfor nytte høvet til å gå i djupna på Paul Ricoeurs ofte refererte omgrep "narrativ identitet" og vonleg kunne gi ein fylldig presentasjon av omgrepet.

Problemstillinga for essayet er som følgjer: "Forteljing som identitet: Ein presentasjon av Paul Ricoeurs omgrep *narrativ identitet* og ei drøfting av kor vidt omgrepet kan gi eit normativt grunnlag for arbeid med forteljingar blant alvorleg sjuke og døyande". Hovudvekta vil ligge på presentasjonen

¹ Vi har erfart at kreativ skriving og forteljing kan verke stykande på sjølvbiletet, gi aukt tru på eigne evner og at det kan ha ein terapeutisk effekt m.m.

av narrativ identitet som vil bli belyst gjennom ei nærlesing av studie nummer fem og seks i *OAA*. Samstundes vil eg undervegs relatere aktuelle moment og omgrep til eigen praksis. I avslutninga vil eg drøfte om Ricoeurs *filosofiske* prosjekt kan gi grunnlag for eit normativ grunnlag i forhold til eige arbeid med forteljingar blant alvorleg sjuke og døydande.

Sjølv om Ricoeur innfører omgrepet narrativ identitet i *Time and Narrative Vol. III* (1988), vil eg ha hovudfokus på *OAA* der Ricoeur for alvor går i djupna på temaet personleg identitet. Eg innbillar meg ikkje at eg kan gi nokon presentasjon av verket i sin heilskap, men ønskjer å fokusere spesifikt på argumentasjonen kring omgrepet narrativ identitet slik dette kjem til uttrykk i opningskapitlet og i hovudsak i studie nummer fem: "Personal Identity and Narrative Identity" og i studie nummer seks: "The Self and Narrative Identity". Målet er å vise Ricoeurs filosofiske argumentasjon fram mot ein hermeneutikk av sjølvet der forteljinga sine strukturar er sentrale for å gripe personleg identitet.

2. EIN FØRSTE TENTATIV PRESENTASJON AV FELTET

Det interessante med Ricoeurs *OAA*, er at han legg grunnlaget for ei ny forståing av personleg identitet, som ikkje endar i Descartes fikserte og statiske identitetsomgrep og som står opp mot Nietzsches totale negasjon.² Ricoeur prøver med andre ord å innta ein mellomposisjon der personleg identitet blir sett som både konstant og foranderleg på same tid.

OAA er eit komplekst verk som byggjer vidare på argumentasjonen Ricoeur arbeidde med i trebindsverket *Time and Narrative*. Men medan Ricoeur i *Time and Narrative 1–3* er oppteken av analysen av narrativ i fiksjon og forholdet mellom fiksjon og historiefaget, utvidar han i *OAA* sin narrative teori til identitet og etikk: Kva skapar identiteten vår, og korleis skal vi leve livet?

Introduksjonen til *OAA* har tittelen "Spørsmålet om sjølvdom/sjølvvet" ("The Question of Selfhood"). Ricoeur ønskjer å gi eit alternativ til subjektfilosofiens argumentasjon kring *cogito*. Problemet for

² Descartes freista å etablere *cogito*, dvs. utsegna "Eg tenkjer, altså er eg" som første sanning, som eit epistemisk fundament for all anna erkjenning. Dette fundamentet har seinare blitt kritisert, særleg av Nietzsche som påviste det umoglege i eit fast fundert *cogito*.

subjektsfilosofien, er i følge Ricoeur, at spørsmålet alltid er knytt til eit eg, uavhengig av om dette eg'et er sett som fast fundert eller i oppløysing. Ricoeurs hermeneutikk av sjølvet plasserer seg i opposisjon til begge desse tradisjonane.³ Han viser til tradisjonen frå Descartes som har freista å stable på beina eit endeleg fundament for cogito. Ved å vise til Descartes argumentasjon kring cogito i *Meditations on First Philosophy*, argumenterer Ricoeur mot denne posisjoneringa av cogito. Utan å trøyte lesaren med ein repetisjon av denne argumentasjonen, vil eg berre trekkje fram eitt aspekt som er sentralt for den vidare argumentasjonen kring ein narrativ identitet: I ein del av *Meditations* trekkjer Descartes fram ei rekkje eigenskapar med cogito: eit subjekt som tvilar, forstår, nektar, vil, sansar m.m. Ricoeur svarer på dette slik:

This enumeration poses the question of the identity of the subject, but in a sense entirely different from the narrative identity of a concrete person. This can involve nothing but a kind of pointlike ahistorical identity of the "I" in the diversity of its operations; this identity is that of the *same* that escapes the alternatives of permanence and change in time, since the cogito is instantaneous. (7)

Her ser vi tydeleg eitt av hovudargumenta som vi vil følge opp utetter: skal vi kunne gripe identiteten som noko som *både* kan ivareta *permanens* og *endring* i tid, må ein søkje utover det punktuelle cogito. Forsøka på ei endeleg etablering av cogito, ser Ricoeur som byrjinga til cogitos krise, slutført av Nietzsche.

Ricoeurs alternativ til desse to retningane er det han kallar ein hermeneutikk av sjølvet eller ein sjølvets hermeneutikk (Hermeneutics of the Self). Sentralt for Ricoeur er spørsmålet "kven" (who), som, avhengig av kva ein spør etter alle gir svaret på det same: nemleg ulike sider ved sjølvet. Dei ni studiane som følgjer introduksjonen kan grupperast under fire spørsmål som alle er med og kastar lys over spørsmålet om identitet og sjølvet: Kven snakkar, kven handlar, kven fortel om seg sjølv, kven er det moralske subjektet? (16). I studie nummer fem og seks, er det spørsmålet om kven det er som fortel om seg sjølv, som står sentralt.

