

# Kritiske perspektiver i helsefagene

Utdanning, yrkespraksis og  
forskning

---

Marte Feiring, Ingrid R. Knutsen, Truls I. Juritzen,  
Kristian Larsen (red.)





# Kritiske perspektiver i helsefagene





Marte Feiring, Truls I. Juritzen,  
Ingrid Ruud Knutsen og Kristian Larsen

# Kritiske perspektiver i helsefagene

Utdanning, yrkespraksis og forskning

CAPPELEN DAMM  
AKADEMISK

## **Critical perspectives in the health sciences: Education, professional practice, and research**

© Marte Feiring, Truls I. Juritzen, Ingrid Ruud Knutsen og Kristian Larsen

Dette verket omfattes av bestemmelsene i *Lov om opphavsretten til åndsverk m.v.* av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

ISBN 978-82-02-55031-8-PDF

Dette er en fagfelleverdert vitenskapelig antologi.

Boken er utgitt med støtte fra Høgskolen i Oslo og Akershus, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU, Høgskolen i Østfold og Aalborg Universitet.

Typesetting: Datapage India (Pvt.) Ltd.

Cover design: Cappelen Damm

Omslagsfoto: Marte Feiring

Cappelen Damm Akademisk/NOASP

[www.noasp.no](http://www.noasp.no)

# Innhold

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| <b>Forord.....</b> | <b>11</b> |
|--------------------|-----------|

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Innledning.....</b> | <b>13</b> |
|------------------------|-----------|

*Truls I. Juritzen, Marte Feiring, Kristian Larsen og Ingrid Ruud Knutsen*

|                  |    |
|------------------|----|
| Referanser ..... | 19 |
|------------------|----|

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Kritiske teories analysekraft i rapport om<br/>sundhedsprofessionelles uddannelsesbehov .....</b> | <b>21</b> |
|--|-----------|

*Kristian Larsen og Karin Højbjerg*

|  |    |
|--|----|
| Indledning, aktualitet og relevans ..... | 22 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| Empirisk grundlag, teori- og metodeovervejelser ..... | 24 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| Teori om historie og socialkonstruktivismen ..... | 26 |
|---|----|

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Teori om diskursernes magt ..... | 27 |
|----------------------------------|----|

|  |    |
|--|----|
| Teori om magtrelasjoner og habitus ..... | 29 |
|--|----|

|  |    |
|--|----|
| Fra efterspørgsel af kompetencer til dialektisk samskabelse - fra<br>reaktive til proaktive sundhedsprofessionelle ..... | 32 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| Strukturelle ændringer i samfundsforhold, organisering<br>og sundhed..... | 34 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| Fra hænder til hoveder i sundhedsarbejdet ..... | 37 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| Fra synlige og formelle til usynlige og uformelle læremestre..... | 40 |
|---|----|

|                   |    |
|-------------------|----|
| Opsummering ..... | 43 |
|-------------------|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| Referencer ..... | 45 |
|------------------|----|

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2 Diskursive strømninger i sykepleierutdanningen -<br/>bacheloroppgave, sjekklister og evidens .....</b> | <b>49</b> |
|---|-----------|

*Veslemøy Egede-Nissen og Ingrid Ruud Knutsen*

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Innledning og bakgrunn ..... | 50 |
|------------------------------|----|

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Bacheloroppgaven..... | 51 |
|-----------------------|----|

## INNHOOLD

|   |    |
|---|----|
| Kunnskapsbasert praksis.....                                    | 52 |
| Teori og metode.....  | 53 |
| Analytisk tilnærming.....                                       | 54 |
| Utdanningsfeltet som sosial struktur.....                       | 55 |
| Sosial praksis: rammeplan og fagplan.....                       | 57 |
| Diskursen om KBP og kvalitet i praksis.....                     | 60 |
| Tekstene: Bacheloroppgaven i sykepleie.....                     | 62 |
| Oppgavenes problemstillinger.....                               | 63 |
| Å skrive seg inn i en kunnskapsbasert praksis.....              | 63 |
| Bruk av sjekklister.....  | 64 |
| Nyttig forskning for endring av klinisk praksis?.....           | 68 |
| Diskusjon - diskursive strømninger i sykepleierutdanningen..... | 69 |
| Avslutning.....   | 73 |
| Referanser.....   | 74 |

### **3 Tilbake til saken .....77**

*Lene Tangaard og Karin Højbjerg*

|   |    |
|---|----|
| Indledning.....   | 78 |
| En case fra klinikken.....  | 82 |
| Hvorfor pædagogik ikke kan reduseres til metoder.....                       | 85 |
| Læringsstile i praksis – eksempler fra et nyligt<br>forskningsprosjekt..... | 86 |
| De mange intelligenser.....   | 88 |
| Mange intelligenser rummer ikke i sig selv en pædagogik.....                | 89 |
| Hvad er problemet?.....   | 90 |
| Tilbake til saken – at læse sig ind i stoffet.....                          | 92 |
| Konklusion og perspektivering.....  | 96 |
| Referencer.....   | 99 |

### **4 Frihet og selvstyring - NAVs dialogmøter som styringsteknologi ..... 101**

*Truls I. Juritzen*

|   |     |
|---|-----|
| Innledning.....                           | 102 |
| Bakgrunn, aktualitet og relevans.....     | 103 |
| Arbeidsfravær og -nærvær.....             | 105 |
| NAV og dialog.....                        | 106 |
| Governmentality – frihetsforvaltning..... | 107 |

|   |     |
|---|-----|
| Dialog - invitasjon til selvstyring ..... | 109 |
| Empiri .....                              | 111 |
| Dialog A - kontormedarbeideren .....      | 112 |
| Dialog B - transportarbeideren .....      | 117 |
| Diskusjon .....                           | 121 |
| Avslutning .....                          | 124 |
| Referanser .....                          | 125 |

**5 Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykelig overvekt..... 129**

*Ingrid Ruud Knutsen*

|   |     |
|---|-----|
| Innledning.....   | 130 |
| Teori og metodeoverveielser .....                       | 132 |
| Kapitlets kritiske blikk .....                          | 134 |
| Forståelse av overvekt.....                             | 137 |
| Behandlingsprogrammet .....                             | 139 |
| Forberedende kurs i livsstilsendring .....              | 140 |
| Å italesette seg selv.....                              | 140 |
| Å endre vaner .....                                     | 142 |
| Overvektskirurgi .....                                  | 145 |
| Dumping .....   | 146 |
| Fremtiden .....   | 147 |
| Selvstyring eller overstyring for å fremme helse? ..... | 148 |
| Referanser .....  | 151 |

**6 Borgerrettet forebyggelse af usundhed - et blik på diabetes..... 155**

*Anette Lykke Hindhede*

|   |     |
|---|-----|
| Inledning - opkomsten af «folkesygdomme» .....                          | 156 |
| Problematisering som teoretisk analytisk optik .....                    | 157 |
| Fra befolkningspolitik til mikropolitik .....                           | 159 |
| Metodiske forhold .....   | 164 |
| Resultater .....  | 164 |
| Diagnosticering som klassifikationsredskab .....                        | 164 |
| Adskillelsespraktikker i diabetes-klassificering.....                   | 165 |
| Sundhedspædagogikken og selvteknologierne i diabetesforebyggelsen ..... | 167 |
| Opsummering og diskussion.....  | 171 |
| Referencer .....  | 173 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>7 Rehabilitering – praksiser og diskurser om normalisering .....</b>              | <b>179</b> |
| <i>Søren Gytz Olesen og Marte Feiring</i>  |            |
| Innledning.....  | 180        |
| Revalidering som fysisk opptrening og arbeidstilrettelegging .....                   | 185        |
| Revalidering utvides til sosial livsveiledning.....                                  | 194        |
| Rehabilitering med borgeren som aktiv samarbeidspartner .....                        | 201        |
| Avslutning .....   | 203        |
| Referanser .....   | 204        |
| <br>   |            |
| <b>8 Transformasjon av en profesjon – sykehuset mellom penger og pasienter .....</b> | <b>207</b> |
| <i>Jorunn Andrea Brænd og Kristian Larsen</i>  |            |
| Innledning.....  | 208        |
| Studiens kritiske blikk.....   | 210        |
| Metodikk.....  | 213        |
| Empiri, resultater .....   | 215        |
| Profesjonell holdning .....  | 216        |
| Kunder, service og pasient .....   | 216        |
| Ledelse og medmenneskelighet .....   | 218        |
| Yrkesutøvelse .....  | 219        |
| Fagetikk og prioritet av og interaksjon med pasienter.....                           | 221        |
| Diskusjon .....  | 223        |
| Avslutning .....   | 227        |
| Referanser .....   | 229        |
| <br>   |            |
| <b>9 Etik på grænsen - at vælge donor .....</b>                                      | <b>233</b> |
| <i>Stine Willum Adrian</i>   |            |
| Indledning.....  | 234        |
| En ansvarlig etik?.....  | 236        |
| At undersøge sæddonation i praksis.....  | 238        |
| Fertilitetsrejsende og mulighed for donorvalg .....                                  | 239        |
| På grænsen til Danmark .....   | 240        |
| Anonym eller ikke-anonym donor? .....  | 243        |
| Donor på nettet.....   | 245        |
| Accountability som teknologietisk greb .....   | 248        |
| Referencer .....   | 252        |

**10 Evidens mellom objektivisering og kontekstualisering ..... 255**

*Gudrun Brottveit og Ingrid Femdal*

Innledning.....256  
 Fra vilkårlig til forskningsbasert praksis.....257  
 Helse- og sosialfagene - mellom et naturvitenskapelig og  
 humanvitenskapelig kunnskapsideal.....261  
 Fortellinger fra praksis.....266  
 Har vi mistet noe på veien? .....270  
 Evidens i fornyet drakt.....274  
 Avslutning .....276  
 Referanser .....277

**11 Fra deltakelse til brukermedvirkning  
 i helseforskningen ..... 281**

*Marte Feiring, Ida Heiaas og Per Koren Solvang*

Innledning.....282  
 Internasjonale tradisjoner .....284  
 Noen dilemmaer ved sammensatte forskningspraksiser.....287  
     Første dilemma: kollektiv brukerrepresentasjon og  
     subjektiv deltakelse.....288  
     Andre dilemma: subjektiv deltakelse og forskningens  
     vitenskapelige legitimitet .....293  
     Tredje dilemma: interessegrupper og forskningens  
     politiske legitimitet .....297  
 Avslutning .....303  
 Referanser .....305

**12 Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med  
 kritiske perspektiver? ..... 309**

*Kristian Larsen, Truls I. Juritzen, Ingrid Ruud Knutsen og Marte Feiring*

Kritikk er en sentral del av kunnskapsutviklingen .....311  
 Kritikk som respekt på forskjellige analytiske nivåer .....312  
 Kritikk i et historisk perspektiv: Kunnskapsutvikling skjer  
 i form av brudd.....314  
 Eksempel på kritiske perspektiver på fenomener i helsevesenet.....319  
 Å være kritisk og undersøkende - uten å foreslå løsninger .....321  
 Kritikk er en løpende prosess i helsevitenskap .....323  
 Den kritiske forskerens viktigste grep .....327

## INNHOOLD

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Avslutning .....               | 329        |
| Referanser .....               | 331        |
| <b>Bidragstere .....</b>       | <b>335</b> |
| Kort om redaktørene .....      | 335        |
| Kort om øvrige forfattere..... | 336        |



# Forord

Denne fagfellevurderte vitenskapelige antologien har vokst fram fra et tverrfaglig nettverk av forskere omtalt som «Kritiske helsestudier». Miljøet har sitt utgangspunkt i Høgskolen i Oslo og Akershus, men har deltakere fra universitets- og høgskolemiljøet i og rundt Oslo, foruten Norges teknisk-vitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim og Aalborg Universitet. Deltakerne i nettverket har siden 2012 møttes flere ganger i halvåret og diskutert klassiske teoretiske bidrag samt nyere teoretiske og egne empiriske studier. Vi startet ut med Bachelard, Canguilham og fortsatte med deres elever Foucault, Bourdieu og videre til Goffman, Giddens og Rose.

Ideen om å skrive en bok sammen ble initiert høsten 2014 og igangsatt året etter, støttet av antologimidler og publiseringsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus. Senere har vi mottatt publiseringsstøtte fra NTNU, Høgskolen i Østfold og Aalborg Universitet som er redaktørene og medforfatternes arbeidssteder. Forfatterne har både helsefaglig, sosialfaglig og samfunnsvitenskapelig bakgrunn.

Vi takker institusjonene som har bidratt med forskningstid og penger til publikasjonen, Tanja Strøm ved Høgskolen i Oslo og Akershus for hjelp og praktisk støtte, de anonyme fagfellene for deres arbeid og Ingrid Eitzen i Cappelen Damm Akademisk for samarbeidet om publisering av denne boken.

*Mai 2017*  
*Redaktørene*



# Innledning

*Truls I. Juritzen*<sup>a)</sup> (1. forfatter), *Marte Feiring*<sup>b)</sup>, *Kristian Larsen*<sup>c)</sup>,  
og *Ingrid Ruud Knutsen*<sup>d)</sup>

Vi lever i en tid der den vitenskapelige sannhetsproduksjonen er større enn noen gang, og der tradisjonelle og nyere formidlingskanaler evner å spre kunnskap av alle kvaliteter raskere og mer overbevisende enn på noe annet tidspunkt i historien. Helsepraksiser i de skandinaviske velferdsstatene nyter godt av stadig mer forskning, som også resulterer i endringer i hvordan velferdsstatens profesjoner og institusjoner møter sine brukere, pasienter og klienter.