³ Tradisjonen frå Descartes utgjer i følge Ricoeur, Kant, Fichte og Husserl. Tradisjonen frå Nietzsche blir ikkje namngitt, men her ligg implisitt dei Ricoeur omtalar som "mistankens hermeneutikarar", Marx og Freud (saman med Nietzsche), og truleg og tenkarar som Foucault og Derrida.

3. FEMTE STUDIE: PERSONLEG IDENTITET OG NARRATIV IDENTITET

Femte studie byrjar med å erklære at personleg identitet berre kan bli artikulert i den temporale dimensjonen av menneskeleg eksistens (114). For å gi eit svar på denne utfordringa, må vegen gå om ei nyskaping av den narrative teorien som blei framlagt i *Time and Narrative Vol. III*.⁴ Dette er det Ricoeur i hovudsak gjer i studie nummer 6 og utetter. Men før han kjem så langt, ønskjer Ricoeur å sjå på dei problema vi støyter på når vi prøver å fiksere ein personleg identitet. Dette gjer han ved å innføre dei to latinske omgrepa *idem* og *ipse*. Medan *idem* blir knytt til identitet som sameness, *det same* (identity as sameness) blir *ipse* knytt til identitet som *sjølv* (identity as selfhood). Vi er avhengige av begge desse formene for identitet for å kunne ha ein personleg identitet. Og det einaste området vi kan gripe desse to er der dei møtast: i narrativ identitet. Gjennom å fortelje ei historie om meg sjølv/å sjå livet mitt som ei forteljing, kan eg oppnå ei forståing av kven er var, er og skal bli.

For Ricoeur er distinksjonen mellom det same og sjølv heilt fundamental for å forstå personleg identitet og årsaka til at teoriar om identitet som ikkje tek innover seg dette skiljet, vil mislykkast.

Skiljet mellom desse to formene for identitet blir særleg problematisk når det gjeld spørsmålet om permanens over tid. Permanens over tid er i stor grad knytt til identitet som *det same* (*idem*) der dette handlar om "...a concept of relations and a relation of relations" (116). Ricoeur trekkjer fram tre ulike formar for identifisering som viser dette: identifisering av numerisk identitet (numerical identity), av kvalitativ identitet (qualitative identity) og av uavbroten kontinuitet (uninterrupted continuity). Identifisering av *numerisk identitet* er at vi gjenkjenner ein ting eller ein person som ein og den same, uavhengig av korleis dette/denne opptre i ulike situasjonar i tid og rom. Identifisering av *kvalitativ identitet* handlar om noko eller nokon som er så like at det er vanskeleg å skilje. Særleg problematisk blir desse formene for identifisering over tid, der Ricoeur viser til døme med augevitneforklaringar der offeret ofte ikkje kan vere heilt sikker på at det er overgriparen som står framfor han/henne. Avstand i tid gjer at ein må ty til det tredje prinsippet for identitet for å vere sikre på at ein kan gripe identitet som permanens: *Uavbroten kontinuitet* handlar om endring som likevel ikkje trugar einskap: eit frø som blir eit tre, eit dyr som er det same frå fødsel til død, bilete av oss sjølve frå barndom til vaksen.

⁴ Her innfører Ricoeur omgrepet narrativ identitet som ein hypotese eller eit forsøk på å sameine dei to narrativa historie og fiksjon: "self-undersanding is an interpretation; interpretation of the self, in turn, finds in the narrative, among other signs and symbols, a priveleged form of mediation; the latter borrows from history as well as from fiction, making a life story a fictional history or, if one prefers, a historical fiction..." (114)

Dette spørsmålet om identitet som *det same* (idem) er knytt til spørsmålet "kva?" ("kva er eg?"), eller snarare er svaret på dette spørsmålet (Simms 2003, s. 103). Dette spørsmålet er det subjektstilfilosofien tradisjonelt har vore oppteke av. Men for å få ei verkeleg forståing av personleg identitet, treng vi og å finne svar på det spørsmålet "kven er eg?" Er der ein form for permanens i tid som kan knytast til spørsmålet "kven?" (118). Dette siste spørsmålet er knytt til identitet som *sjølv* (ipse).

3.1 Karakter og å halde ord:

For å utdjupe skiljet mellom *sjølv* (ipse) og *det same* (idem) viser Ricoeur til to område der vi kan ha permanens i tid: *karakter* (character) og *å halde ord* (keeping one's word). Med karakter meiner Ricoeur dei *varige eigenskapane* som ein person blir gjenkjend ved (121). *Å halde ord* er ei akt av å vere trufast overfor seg sjølv (self-constancy) trass i endring. Det er ei akt som ikkje kan tilskrivast *karakter*, sidan det *å halde ord* kan kome til å gå på tvers av *karakter*. Eg står fast ved det eg lova, eg fast ved meg sjølv, sjølv om karakteren min har endra seg. Dette er eit element som handlar om spørsmålet "kven?" og ikkje det meir generelle spørsmålet "kva?" som først og fremst kjenneteiknar karakter.

Mellom *karakter* og *å halde ord* er der ein polaritet. Medan permanens i karakter overlappar med både *det same* (idem) og *sjølv* (ipse), skil *det same* og *sjølv* seg når det gjeld permanensen i det å halde ord. Gapet som opnar seg mellom desse to identitetane, blir halde saman av den narrative identiteten. I Ricoeurs eigne ord:

...the polarity I am going to examine suggests an intervention of narrative identity in the conceptual constitution of personal identity in the manner of a specific mediator between the pole of character, where idem and ipse tend to coincide, and the pole of selfmaintenance, where selfhood frees itself from sameness. (119)

Det er i akta å halde ord at *sjølv* (ipse) frigjer seg frå *det same* (idem). Utfordringa for Ricoeur er at han må vise skilnaden mellom *det same* og *sjølv* når det gjeld permanens for slik å påvise at personleg identitet treng ei forståing, ikkje berre av desse to identitetane, men og av narrativ identitet som ei mediering mellom dei to.

3. 2 Karakter:

Karakter består, som alt nemnd, av varige eigenskapar som ein person blir kjenneteikna ved. Det første momentet som høyrer til desse varige eigenskapane er vane (habit). Vane har eit tosidig element over seg: vane som blir forma og vane som ein har.⁵ Med andre ord, så gir vane eit *historisk* element til *karakter*, samstundes som sedimenteringa av vane dekkjer over dette elementet av endring. Det er dette som gir ei overlapping av dei to identitetane: sjølv (ipse) og det same (idem): "...my character is me, myself, *ipse*; but this *ipse* announces itself as *idem*. Each habit formed in this way, aquired and become a lasting disposition, constitutes a *trait* – a character trait, a distinctive sign by which a person is recognised, reidentified as the same..." (121).

Det andre momentet som er viktig i forhold til varige eigenskapar er *tileigna identifikasjonar* (acquired identifications). Dette utgjer dei verdiar, normer, ideal, modellar m.m. som ein person eller eit samfunn identifiserer seg med og blir gjenkjent ved. Her skjer eit skifte ved at det andre blir inkorporert i komposisjonen av det same (idem). Ein identifikasjon med verdiar gjer at ein plasserer noko ytre (det andre) i relasjon til ein sjølv. Dette bringer, i følgje Ricoeur, eit element av *lojalitet* inn i karakter, som igjen fører til ei stadfesting eller eit vedlikehald av sjølv. I dette tilfellet møtast polaritetane *sjølv* og *det same*, og viser at ein ikkje kan tenkje seg den første utan den siste, sjølv om dei overlappar kvarandre heilt. På denne måten gir karakter gjennom *tileigna identifikasjonar* og *varige eigenskapar* ein permanens i tid som definerer det same.

Men sjølv om karakter inneber at *idem* (det same) overlappar *ipse* (sjølv), betyr ikkje det at det er uråd å skilje mellom dei. *Tileigna vanar*, internaliseringa av verdiar som ligg manifest i den stabile strukturen karakter (det same), inneber ei utvikling og ei historie (sjølv). Og denne utviklinga kan bringast fram i lyset gjennom forteljing: "What sedimentation has contracted, narration can redeploy" (122). Eit døme frå eigen klinisk praksis kan illustrere dette: Ei eldre kvinne fortalde om opplevingar i barndom og ungdom som gjorde at ho hadde blitt den ho var, at ho hadde bestemte haldningar og ei bestemt livsinstilling. Utan forteljinga såg vi berre dei sedimenterte karaktertrekka.

⁵ Ricoeur spesifiserer ikkje kva han legg i omgrepet vane, men utifrå samanhengen tydar det på at det inneber både konkrete/fysiologiske vanar og mentale disposisjonar.

3.3 Å halde ord:

Å *halde ord* er den andre modellen for permanens i tid når det gjeld identitet. Her frigjer sjølv (ipse) seg frå det same (idem). Å halde ord er ei akt av å vere trufast overfor seg sjølv som ikkje kan relaterast til karakter. Det sistnemnde inneber ei haldning som står opp mot endring og tid: Sjølv om eg skulle endre meining, vil eg stå ved lovnaden eg har gitt (124). Slik handlar sjølv om endring utan at identiteten går tapt, eller sagt på ein annan måte: ved å halde ord, opprettheld ein seg sjølv, trass i at karakteren kan ha endra seg. Men kan ein ikkje innvende mot dette at det å halde ord nettopp kan vere eit trekk ved karakteren? At det å stå ved ein lovnad kan vere uttrykk for ei prinsippfast innstilling? Mot dette hevdar Ricoeur at det er stor forskjell på å vere trufast mot karakteren sin, og det å vere trufast overfor ein lovnad: "The continuity of character is one thing, the constancy of friendship is quite another." (123). Slik eg tolkar Ricoeur ligg det i dette at ei bevaring av vennskap ikkje kan relaterast til noko så generelt som karakter. For å bevare eit vennskap er det ikkje nok med ei på førehand definert haldning – ei slik haldning vitnar ikkje om ekte vennskap, men ideologi. Og som Simms understrekar: ein fast karakter kan likevel mangle vennar, men det å halde ord, skapar vennskap (2003, s. 104). Poenget er at å halde ord, er noko som ofte inneber ei utfordring av haldninga, karakteren. Likevel vel ein å vere trufast mot seg sjølv (den ein ein gong var) og andre gjennom denne akta.

3.4 Narrativ identitet:

Mellom *idem* og *ipse*, mellom *karakter* og *å halde ord*, er der eit tidsmessig intervall som trengst fyllast. Og det er her Ricoeur innfører *narrativ identitet*, som ein meklar mellom dei to polære identitetane:

...narrative identity oscillate between two limits: a lower limit, where permanence in time expresses the confusion of *idem* and *ipse*; and an upper limit, where the *ipse* poses the question of its identity without the aid and support of the *idem*. (124)

For å ha ein personleg identitet treng vi både det same (*idem*) og sjølv (ipse), og den einaste måten vi kan gripe desse på er gjennom narrativ identitet. Men Ricoeur overlet til sjette studie å gi ein fyllestgjerdande presentasjon av narrativ identitet. Det viktige i studie fem er presentasjonen av dei to

ulike identitetane og klargjeringa av at ein treng narrativ identitet for å fylla gapet mellom dei nemnde to.