På denne bakgrunnen vil vi med denne boken trekke opp et bredt spekter av kritiske perspektiver på helsetjenester og helsevitenskap. Boken søker å utfordre og oppfordre til kritisk refleksjon ved hjelp av ulike perspektiver på samfunnet, dets helseinstitusjoner, helseprofesjoner og helsearbeid. Men hva menes med kritikk, og hva skal man med kritikk i helsefaglige praksiser? Kritikk er nødvendig og grunnleggende i et samfunn

- 
- a) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus / CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services), Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
  - b) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
  - c) Institutt for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
  - d) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

som verdsetter viten og kunnskap utviklet og kvalitetssikret gjennom en vitenskapelig tilnærming.

Vitenskapshistorikeren og filosofen Thomas Kuhn (1962) pekte på at vitenskapelig utvikling foregår som en syklisk prosess innenfor et paradigme, og at ny kunnskap som ikke «passer inn», skaper brudd eller paradigmeskifter. Omveltninger innen vitenskapen handler sjelden om aksept fra et vitenskapelig miljø, men krever gjerne et generasjonsskifte blant forskere. Dette kan være med å forklare hvorfor kritikk kan være utfordrende og vanskelig slipper til som legitime spørsmål rettet mot et vitenskapelig felt. I denne boken anser vi kritikken som en nødvendig premiss i et samfunn der vitenskapen er tilstedeværende og sentral på nær sagt alle livsområder.

Det kan synes paradoksalt at temaene som belyses i et kritisk perspektiv, selv kan sies å være resultatet av et kritisk vitenskapelig arbeid. For eksempel kan vektleggingen av evidensbasert praksis forstås som en kritikk av at helsefaglige praksiser i for liten grad har vært basert på det nyeste og beste av vitenskapelig dokumentert kunnskap. Et annet eksempel er dagens vektlegging av brukermedvirkning i behandling, tjenesteutforming og forskning. Dette kan i stor grad sees som resultatet av årtier med kritikk av paternalistiske og egenrådige helse- og sosialprofesjoner. På samme måte kan satsing på folkehelse og forebygging for å optimalisere helse og minimalisere sykdom i befolkningen forstås som en kritikk av et reaktivt og sykdomsorientert helsevesen som agerer først når sykdom og skade er et faktum, i stedet for å forebygge. Slik sett kan evidensbasering, brukermedvirkning og folkehelsearbeid framstå som hardt tilkjempede, vellykkede og svært ønskelige resultater av kritisk vitenskapelig virksomhet. I lys av dette kan man stille spørsmål ved hva meningen er med å utsette slike «opplagte goder» for enda mer kritikk?

Svaret på dette ligger i vårt syn på kritikk og kritisk virksomhet. Med kritikk forstår vi noe helt annet og delvis motsatt av det å legge vekt på noe problematisk eller utfordrende. Kritikk er ikke å vurdere noe umiddelbart og moralsk, og det dreier seg heller ikke om å være for eller imot noe. I denne sammenhengen er kritikk et viktig element for vekst og utvikling. Her menes en ettertenksomhet som med moderne språkbruk er innovativ og kan stimulere til å tenke ikke bare på langs, men også på tvers av konvensjoner om sykdom, helse, profesjoner, utdanning og forskning. Kritikk er i denne sammenheng positivt ladet og et grunnelement i utviklingen i alt helsearbeid.

Begrunnelsene for at det er behov for et kritisk blikk, også når vi undersøker det som i tiden kan framstå som det nyeste og ypperste, er lett å finne om vi gjør et historisk tilbakeblikk. Når et vitenskapelig arbeid belønnes med en nobelpris, tenker de fleste av oss at det er en bragd hevet over diskusjon, tvil og kritikk. Ekeland (2014) minner oss om en nobelpris som ble utdelt i 1949 til portugiseren Egas Moniz: «... for his discovery of the therapeutic value of leucotomy in certain psychoses».<sup>1</sup> Moniz fikk altså prisen for å ha utviklet en kirurgisk metode (lobotomi) som ble svært høyt verdsatt i sin samtid. Lobotomi – som ble utført i stort omfang helt fram til 1970-årene i Norge – ble ofte utført uten pasienters samtykke, det var høy dødelighet, og metoden førte til en rekke alvorlige bivirkninger (Aas og Vestgården, 2014). Nå er metoden forlatt og bedømmes som eksperimentell og barbarisk, som en behandling utført på bekostning av dem som ble behandlet. I Norge er pasienter som gjennomgikk denne formen for

---

1 [https://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-facts.html](https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-facts.html) (lest mars 2017)

psykokirurgi, tilkjent billighetserstatning (Aas og Vestgården, 2014).<sup>2</sup> Denne erfaringen kan være en påminnelse nettopp om behovet for grundige og vedvarende kritiske undersøkelser også av vitenskapens «beste» øyeblikk. Kanskje er behovet for kritiske perspektiver spesielt nødvendig i en tid der forskningen i økende grad verdsettes etter hvor nyttig og anvendelig den er, og det optimale kan synes å gjøre veien fra tanke til handling (og økonomisk gevinst) så kort som mulig.

Vi vil bidra til å kritisk undersøke og diskutere saksområdene bokens kapitler tar sitt utgangspunkt i. Bokens nedslagsområde er helsefaglige praksiser, og vi vil vise betydningen av å belyse disse feltene gjennom et teoretisk blikk eller et perspektiv som er eksternt og «fremmed». Med det ønsker vi å minne om at «ting kunne vært annerledes» – vi nøyer oss ikke med å kritisk undersøke om det er «god» eller «dårlig» brukermedvirkning, evidens eller folkehelsearbeid. Vi bestreber oss på å uroe sentrale ideer innenfor helsefagenes utdanning, yrkespraksis og forskning og viser hvordan nødvendige, viktige og ønskelige praksiser også kan ha utilsiktede og mulig negative effekter, selv når de praktiseres «på sitt beste». Gjennomgående er kapitlene forankret i empiriske data eller materiale som i framstillingen diskuteres i lys av ulike teoretiske perspektiver. Intensjonen er å utfordre og stille spørsmål som ofte ikke stilles.