4. SJETTE STUDIE: SJØLVET OG NARRATIV IDENTITET

I sjette studie viser Ricoeur til to særskilde område som han ønskjer å fokusere på: 1. å utforske narrativ identitet i dialektikken mellom sjølv (ipse) og det same (idem), 2. ei undersøking av korleis narrativ teori kan fylla tomrommet mellom handlingsteori og moralsk teori.⁶

4.1 Narrativ identitet og dialektikken mellom sjølv og det same:

For Ricoeur er det berre i dialektikken mellom sjølv og det same at narrativ identitet avslører seg og rettferdiggjer seg som eit viktig bidrag til konstitueringa av personleg identitet (140). Han viser til Diltheys omgrep *Zusammenhang des Lebens* som Dilthey kopla til førestillinga om ei livshistorie. Denne koplinga syner den førforståinga av *samanheng* som vi har av ei livshistorie – vi har ei førestilling om at livet kan gripast som ei meningsfull eining. Det er denne førestillinga den narrative teorien kring identitet ønskjer å kartlegge i forhold til forteljinga sine strukturar.

Ricoeur knyt identitet til identiteten til *protagonisten*⁷ i forteljinga slik denne kjem til uttrykk i det narrative gjennom *plottet*.⁸ I *Time and Narrative* skildra Ricoeur identitet knytt til plott, som ei kiving eller rivalisering mellom *samsvar* (concordance) og *mangel på samsvar* (discordance) som heilt fram mot slutten av forteljinga trugar identiteten (141). Med *samsvar* meiner Ricoeur eit ordnande prinsipp som styrer dei ulike hendingane, dvs. dei ulike hendingane som utgjer forteljinga som einskap. Med denne einskapen som *samsvar* opprettheld, blir heile tida truga av tilsynekomst av

⁶ Studie 1-4 er knytt opp mot språk- og handlingsteori. I studie sju, åtte og ni blir den føregåande diskusjonen kopla opp mot etikk og moral. Målet med *Oneself as Another* er ein hermeneutikk av sjølv, der identiteten gjennom ei narrativ forståing til sist handlar om moral og etikk. Det blir difor viktig for Ricoeur i denne studien å introdusere narrativ teori som eit bindeledd mellom handlingsteori og moralsk teori.

⁷ Ricoeur brukar forvirrande nok både omgrepa protagonist og karakter om kvarandre som term på helten i narrativ. Eg vel å bruke termen protagonist for å skilje den frå termen karakter som Ricoeur og bruker i argumentasjonen kring sjølv (ipse) og det same (idem), jamfør karakter versus å halde ord.

⁸ Plottet er det strukturerande prinsippet i forteljingar/narrativ, det som styrer og organiserer dei ulike hendingane i ei bestemt rekkjefølgje (ikkje nødvendigvis kronologisk).

mangel på samsvar, uførutsette hendingar og avgjerande episodar som trer inn i forteljinga. Desse kan vere så skjelsetjande at identiteten til protagonisten er truga, men dei gir forteljinga ei ny retning, eit nytt samsvar. Desse endringane i lagnad gjer plottet til ein organisert transformasjon frå byrjing til slutt. Komposisjonen av *samsvar* og *mangel på samsvar* kallar Ricoeur *konfigurasjon* (configuration), og han ser denne "diskordante konkordansen" som eit prinsipp i all form for narrativ komposisjon.

Det som skil narrativ konfigurasjon frå all annan modell om samanheng, er nettopp korleis denne organiserer hendingar (events). I kausale modellar er hendingar og tilsynekomst (occurrence) uskillelege medan dei i narrativ ikkje nødvendigvis har denne kausaliteten, men blir styrte av konfigurasjonen avhengig av plottet: "It is a source of discordance inasmuch as it springs up, and a source of concordance inasmuch as it allows the story to advance." (142).

Det avgjerande steget for å oppnå ei narrativ førestelling om personleg identitet, kjem når ein går frå handling til protagonist. Sidan protagonisten står for handlinga i narrativ, er protagonisten ein narrativ kategori underlagt den same narrative forståinga som plottet. Men kva er det ved protagonisten som gjer den særleg veileigna til å forstå personleg identitet? Svaret ligg i at identiteten til protagonisten er så nært knytt til plottet at dei to ikkje kan skiljast i narrativ: "...characters, we will say, are themselves plots." (143). Det er ikkje slik at protagonisten har ein identitet som eksisterer uavhengig av plottet. Det er gjennom plottet, gjennom samanstillinga av dei ulike hendingane at protagonisten får sin identitet. Ricoeur viser til *Om diktetkunsten* der Aristoteles påviser korrelasjonen mellom historie fortald og protagonisten: Det er gjennom den fortalde historia at protagonisten opprettheld ein identitet som svarar til einskapen i historia. Identiteten til protagonisten kan berre forståast i lys av denne syntesen. Personen som utgjer protagonisten i forteljinga kan derfor ikkje bli sett lausriven frå erfaringane sine, men deler den dynamiske identiteten som er spesiell for den fortalde historia. Slik er det historia sin identitet som gir protagonisten sin identitet

Vidare viser Ricoeur til moderne narrativ teori der ein har knytt denne korrelasjonen til semiotikk.⁹ Eg vil ikkje bruke tid på å gjengi det her. Hovudsaka er at Ricoeur med dette utfyller argumentasjonen han alt har presentert om den nære koplinga mellom plott og protagonist. Ein merknad bør gjerast i forhold til Ricoeurs drøfting av Claude Bremond, der sistnemnde viser til den sentrale dikotomien

⁹ Ricoeur viser utfyllande til Vladimir Propp, Claude Bremond og A. J. Greimas sine teoriar.

mellom *handlanda* (agents) og *lidande* (sufferers). Narrative hendingar definerer ei rekkje konstallasjonar mellom handlande og lidande som opnar for evaluering og som koplar narrativ teori til handlingsteori og etisk teori:

...it is only on these levels that agents and sufferers are raised to the rank of persons and of initiators of action. In this way, through the roles related to the domain of rewards and punishments, the close connection between the theory of action and ethical theory [...] is witnessed on the plane of the narrative. (145)

Dette er eit viktig poeng for Ricoeur. I narrativ blir handlingar direkte knytt til etikk. Berre i narrativ kan vi sjå handlande og lidande som *personar*, og ikkje berre som abstrakte storleikar.¹⁰ Dette er ikkje berre eit viktig poeng for Ricoeur, men for meg i min praksis. Korleis skal vi kunne gi ei stemme til lidande menneske utan gjennom narrativ? Mange deltakarar har nettopp fått uttrykke vanskelege opplevingar gjennom forteljingar, om seg sjølv som andre menneske. Gjennom forteljingar blir slektningar som har blitt drepen i krig, menneske som har lidd urett, løfta fram som personar. Og ikkje minst blir egne opplevingar gjennom forteljingane relatert til handlande eller lidande.

Og i møte med døyande sine forteljingar er mangelen på samsvar, forstått som brotet frå frisk til sjuk, framtrudande.¹¹ Dette brotet gir forteljinga ei ny retning, ein ny konfigurasjon. Kan vi og sjå døyande sine forteljingar i lys av identitetsproblematikken til Ricoeur, dvs. kan vi forstå forteljingane sin identitet som forteljaren sin identitet? Spørsmålet lyt besvarast i forhold til Ricoeurs vidare argumentasjon.

Etter å ha synt koplinga mellom samsvar og mangel på samsvar i den narrative identiteten til protagonisten, blir utfordringa for Ricoeur å påvise den same koplinga i dialektikken mellom sjølvvet og det same: Altså å vise at den narrative identiteten hjå protagonisten utgjer bindeleddet mellom sjølvvet og det same. Utfordringa dukkar opp når protagonisten sitt samsvar og mangel på samsvar blir konfrontert med søken etter permanens i tid, knytt til ideen om identitet: "We have now to show how the dialectic of the character comes to be inscribed in the interval between these two poles (sjølvvet og det same – min komm.) of permanence in time in order to mediate between them." (148).

¹⁰ Den nære koplinga mellom handling og etikk i narrativ er eit viktig poeng for Ricoeur utetter sjette studie, og han argumenterer utfyllande for at narrativ fyller mellomposisjonen mellom handlingsteori og etikk. I denne samanhengen er det ikkje rom for å gjengi heile argumentasjonen.

¹¹ Mangel på samsvar kan i slike døme vere brot i høve til forventningar, planar og liknande, hendingar som ikkje kan definerast reint kausalt.

Den medierande funksjonen som den narrative identiteten til protagonisten fyller mellom sjølv (ipse) og det same (idem) er knytt til dei *fantasivariasjonane* (imaginative variations) som forteljinga utset denne identiteten for. Desse fantasivariasjonane fungerer som eit laboratorium for utprøving i forteljinga av ulike aspekt ved identiteten, av dei to formene for permanens i tid (det same og sjølv). I den daglegdagse erfaringa er det vanskeleg å skilje mellom desse to ulike formene for identitet. I litterær fiksjon derimot, opnar det seg heilt andre moglegheiter for ulike variasjonar mellom desse. Ricoeur viser til litterære fiksjonar som på ulikt vis demonstrerer dette: Frå eventyr og folkesegn der protagonisten har ein fast og gjenkjenneleg karakter (det same), via romanar der protagonisten gjennom forteljinga kan endre seg, utan at karakteren går tapt (ein mellomposisjon der både det same og sjølv har avgjerande påverknad), til moderne romanar der ein kan oppleve ei oppløysing av karakter. Desse siste kallar Ricoeur fiksjonar med tap av identitet og viser til Robert Musils *Mannen uten egenskaper*. Tap av identitet er knytt til tap av narrativ konfigurasjon. Musils verk viser nettopp at tapet av identitet hos protagonisten skjer parallelt med tap av narrativ konfigurasjon. Og tapet av den narrative konfigurasjonen gjer at verket sluttar å vere narrativ og i staden byrjar å nærme seg essayet.

Tap av identitet på denne måten må sjåast i lys av sjølv og det same. For Ricoeur handlar dette om at sjølv (ipse) mistar støtta frå det same (idem). Det er det motsette av den totalt identifiserbare protagonisten der det same og sjølv overlappar kvarandre. Tapet av støtta av idem gjer at ikkje ein ikkje lenger kan sidestille protagonisten i forteljinga med karakter. Kan dette sjåast som ein parallell til arbeidet med eldre og døyande sine forteljingar? Heap (1996)

ser at eit av dei største problema for eldre menneske som flyttar på institusjon, er kampen for å bevare seg sjølv. Den eldre har eit behov for å bli sett, som noko meir enn ein institusjonspasient, men som det mennesket han/ho var ein gong og framleis er. Å bli sett handlar om heile menneske, noko som inkluderer både sjølv og det same. Om vi følgjer Ricoeurs argumentasjon kring personleg identitet, treng vi den narrative identiteten for å oppretthalde ein identitet som både er fast fundert og foranderleg på same tid. Med andre ord: Kan ikkje det at eldre og døyande får sjansen til å fortelje, vere ei styrking av den narrative identiteten? Men handlar ikkje Ricoeurs teori om narrativ i fiksjon og ikkje om konkrete liv og levande menneske sine forteljingar? Dette spørsmålet prøver eg med Ricoeur å svare på i det følgjande.

4.2 Eit liv sin narrative einskap:

Etter å ha synt narrativ identitet som bindeledd mellom sjølv og det same i narrativ fiksjon, vender Ricoeur seg mot det han med Alasdair MacIntyre kallar "eit liv sin narrative einskap" ("the narrative unity of a life"). Ricoeurs argumenterer for at det å kunne sjå livet som narrativ er ein føresetnad for å kunne ha eit mål om livet som eit godt liv. Den einaste måten eit handlande subjekt kan gi ein etisk karakter til eige liv som heilskap, er ved å kunne gripe det nemnde livet som ein totalitet. Og dette kan berre gjerast gjennom den narrative forma (ved at livet kan gripast med ei byrjing og ein ende). Særleg viktig bør dette vere i møte med døyande. På kva annan måte kan eit menneske i møtet med døden gripe livet som ein heilskap? Mi erfaring er at forteljingar, munnlege som skriftlege, kan vere ein sjanse til å få løfta fram episodar ein aldri har fått fortalt før, men som ein no ønskjer å fortelje.