Antologien har 12 kapitler som er fordelt på tre områder: helsefaglig utdanning, yrkespraksis og forskning. Innenfor området utdanning er det tre kapitler som på ulike måter stiller spørsmål ved, utfordrer og diskuterer utdanningspraksiser. Helsefagutdanningene er under en kontinuerlig omstilling og omorganisering der kryssende krav og forventinger griper

---

2 <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1994-1995/inns-199495-205/3/> (lest mars 2017)

styrende inn og former fagenes teoretiske og praktiske innhold og hvordan de pedagogisk skal formidles til framtidens fagutøvere. Larsen og Højbjerg utfordrer i kapittel 1, «Kritiske teoriers analysekraft i rapport om sunhedsprofessionelles uddannelsesbehov», den allmenne og lineære forståelsen av sammenheng mellom teori og praksis i utdanning av helsearbeidere. Ved bruk av sosialkonstruktivistiske perspektiver utfordres og belyses kompleksiteten i dette forholdet. I Egede-Nissen og Knutsens kapittel 2, «Diskursive strømninger i sykepleierutdanningen», utfordres den diskursive forståelsen av kunnskap i bachelorutdanningen i sykepleie, i en tid der kunnskapsbasert praksis (KBP) settes opp som den gyldige tilnærmingen til god praksis. Ved hjelp av kritisk diskursanalyse analyseres kunnskapsdiskurser og interaksjon mellom bacheloroppgavens tekster og den sosiale praksisen. I det tredje kapitlet, med tittelen «Tilbake til saken», diskuterer Tanggaard og Højbjerg hvordan dagens pedagogiske diskurser har flyttet oppmerksomheten fra fag til individ, med vektlegging av elevens personlige læringsstiler. Med utgangspunkt i Gardner utfordres dagens individorienterte tilnærminger innenfor pedagogikk som har basis i psykologiorienterte diskurser.

Helsefaglig yrkespraksis utfordres og kritiseres fra mange hold. Mottakerne av helsetjenester får en stadig tydeligere stemme gjennom vektlegging av brukerperspektiver i nær sagt alle ledd i organiseringen og praktiseringen av helsefagene. De som legger rammene for og vedtar finansieringen av helse-tjenester, politikerne, er også tydelig på banen med krav og styringsvilje. Dette danner bakgrunnen for antologiens seks kapitler innenfor temaet yrkespraksis. Juritzens kapittel 4, «Frihet og selvstyring – NAVs dialogmøter som styringsteknologi», diskuterer hvordan idealer om maktomfordeling spiller seg ut i dialoger mellom aktørene innenfor Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). For å utfordre dagens praksis trekkes det

veksler på Foucault og hans perspektiver på makt og governmentality. Knutsens kapittel 5, «Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykelig overvekt», diskuterer strategier som settes i spill i et behandlingsprogram for voksne med sykelig overvekt, og her bidrar Foucaults perspektiver på diskurs, makt og selvstyring i en kritisk tilnærming til empowermentpraksiser på overvektsfeltet i dag. Hindhede diskuterer i kapittel 6, «Borgerrettet forebyggelse af usundhed - et blik på diabetes», hvordan konstruksjon av folkesykdommer i dagens samfunn kan forstås som et politisk prosjekt. Kapitlet trekker veksler på Foucault og hans forståelser av makt og styringsteknologier. I kapitlet til Gytz Olesen og Feiring, «Rehabilitering – praksiser og diskurser om normalisering» (kapittel 7), identifiseres tre sosiale praksiser innen rehabiliteringen i Danmark etter 1945 - omtalt som: revalidering, utvidet revalidering og rehabilitering. De skiftende praksisene innebærer samtidig ulike former for normalisering av befolkningen, dette er analysert fram som ulike diskurser. Brænd og Larsen har skrevet kapitlet «Transformasjon av en profesjon – sykehuset mellom penger og pasienter» (kapittel 8) og diskuterer hvordan økonomiske forståelser (New Public Management) spilles ut i helsetjenesten og trer videre inn i faglig argumentasjon og rasjonalitet blant sykepleiere. Forfatterne trekker veksler på ulike teorier, men diskuterer blant annet dagens velferdsdiskurser i lys av Bourdieu og Rose. Det siste kapitlet som legger vekt på helsefaglige praksiser, er skrevet av Adrian og har tittelen «Etik på grænsen – at vælge donor» (kapittel 9). Her diskuterer forfatteren hvordan etiske grenser utfordres og overskrides i praksiser rundt fertilitetsbehandling. Haraways begrep om «accountability» er sentralt i analysen.

Med framveksten av informasjonssamfunnet er mye kunnskap, av til dels svært varierende kvalitet, blitt tilgjengelig både



for helseprofesjonenes utøver og den alminnelig borger i rollen som bruker eller pårørende. Utviklingen aktualiserer helsefag- enes egen vitensproduksjon og hvilken status ulike kunnskaps- og vitensformer skal tillegges.

Antologiens siste tema er helseforskning, og det belyses i tre kapitler. Brottveit og Femdal har skrevet kapitlet «Evidens mel- lom objektivisering og kontekstualisering» (kapittel 10), tar et oppgjør med den evidensbaserte medisinenes innflytelse i profe- sjonsfagene og argumenterer for en utvidet og mer inklude- rende forståelse for kunnskapsgrunnlaget i helse- og sosialfagene. Som et alternativ til naturvitenskapens evidensbaserte kunn- skapsbegrep foreslås erfaringsbasert evidens, der brukererfaring og utøvelse av et faglig profesjonelt skjønn gis større legitimitet. De trekker særlig veksler på Nerheims diskusjoner om viten- skapsteoretiske perspektiver på dette området. I kapitlet «Fra deltakelse til brukermedvirkning i helseforskningen» av Feiring, Solvang og Heiaas (kapittel 11) utfordres dagens betydning av brukerperspektivet i forskning. De peker på ulike historiske former for samarbeid og kunnskapsposisjoner innenfor fors- kningsfeltet og baserer analysene på Bourdieu og Grimen. I det avsluttende kapitlet (12) stiller redaktørene spørsmålene: «Hva er kritikk i helsefagene, og hva skal vi med kritiske perspektiver?»

## Referanser

- Aas, S. og Vestgården, T. (2014). *Skammens historie : Den norske stats mørke sider 1814–2014*. Oslo: Cappelen Damm.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt - og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), s. 211–220.
- Kuhn, T. S., Neurath, O., Carnap, R. mfl. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

## Øvrige referanser

The official web site of the Nobel Prize

[https://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-facts.html](https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-facts.html) (lest mars 2017)

Stortinget Innst. S. nr. 205 (1994–1995)

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1994-1995/inns-199495-205/3/> (lest mars 2017)

# 1

## Kritiske teories analysekraft i rapport om sundhedsprofessionelles uddannelsesbehov

*Kristian Larsen* <sup>a)</sup> (1. forfatter) og *Karin Højbjerg* <sup>b)</sup>

### **The power of critical analysis on future needs for education for health care professionals**

This chapter aims to show the potential of theory to facilitate a critical contribution to decision makers on health care issues. The starting point is the work of a report on how medium cycle health care education programs could deliver future-proof, relevant competences to future health care in Denmark. The authors of this chapter were involved in this report upon request from the unions of Danish health care

- 
- a) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
  - b) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

professionals. In this chapter the underlying critical sociological and pedagogical theories are made explicit. The authors deconstruct naturalized conceptions of how health care professionals think about themselves, and argue that it is optional to go beyond naturalized assumptions of health and care. Rather than reacting to specific competences defined by others, it is shown how critical theories can facilitate a pro-active view, and give examples on how everyday and political constructions suppress nursing, physiotherapy etc. Critical theories have the potential to enhance a critical attitude among health care professionals. Public healthcare cannot afford to let students work solely with applied sciences meant for simple implementation. Health care is a complex and dynamic business requiring skilled professionals at all levels – also when it comes to contributing to influential decisionmaking processes.

## Indledning, aktualitet og relevans

I store dele af den vestlige verden, men også i Kina og Indien udtrykkes der politisk interesse for at vide, hvordan der kan sikres et godt match mellem, hvad arbejdsmarkedet kræver af kompetencer, og hvad uddannelsessystemet uddanner til (Westbury, 1998, Cerny 2010, Gibbons mfl., 1994). I tråd med denne interesse har der i Danmark været iværksat undersøgelser af, hvordan de mellemlange videregående sundhedsuddannelser skal kunne levere fremtidssikrede og relevante kompetencer til et fremtidigt sundhedsvæsen (Larsen mfl., 2014). Ideen med undersøgelsen var, at resultaterne skulle være bestemmende for, hvordan uddannelsernes form og indhold skulle se ud i fremtiden. På opdrag fra Sundhedskartellet<sup>3</sup>

---

3 Sundhedskartellet omfatter følgende medlemsorganisationer: Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen, Jordemoderforeningen, Dansk Tandplejerforening, Farmakonomforeningen, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Radiograf Rådet, Danske Bioanalytikere, Danske Psykomotoriske Terapeuter samt Kost & Ernæringsforbundet.

gennemførte vi som forskere fra Aalborg Universitet København<sup>n</sup>, Institut for Læring og Filosofi i 2014 en undersøgelse i Danmark i et samarbejde med Implement Consulting Group (et privat konsulentfirma) og Sundhedskartellet om behov for sundhedsuddannelser om 15–20 år. De danske fagforeninger indenfor de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Sundhedskartellet, havde en ambition om at tilvejebringe et beslutningsgrundlag, som var anderledes, end det de forventede fra ministeriel side, og vi havde som sundheds- og læringsforskere en interesse i at tilbyde vores viden i denne kontekst. I rapporten blev de teoretiske tilgange ikke efterspurgt, og var derfor ikke direkte beskrevet, men i denne artikel vil vi sammen med de metodiske og empiriske overvejelser eksplicite disse. Hensigten med kapitlet er at vise, hvordan en teoris analytiske kraft kan gøre det muligt at komme med et kritisk indspil til beslutningstagere.

Blandt vores egne studerende på kandidatuddannelsen i Læring og forandringsprocesser på Aalborg Universitet i Danmark oplever vi af og til studerende, der finder det vanskeligt at se værdien af at bruge teorier i undersøgelsesarbejde. Vi vil derfor med forskellige nedslag vise, hvordan teoretiske perspektiver i et undersøgelsesarbejde netop kan bidrage med at fremhæve forhold, man ellers ikke umiddelbart får øje på. Det, der ellers kan opfattes som en enkel undersøgelse, som det politiske system kan bruge til at regulere og styre et samfund med, rummer mulighed for med teoretiske perspektiver at gå bagom de umiddelbare måder, som fænomener formidles og fremtræder på. Vi vil give eksempler på, hvordan viden og videnskabelige tilgange involverer magt, for eksempel i forhold til, hvad der løftes frem og skubbes i baggrunden, når man analyserer forhold mellem uddannelse, arbejdsmarked, sundhed og politik.

Vi anser det for vigtigt at vænne sig til at arbejde med teoretiske hjælperedskaber i arbejdet som sundhedsprofessionel (sygeplejerske (sykepleier på norsk), diætist, fysioterapeut, jordemoder mv.) Både som administrator og underviser på de relevante områder men også som studerende, der på sigt skal virke som fremtidig, fuldgyldig professionel, kliniker, administrator, underviser eller forsker. Det, der kan virke ligetil og enkelt, er oftest mere kompliceret og rummer ligefrem modsatrettede interesser, når man analyserer det mere i dybden. På denne måde kan dette kapitel fungere som en case på vigtigheden af at vise, hvad et teoretisk blik kan give mulighed for at få øje på. I en almindelig og fremherskende forestilling anses det som en anerkendt sandhed, at forskere producerer viden, underviser og formidler viden, mens praktikere derimod anvender viden. Det er ambitionen at nuancere et sådant perspektiv og at fremhæve nødvendigheden af, at nye i et fagområde, dvs. studerende, bør trænes i at tænke bagom fænomener. Det kan være for eksempel være fænomener som kropsidealer, hverdagsrehabilitering, accelererede patientforløb, standardisering og tværfagligt samarbejde. Det vil sige fænomener, der optræder i hverdagen, og som både brugere og professionelle taler indforstået om. Her må de sundhedsprofessionelle foretage et stykke mentalt tænkearbejde og nuancere viden i forhold til eget fagområde for at kunne agere på et mere kvalificeret grundlag. Dette vil være til gavn for det sundhedsprofessionelle arbejde i relationen med patienten, men også for professionen, organisationen/sundhedsinstitutionen og samfundet.

## **Empirisk grundlag, teori- og metodeovervejelser**

Den aktuelle undersøgelse var motiveret af behovet for at fremlægge dokumentation og analyser af arbejdsmarked og uddannelser som

et supplement til en parallel undersøgelse, som var gennemført af konsulentfirmaet *NewInsight* på opdrag af Uddannelses- og Forskningsministeriet (NewInsight, 2014). I denne rapport var oplægget formuleret på denne måde: «Baggrunden for uddannelsesfremsynet er, at Uddannelses- og Forskningsministeriet ønskede, at New Insight A/S skulle gennemføre et fremsyn, der skulle belyse de fremtidige kompetencebehov på tværs af sundhedsområdet, særligt i forhold til professionsbachelorniveauet» (s. 4). Sundhedskartellet ønskede således at supplere en politisk motiveret rapport med en rapport, som i højere grad var fagforeningspolitisk motiveret.