Sjølv om Ricoeur ser klare likskapar mellom eige arbeid og MacIntyres *After Virtue*, understrekar han og ulikskapane. MacIntyre er først og fremst opptatt av forteljingar i kvardagen og legg inga avgjerande vekt på skiljet mellom litterære fiksjonar og kvardagsforteljingane. For Ricoeur derimot er dette avgjerande, noko som gjer at han kjem opp i problem MacIntyre unngår, nemleg det problematiske forholdet mellom liv og narrativ fiksjon. Men føremonen for Ricoeur, er at hans fokus på narrativ fiksjon gir andre perspektiv ved at narrativ fiksjon gir unike innsikter i forhold til liv gjennom det laboratorium av tankeeksperiment som denne opnar for.

Utfordringa for Ricoeur blir dermed å vise korleis tankeeksperiment initiert av narrativ fiksjon blir overført til liv all den tid historier blir fortald, ikkje levd (159). Ricoeur tok opp dette problemet alt i *Time and Narrative* der han med Aristoteles sitt mimesisomgrep ser forteljinga som tredelt: mimesis 1 (forfigurasjon), mimesis 2 (konfigurasjon) og mimesis 3 (refigurasjon). Mimesis 2 er det vi reknar som den tradisjonelle forteljinga – plottet og alle delar som høyrer inn her. Mimesis 1 er grunnstrukturane i kulturen og livet som utgjer grunnlaget for konfigurasjonen. Mimesis 3 er sjølve

lesinga vår av forteljinga. Gjennom å lese eller lytte til ei forteljing ser vi den i relasjon til vårt eige liv – vi refigurerer den aktivt gjennom at teksten si verd og vår eiga verd møtest. Slik skulle ein tru at Ricoeur alt hadde løyst utfordringa når det gjeld skiljet mellom fiksjon og liv.

Dette er likevel ikkje så lett. Særleg problematisk er forholdet mellom forfattar, forteljar og protagonist som er tre ulike stemmer i fiksjon. Kven av desse er eg når eg fortolkar livet mitt som ei livshistorie? Forteljar og protagonist er eg nok, men eg kan ikkje vere forfattar av eige liv, høgst ein medforfattar. Eit anna problematisk aspekt er førestillinga om ei byrjing og ein slutt. I fiksjonar har vi ei bestemt byrjing, fastlagt av den narrative forma. Eg har ingen minne om eigen fødsel, dette høyrer til andres forteljing (mine foreldre, eldre søsken, besteforeldre). Og forteljingar har ein endeleg slutt. Denne endelege slutten manglar i ei livsforteljing då vi aldri kan oppleve vår eigen død. Min eigen død høyrer til historiene til dei som overlever meg. Men som Ricoeur alt har påpeikt, må eit liv kunne bli gripen som ein totalitet, om vi skal ha ei kjensle av at det er vellykka, at det er komplett. I tillegg til desse innvendingane kjem alle dei ulike konkurrerande og ofte motstridande plotta i eit menneske sitt liv som til saman utgjer mange ulike potensielle forteljingar, utan ende. Eit anna aspekt er den samanfiltring (entanglement) med andre menneske sine livshistorier som mi eiga livshistorie utgjer. Kan vi likevel snakke om eit liv sin narrative einskap?

Når det gjeld spørsmålet om forfattar, hevdar Ricoeur at ein gjennom forteljing av eit liv som ein ikkje er forfattar av når det gjeld *eksistens*, blir ein derimot dette livet sin medforfattar når det gjeld *mening* (162). I forhold til den manglande einskapen i eit reelt liv, er det nettopp fiksjonen sine strukturar som hjelper oss til å organisere livet retrospektivt. Slik kan dei narrative byrjingane, hjelpe oss til å stabilisere våre eigne byrjingar. Og sjølv om vi ikkje kan oppleve ein ende på vår livshistorie, gir litteratur oss ei erfaring av kva ein ende kan innebere. I forhold til døden, kan litteraturen og dei narrativ som omhandlar dette, vere med og gi trøyst og forståing gjennom narrasjonens førestilling av ulike døme på dette. Slik ser Ricoeur ei kopling mellom litteratur og væren-mot-døden.

Desse momenta er alle relevante i forhold til eige arbeid. I forteljingsakta, skriftleg som munnleg, blir deltakarane medforfattar av eige liv når det gjeld mening. Kva for episodar dei trekkjer fram som relevante, kva for hendingar i liva som dei ønskjer å vise fram, blir gjennom den forteljande skapingsakta ei fortolking, ei fortolking om mening som (om vi følgjer Ricoeur) er knytt til identitet. Når Ricoeur snakkar om sjølvets *hermeneutikk* så inneber det nettopp at vi treng ei fortolking for å kunne ha ei forståing av sjølvvet. I ein situasjon der ein er midt oppe i ein særleg sårbar situasjon, har

eg opplevd at det deltakarane vel å fortelje om, har stor betydning for dei. Ikkje sjeldan har eg opplevd at dei som meinte dei ikkje hadde noko å fortelje, uttrykte stor takksemnd over nettopp å få sjansen til å fortelje frå livet sitt. Når det gjeld litteratur som væren-mot-døden, er desse deltakarane sine tekstar skrivne innanfor eit perspektiv der døden er nærverande (om enn ikkje alltid uttrykt). I ein slik situasjon vil eg hevde at deltakarane sine tekstar seg imellom, i ein særleg grad er eigna til å kunne gi kvarandre nye forståingar og kjennskap til ulike måtar å handsame dette på, kanskje i vel så stor grad som den narrative fiksjonen som Ricoeur viser til. Ikkje minst gjeld dette dei av deltakarane sine forteljingar som handlar om kvardagen og framtida.