I vores undersøgelse ville vi vide, hvordan en række aktører på området så på fremtidens arbejdsmarked og behov for kompetencer i relation til de sundhedsprofessionelle. Vi tog udgangspunkt i nogle antagelser om, at der kommer flere sundhedsteknologier i spil, at mennesker lever længere og får flere diagnoser, og spørgsmålene var, hvordan man skulle tænke uddannelse af de sundhedsprofessionelle i den sammenhæng. Der indgik en bred vifte af empirisk materiale forud for rapporten. En *spørgeskemaundersøgelse* blev udsendt til 1216 sundhedsprofessionelle, både ledere og medarbejdere. Svarprocenten var på 42 %, dvs. 511 respondenter var involveret. Skemaet var for-struktureret med temaer omkring læring i skoledel og praksisdal, arbejdsområder, overdragelse af arbejdsområder og med mulighed for også at skrive fri tekst. Der indgik *interviews* med udvalgte interessenter, herunder med udvalgte ressourcepersoner i form af forskere fra danske, norske og svenske forskningsmiljøer samt interviews med en række policy-relaterede informanter om nuværende og fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov i andre lande. Også *rapporter og litteraturstudier i form af review* af relevant forskningslitteratur om sundhed, teknologi, ulighed i sundhed, profession og uddannelse blev

inddraget. Som forarbejde til alle disse empiriske tilgange havde vi udviklet halvstrukturerede guides, som var inspireret af dels forskning relevant for området, dels de teoretiske tilgange. Slutteligt indgik som empirisk grundlag *en række workshops* med inddragelse af ca. 90 ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper (se endvidere Larsen mfl., 2014, s. 2 i bilagsrapporten).

I det følgende vil vi gøre rede for teoretiske tilgange og grundbegreber, som har været virksomme i arbejdet med rapporten. Det drejer sig primært om teorier indenfor sociologi og pædagogik, som på forskellig måde angår spørgsmål om, hvordan man kan beskrive, forstå og forklare, hvordan historiske forhold er aktive i nutiden i særlige praksisformer, og som kan kaste lys over relationer mellem stat, arbejdsmarked, uddannelse, profession og læring.

## Teori om historie og socialkonstruktivisme

I forhold til det sociale og historiske har det været et centralt teoretisk udgangspunkt, at det der «er», er «blevet». Det betyder, at når vi skal analysere komplekse relationer mellem de danske uddannelser, professionerne og arbejdsmarkedet, ligger der en lang social og kulturel historie bag. Denne tænkning får blandt andet som konsekvens, at vi ser, at vi som mennesker over tid og i strid har fået etableret nogle måder at organisere os på, som beror på dominansrelationer og ulige adgang til privilegier. Vurderingen af, hvad der i en gruppe af professionelle anses for at være værdifuldt, indlejres institutionelt, i love og bekendtgørelser, i uddannelser, i læreplaner og kropsligt over tid, og sætter sig som en stærk, kulturel vane. På denne måde kan man sige, at det naturlige er kulturligt. Det, som er blevet selvsagt for os, er skabt over tid af mennesker. Der ligger i dette perspektiv en afvisning af essenstænkning. Man kan således ikke sige, at «det hele er socialt»,



«det ligger heller ikke i generne» eller er «bestemt af Gud». Dette er centralt i socialkonstruktivistisk tænkning. I denne filosofiske og videnskabsteoretiske grundantagelse er menneskelig erkendelse socialt konstrueret (Rasborg, 2012, s. 349). Man kan for eksempel tænke, at det er naturligt at forestille sig, at studerende eller kursusdeltagere har mangler, og at det er en uddannelsesinstitutions ansvar at fylde hullerne ud, så de passer til et bestående samfunds (dominerende) værdier. Men denne tænkning beror på en naturlighed, som det er muligt at tænke anderledes om. Man kunne også forestille sig, at studerende eller kursusdeltagere havde ressourcer og etiske forestillinger, som kunne bidrage til udvikling af de sundhedsprofessionelles virksomhedsområder og præge en udvikling og forandring i en retning, som kunne tilføje eller nytænke et virksomhedsområde. På denne måde bliver det muligt at være kritisk overfor alle de begreber, der beskriver tingenes tilstand som «naturlige», «åbenbare» eller «selvsagte».

## Teori om diskursernes magt

Indenfor (kritisk) diskursanalyse (Fairclough, 1992) udgør diskurs en vigtig dimension af enhver social praksis. Det betyder, at vi som mennesker udøver en materiel praktik, dvs. vores kroppe agerer og gør noget, men vi er også sprobrugere. Sproget er imidlertid ikke et neutralt eller objektivt system, gennem hvilket man blot kommunikerer med hinanden. Sproget er også ligesom kroppene, institutionerne og staten, formet af mennesker og deres relationer og samtidig formende. Der er således relationer mellem «verden» og «sproget», og sproget udgør et stabilt, men også foranderligt system. Sproget er «kontingent», hvilket vil sige, at det er socialt, kulturelt og historisk specifikt (Phillips, 2010, s. 266). I diskursanalyser fokuserer man på sproget og på, hvordan sproget indgår i at

konstituere viden, identitet og magt. Det vil sige både gennem det, der siges eksplicit, så at sige positivt, men også gennem det, der samtidig ikke siges. Det beskrives, at diskurser konstituerer viden, identitet og magt på bestemte måder, som slører, marginaliserer eller helt udelukker andres videns- og handleformer (Phillips, 2010 s. 284). Når man analyserer ved brug af denne type diskursanalyser, retter man sin opmærksomhed både mod små og subtile – men også de mere tydelige og dominerende – magtformer, der formidles gennem sproget. Når der for eksempel savnes arbejdskraft indenfor sundhedsområdet, så formidles det ofte i medierne, at der mangler «hænder», mens der tilsvarende mangler «hoveder», når det angår medicin, dvs. en anden og implicit vigtigere legemsdel. Hvis vi ser på diskursanalyser i en større sammenhæng, kan for eksempel overnationale dokumenter om sundhedsfremme fra WHO ændre diskurser og tilhørende klassifikationer og logikker, som det skete, da man gik fra *new social movement* diskurs og *ecosocial justice* i Ottawa-charteret fra 1986 til en *new capitalist* diskurs om lov og økonomi i charteret fra Bangkok i 2005. (Porter, 2007, s. 72). Porter viser (Porter, 2007, s. 74) via diskursanalyse, hvordan der sker et skifte i disse centrale dokumenter fra «mennesker» til «forbrugere», fra «arbejdere» til «ansatte», og hvordan sproget anvendt i relation til sundhedsfremme producerer og reproducerer magtrelationer.

Man vil som modifikation af diskursanalyser med den franske sociolog Pierre Bourdieu sige, at diskursanalyser ikke kan stå alene. De skal kobles med studier af magtrelationer i sociale felter, hvor i det mindste det, der siges, skal relateres til positioner i feltet af synspunkter i eksempelvis det videnskabelige, medicinske eller uddannelsesmæssige felt. Det er for eksempel relevant at undersøge, hvorvidt et udsagn om sundhed kommer fra

Sundhedsstyrelsen, lægemiddelindustrien, en patientforening eller en faglig organisation. Pointen er, at man må forstå at relatere de oftest modstridende udsagn om sundhed på en sådan måde, så de ses i relation til hinanden. Sundhedsstyrelsen vil sikre bedst mulig medicinsk evidens for udvikling af sundhedsprincipper (for eksempel indsats i relation til «KRAM faktorerne»: Kost, Rygning, Alkohol og Motion); lægemiddelindustrien vil optimere forskning i samt udvikling og salg af nye lægemidler til et lægemiddelmarked; patientforeninger vil optimere patientsikkerhed og bedst mulige behandlingsmuligheder, og en faglig organisation vil arbejde på, at deres faggrupper konsoliderer og udvider området for deres professionelle indsats. Der er eller kan være modstrid mellem disse interesser. Og de kan i et feltperspektiv forstås som konkurrerende positioneringer i et sundhedsfelt, der indbyrdes konkurrerer om at definere, hvilken interesse der skal være den toneangivende indenfor dette felt.