Eit anna aspekt ved skiljet mellom narrativ og liv, er i følgje Ricoeur, følgjande misforståing: sidan litterære narrativ er retrospektive kan dei berre seie oss noko om fortida i livet vårt. Men det er berre for forteljaren at hendingane har skjedd i fortida. I dei fortalde hendingane finn vi prosjekt og forventningar som karakteren i forteljinga orienterer seg etter i møte med sin framtidige død. Slik handlar narrativ om *omsorg*. Narrativ lærer oss å artikulere retrospeksjon og prospeksjon. Det er på dette viset ein kan snakke om den narrative einskapen i eit liv. I arbeidet mitt har eg sett opplevd fleire episodar som kan sjåast i samanheng med dette. Ein deltakar hadde fått kome fram med mange forteljingar om livet han hadde levd. Mot slutten var det likevel ein ting han *måtte* få fortelje om: førestillinga han hadde om døden og tida etter. Ikkje berre var dette viktig for han sjølv, men det førte til at andre deltakarar og ville fortelje om sine tankar om dette. Slik vil eg hevde at dette er eit godt eksempel på korleis deltakarane sine forteljingar kan fungere både retrospektivt og prospektivt. Eit annan moment er at forteljingane til deltakarane blir skrivne ned, og vi ser at familie og andre pårørande set stor pris på å lese dei, og slik får ei større forståing, ikkje berre av personen bak forteljinga, men kanskje og i forhold til eige liv.

I forhold til spørsmålet om narrativ som heilskap, kan det og trekkjast ein parallell til det tredelte mimesis-omgrepet Ricoeur innfører i *Time and Narrative*. Om vi ikkje kan oppleve ein ende på eige liv, så er det eigentleg det same som gjer seg gjeldande i forhold til forteljingar. Slik forteljingar treng mimesis 3 for å bli fullendt (forteljinga er ikkje fullendt når forteljinga er slutt, den treng å bli lesen og bli relatert til lesarens eige liv), slik krev og eit liv å bli lese for å bli fullført. Og slik narrativ kan bli lesne på nytt, slik kan og liv bli lesne på nytt på ulike måtar. Fleire gongar har deltakarar kome fram med historier dei, av ulik grunn, ikkje har fortalt før, men som dei no vil fortelje. Og ikkje sjeldan har familiemedlemmer gitt tilbakemelding om at dei etterlatne forteljingane har gitt nye syn på forteljaren. Stundom er det og slik at forteljingane er den mulegheita forteljaren har til å la livet sitt

stå att som ei forteljing. Ein av deltakarane døydde og hadde inga familie eller nære venner. Presten som skulle tale i gravferda hadde difor ingenting å ta utgangspunkt i. Men forteljingane som var att blei lesne og gav eit bilete av barndom, vaksenliv og tankar heilt inn til det siste. Slik kan framleis forteljingane til denne deltakaren seie noko til dei som får lese dei eller lytte til dei.

4.3 Forteljinga sine etiske implikasjonar

Med støtte i Walter Benjamin understrekar Ricoeur at historieforteljing, frå gamalt, av handlar om utveksling av erfaringar, forstått som praktisk visdom. Utveksling av erfaringar gjennom forteljing inneber evaluering av hendingar og personar. Det same gjer seg gjeldande i narrativ fiksjon: "Moral judgment [...] is [...] subjected to the imaginative variations proper to fiction." (164). Det er gjennom desse vurderingane at forteljinga utfører sin funksjon av oppdaging og transformasjon i forhold til lesaren sine kjensler og handlingar. Dette kan forklarast i lys av eigen praksis. I arbeidet mitt er det ikkje den narrative fiksjonen som står i fokus. Snarare er det ein situasjon som minner meir om den opphavlege utvekslinga av erfaringar gjennom at deltakarane sit i ei gruppe og fortel eller les opp forteljingar. Ein episode her ifrå kan illustrere Ricoeurs poeng: Ei eldre kvinne som sjeldan tok ordet, fortalde ei historie der ho hadde gjort opprør mot ein sjøkaptein som hadde piska ein svart dekksgut ombord på eit skip ho hadde følgd utanfor Afrika. For det første kan denne historia sjåast i forhold til Ricoeurs større drøfting av forteljing som identitet. Det at denne kvinna fekk fortelje historia gjorde noko med henne, både i eige og andre sitt syn. Historia fortalde om kven ho hadde vore og framleis er – sidan nettopp denne historia blei fortald. For det andre presenterte forteljinga deltakarene for ein situasjon som opna for evaluering av personane og hendingane. Dette førte til ein lang diskusjon om korleis dei sjølve ville ha handla i ein liknande situasjon.

Som vi hugsar, delte Ricoeur inn identiteten i det same (*idem*) og sjølvvet (*ipse*), der den første er knytt til fenomenet karakter og den andre er knytt til den førestillinga om å vere trufast mot seg sjølv (å halde ord). Å vere trufast mot seg sjølv gjer at andre kan stole på denne personen. Men det gjer og at ein er ansvarleg overfor dei personane som stolar på ein. Dette at ein er ansvarleg over andre inneber eit svar på spørsmålet "Kvar er du?", eit svar som blir formulert med orda "her er eg!", eit svar som er ei stadfesting av å vere trufast mot seg sjølv.