## Teori om magtrelationer og habitus

I en hverdagslig forståelse kan man opfatte, at mennesket er et rationelt væsen, der hele tiden søger at optimere sin egen eller andres situation ud fra en bevidst og reflektiv indsigt i, hvad der kan og skal gøres i forskellige situationer. Men helt så enkelt er det ikke, når vi analyserer menneskelig adfærd med kritiske teorier. Med Bourdieus grundsyn antager vi, at mennesket handler med en fornuft uden dog nødvendigvis at være eksplicit rationelt. Den teoretiske antagelse er, at mennesket ikke hele tiden eksplicit formulerer mål og bevidst tilrettelægger en strategi, der opregner egne ressourcer og de objektive midler, som er nødvendige (Bourdieu, 1977). Ifølge Bourdieu er der i kroppen inkorporeret specifikke

dispositioner for at handle på en bestemt måde. Over tid har implicitte forestillinger om, hvad der i visse felter anses for at være værdifuldt at sige og gøre, lagret sig som en praktisk sans. Denne teoretiske begrebssættelse omtaler Bourdieu som habitus. Han siger herom:

«Subjekterne» er i virkeligheden handlende, vidende agenter, som har en «praktisk sans» [...] Den praktiske sans er et erhvervet system af præferencer, af principper for hvordan verden skal anskues og opdeles (dvs. det man sædvanligvis kalder smag), af varige kognitive strukturer (der i alt væsentligt er resultatet af kropsliggørelsen af objektive strukturer) og af handlingsskemata, som orienterer opfattelsen af den givne situation. Agenternes habitus er denne form for praktisk sans for, hvad der skal gøres i en given situation – det som man i sportens verden kalder en sans for spillet, kunsten at forudane, hvordan spillet vil udvikle sig [...] (Bourdieu, 1997, s. 44).

Dette blik kan vise, hvad der også spiller ind, når de sundhedsprofessionelle agerer i en praktisk virkelighed. Begrebet om habitus vil kunne forklare, hvordan en række dispositioner, som er nedfældet i kroppen gennem barndom og opvækst og ikke mindst uddannelse, er virksomme i den professionelle praksis (Petersen, 1996). Sagt med andre ord: Når en sygeplejerske eller socialrådgiver agerer i det professionelle arbejde, så gør hun, uden nødvendigvis at tænke over det, brug af en lang række principper for værdier i væremåder for, hvordan man interagerer med andre mennesker. Dette kan for eksempel forklare, hvorfor hun ikke kun handler på baggrund af evidens, faglige regler, manualer eller standarder. Samtidig kan habitusbegrebet forklare, hvorfor organisatoriske forandringer oftest sker trægt, og implementering af nye retningslinjer kan forekomme langsommelig.

Over tid sker der trods alt løbende transformationer af arbejdsgange og rutiner indenfor sundhedsvæsenet, og ikke alle forandringer opfattes umiddelbart lige acceptable for de sundhedsprofessionelle. Hvordan kan det da forklares, at mennesker finder sig i, hvad der kan opfattes som urimelige og tåbelige arbejdsgange og arbejdsmåder i sundhedsvæsenet eller den sociale sektor? Hvordan kan det være, at nogle faggrupper finder sig i og ligefrem selv understøtter deres egen undertrykkelse? Her er det relevant at præsentere Bourdieus begreb om symbolsk vold:

Enhver magt til at udøve symbolsk vold, det vil sige enhver magt som det lykkes at gøre sine betydninger gældende, og at gøre dem gældende som legitime ved at skjule de styrkeforhold, der ligger til grund for dens magt, tilfører disse styrkeforhold sin egen, det vil sige rent symbolske kraft (Bourdieu, 2006, s. 24).

I et givent felt – for eksempel sundhedsvæsenet – er styrkeforholdet mellem forskellige positioner sådan, at den herskende har styrken til at påføre *sin* definition, som den alment anerkendte (definition) som den rigtige. For eksempel kan de mellemuddannede sundhedsprofessionelle synes, at evidensbaseret viden er vigtig for en professions udøvelse. Og uddannelserne kan satse på at arbejde med evidens. Men på samme tid underlægger man sig en diskurs, defineret af den dominerende faggruppe på sundhedsområdet, og forholdet mellem de sundhedsprofessionelle reproduceres således, at de faggrupper, der traditionelt har haft det som sit særkende at arbejde med evidens, lægeprofessionen, befæster sin dominerende position indenfor sundhedsfeltet.

I det følgende vil vi præsentere nogle af tematikkerne fra rapporten om uddannelse af fremtidens sundhedsprofessionelle, der med dette blik har været mulige for os at få øje på.

## Fra efterspørgsel af kompetencer til dialektisk samskabelse - fra reaktive til proaktive sundhedsprofessionelle

Når vi anlagde et kritisk perspektiv på opdraget for denne undersøgelse, var det tydeligt for os, at allerede oplægget skulle omarbejdes. Ud fra den dominerende diskurs var udgangspunktet, at samfundet ændrer sig, hvilket i dette perspektiv ville sige de sundhedsprofessionelles arbejdsmarked. Derfor blev det taget for givet, at spørgsmålet var, hvordan uddannelserne skulle sammensættes og organiseres for at rette ind og matche samfundets og arbejdsmarkedets behov. Problemet med denne tilgang var imidlertid, at det her fortrænges, at uddannelser set i alternativt og socialkonstruktivistisk perspektiv ikke blot udfylder det hul, som samfundsudviklingen har skabt. Uddannelse er også med til at skabe en samfundsudvikling. Derfor blev det i stedet formuleret i projektet:

I projektforløbet kortlægges og analyseres der ikke alene ud fra en teknokratisk, myndigheds-baseret vinkel, hvor strukturelle og samfundsmæssige forandringer forudsættes at medføre ændrede kompetencebehov og ændrede krav til uddannelsestilrettelæggelse – men også modsat, det vil sige, at uddannelse og faglige læreprocesser i sig selv er medskabende, når det gælder nye kompetencer og praksisser, som i sig selv kan bidrage til nye strukturelle og samfundsmæssige forandringer. (Larsen mfl., 2014 s. 8).