Polaritetane mellom karakter og å halde ord viser den etiske dimensjonen av personleg identitet. Det er mellom desse to polaritetane at vi finn den narrative identiteten. Gjennom å narrativisere (narrativizing) karakter blir den bakanforliggende rørsle til dei sedimenterte tileigna disposisjonane tydeleg. Ved å narrativisere målet for eit sant liv (true life) gir narrativ identitet det sanne livet gjenkjennelege trekk ved protagonistar som er elska eller respektert. Narrativ identitet gjer at dei to polane blir lenka saman, ved at både *karakter og å vere trufast mot seg sjølv* får ein permanens i tid.

Er det mogleg å seie "kven er eg?" og "her er eg!" på same tid, spør Ricoeur. I gitte narrative eksempel ser ein jo at sjølvvet forsvinn (t.d. hjå Musils *Mannen uten egenskaper*). Kan ein likevel redde det etiske sjølvvet, når sjølvvet på det narrative planet ser ut til å forsvinne? Ricoeur ser dette som ei fruktbar spenning mellom to modi: mellom narrativ identitet (kven er eg?) og moralsk identitet (her er eg!). Erklæringa "her er eg!" markerer ein stans i den kvileause vandringa sjølvvet kan bli utsett for i konfrontasjonen med eit mangfald av modellar for handling og liv. Spørsmålet "kven er eg?" blir slik erstatta av erklæringa "her er eg!", ei erklæring som overskrider subjektet og uttrykkjer ansvar og omsorg for andre menneske:

"The gap between the questions which engulf the narrative imagination and the answer of the subject who has been made responsible by the expectation of the other becomes the secret break at the very heart of commitment." (168).

Slik sluttar Ricoeur den sjette studien med å løfte fram det etiske ansvaret for andre framfor ein sjølv. Men dette er eit ansvar som gir noko attende. Det er i møte og samkvem med andre at vi lærer oss sjølve å kjenne og slik kan skape og finne vår plass i verda. Slik handlar personleg identitet om at vi må gå omvegen om andre for å forstå oss sjølv, jamfør tittelen *Oneself as Another*. Spenninga mellom narrativ identitet og moralsk identitet er og fruktbar i forhold til eige arbeid. Som tidlegare nemnd, kan identiteten til menneske som er særleg utsett, vere truga. Ikkje minst gjeld dette alvorleg sjuke og døyyande. Eg har peikt på at det å få sjansen til å fortelje frå livet, i så måte kan verke identitetsstyrkande. At ein gjennom forteljing får stetta både sjølvvet og det same gjennom den narrative identiteten. Men som Ricoeur viser, kan den narrative identiteten i gitte situasjonar kome under press. Kan det å opne for involvering med andre, hjelpe i ein slik konkret situasjon som mine deltakarar befinn seg i? Eg trur eg kan svare eit ubetinga ja, på det. Å gå frå å spørje "kven er eg?" til å uttrykkje "her er eg!" handlar om å vere noko for andre, å stille seg til disposisjon for andres behov.

I våre grupper har eg sett at deltakarane nettopp har utvikla sterke band der det like mykje er omsorg for andre som er drivkrafta, som det å få ei stadfesting av seg sjølv.

5. NARRATIV IDENTITET: FILOSOFISK FUNDAMENT FOR PRAKSIS?

Eg har i det føregåande freista å gi ein presentasjon av Paul Ricoeurs omgrep narrativ identitet. Undervegs har eg relatert det til eige arbeid med forteljingar blant alvorleg sjuke og døyande. Det er ikkje tvil om at mange av eksempla og mykje av argumentasjonen til Ricoeur ovrar seg på eit prinsipielt plan som kan verke langt frå eigen praksis. Eg vil likevel hevda at Ricoeurs omgrep narrativ identitet kan vere eit viktig normativt fundament for mitt arbeid. Målet for Ricoeurs OAA er ein sjølvets hermeneutikk, underforstått: sjølvet er ikkje noko umiddelbart gitt, men noko vi må fortolke for å kunne gripe. Denne fortolkinga inneber forteljing. Ved å fortelje ei livshistorie får vi presentert hendingane og handlingane slik forteljaren ser det: det som utgjer den narrative identiteten. Og som Ricoeur understrekar: Å sjå livet som ei forteljing handlar ikkje berre om at det er identitetsstyrkande, men at det faktisk er den einaste måten vi kan skjønne personleg identitet på, om vi skal kunne gripe den som noko fast og foranderleg på same tid.

Tilbakemeldingane frå deltakarane eg har møtt i arbeidet med forteljingar blant alvorleg sjuke og døyande, har ofte gått på to ting: at det har vore godt å få fortelje, og at dei blir kjende med kvarandre på ein heilt spesiell måte gjennom forteljingane. Skal vi få ei forståing av desse pasientane, ikkje berre som pasientar, men som menneske, må vi spørje om kven dei er, ikkje berre diagnosen (kva dei er). Og for å kunne svare på det, må dei få sjansen til å fortelje, å få stadfesta sin narrative identitet: "To answer the question 'Who?' [...] is to tell a story of a life. The story told tells about the action of the 'who'. And the identity of this 'who' therefore itself must be narrative identity" (Ricoeur 1988, s. 246).

LITTERATUR

- Heap, K. (1996). *Samtalen i eldreomsorgen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ricoeur, P. (1988). *Time and Narrative, Volume 3* (K. Blamey, D. Pellauer, Oms.). Chicago: University of Chicago Press. (Originalutg. publisert 1985)
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another* (K. Blamey, oms.). Chicago: University of Chicago Press. (Originalutg. publisert 1990)
- Simms, K. (2003). *Paul Ricoeur*. London: Routledge
- Synnes, O., Ådlandsvik, R., & Sætre, O. (2003). *Tonen og glaset. Pedagogisk arbeid med eldre og verbal kreativitet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Synnes, O. (2005). Med blikket gjennom livet: Eit forsvar for auka kontakt mellom unge og eldre i eit narrativt perspektiv. I R. Ådlandsvik (red.): *Læring gjennom livsløpet*. Oslo: Universitetsforlaget.

ISBN 978-82-997893-1-8