Vi forsøgte på denne måde, inspireret af diskursanalysen og sociologisk teori, at dekonstruere de «naturlige» og «selvindlysende» tænkemåder. Den dominerende diskurs virkede umiddelbart som et neutralt og objektivi fælles univers, men samtidigt blev det cementeret, at uddannelse blot udfylder et hul. Imidlertid ved vi fra uddannelsesstudier, at

uddannelse både er skabt af og er skabende af samfund (Bourdieu og Passeron, 2006; Larsen, 1999; Bayer og Brinkkjær, 2008; Højbjerg, 2011).

Vi omdefinerede en implicit og for os alt for forenklende præmis om, at uddannelserne på sundhedsområdet skulle «fylde på» eller «lappe på», hvad samfundet manglede af arbejdskraft i forhold til (den nødvendige) samfundsudvikling. De sundhedsprofessionelle kom herved i værste fald til at fremstå som dødvægt i en ønskelig acceleration og i bedste fald som det, man kunne kalde reaktive assistenter til udviklingsprocessen. Det vil sige, at de tænkte at skulle reagere på og tilpasse sig de løbende udfordringer i takt med, at de dukkede op og var åbenbare for enhver. I dag ses for eksempel udvikling som fremvækst af ny teknologi. Reaktionen må da være, at der må teknologi ind i uddannelsen. Der publiceres dagligt ny evidensviden, reaktionen må da være, at der må litteratursøgning efter evidens ind i uddannelsen. Der er mangfoldige smittekilder; der må da formidles mere undervisning i infektionsspatologi osv.

Den dominerende diskurs signalerede samtidig, at sundhedsprofessionerne udgjorde en gruppe, der havde en række fejl og mangler, der skulle rettes op på. I stedet introducerede vi en «dialektik mellem samfundsforhold, erhvervsforhold og uddannelsesforhold» (Larsen mfl., 2014 bilag s. 4), som gav mulighed for at overskride forestillingen om de sundhedsprofessionelle som mere eller mindre passive, træge og modellerbare individer.

Med et socialkonstruktivistisk blik tænker vi, at uddannelse også bidrager med (oversete) aktiver i formningen af fremtiden. De sundhedsprofessionelle og uddannelserne er måske reaktive assistenter for statens velfærdsprojekt og de logikker, der sætter rammerne herfor. I en vis forstand er det

rigtigt, at de i en «en-til-en-relation» til samfundsudviklingen ikke kan nok, men det er også vigtigt at medtænke, at de bidrager til at skabe samfundsudviklingen, og at uddannelsen bidrager med nogle dispositioner, der måske bare ikke lige nu er plads til i den kliniske praksis. Med andre ord: De studerende lærer måske også noget, som blot ikke endnu anses for værdifuldt i den praktiske virkelighed. Med andre ord de kan af og til noget som blot ikke anses som værdifuldt i praksisverdenen. De kan ikke «komme til» med dele af deres viden. De har måske lært nogle indsigter om praksisverdenen, som kan være med til at præge udviklingen indenfor sundhedsvæsenet. Uddannelse, dannelse og faglige læreprocesser i skole og praktikdel kan således ses som medskabende af nye kompetencer og praksisser, som bidrager til nye strukturelle og samfundsmæssige forandringer. På denne måde tænker vi i højere grad de sundhedsprofessionelle som proaktive konstruktører end som reaktive assistenter. Dette gør vi både deskriptivt (sådan *er* det), men også normativt (sådan *bør* det være) – de sundhedsprofessionelle *bør* fremover i højere grad være aktive og oparbejde faglig og institutionel autonomi. Når det så er sagt, er der naturligvis sket ændringer, som de sundhedsprofessionelle fremover også må forholde sig til.

## **Strukturelle ændringer i samfundsforhold, organisering og sundhed**

Flere mennesker lever længere, og flere patienter har konkurrerende og sammensatte lidelser (co-morbiditet). Vi ser desuden en stigende tendens til, at patienter er



økonomisk, kulturelt, socialt, religiøst og etnisk forskellige og har måske modsatrettede krav og forventninger til sundhedsvæsenet. Den generelle samfundstendens til øget individualisering stiller på den ene side krav fra brugerne om individuelt tilpassede sundhedsydelser samtidig med, at der på behandlingssiden også udbydes flere individuelle behandlinger og sundhedsinterventioner. Men ikke alle har lige muligheder for at formulere krav og søge information om de mange valgmuligheder, som kan undersøges på elektroniske medier og portaler. Valgmulighederne understøttes politisk, men samtidig øges udfordringerne for de sundhedsprofessionelle med at håndtere både privilegerede og ikke-privilegerede grupper. Hvis man som underprivilegeret og ovenikøbet syg og svag ikke har ressourcerne til at være opsøgende og gøre brug af de mange elektroniske platforme, øges ulighed i sundhed. Hvis sundhedstilbuddene omvendt ikke matcher de privilegeredes behov, øges utilfredsheden med det offentlige sundhedsvæsen. Udbydere af private ydelser vil nemt kunne finde et marked blandt privilegerede, men utilfredse borgere, og opbakningen til det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen kan svækkes. Nye, stærke patientorganisationer og sammenslutninger formulerer nye behov, som skal garantere en særlig kvalitetsstandard. Medicinalindustrien og den medico-tekniske industri stiller velvilligt behandlingsmuligheder i form af nye produkter til rådighed. Politikerne ønsker sikkerhed for, at de politiske udmeldinger bliver sat i værk. Standardpakker og -forløb skal bidrage til at operationalisere disse såkaldte kvalitetskrav. De mange aktører er derfor med til at øge presset på krav om rettigheder og garantier, som et fintmasket klagesystem efterhånden står klar til at beskytte. Politikernes ønske om at skabe et

bedre sundhedsvæsen udmøntes synligt i reguleringer, som efterhånden bliver detailreguleringer. DRG-takster<sup>4</sup>, hvor der på organisatorisk niveau kan skrues op og ned for aktiviteter, er et eksempel på et forsøg på styring samtidig med, at de sundhedsprofessionelle delvis forventes at agere som fleksible og omstillingsparate *kompetencenomader* (Krejsler, 2006).

Når uddannelse formidles som en aktivitet, der skal «lappe på», hvordan samfundsudviklingen udformer sig, overses kompleksiteten af de strukturelle mulighedsbetingelser ofte. Disse seje og træge strukturer forbigås, og uddannelse, kompetenceudviklings- og opkvalificeringsprogrammer fremhæves som løsningen på de sundhedsprofessionelles deficit i forhold til den hastige samfundsmæssige udvikling.

På lignende måde anses det praktiske arbejde, der skal udføres, som relativt enkle aktiviteter. I rapporten gjorde vi rede for kompleksiteten af det praktiske arbejde i sundhedssektoren, hvor ny viden ikke blot skal implementeres i praksis. Patient, sygdom og intervention kan i lærebøgerne beskrives i bestemt form, men i den konkrete praksis bliver begreberne mangelfulde. Patienten kan beskrives som enten ekspert på egen sygdom eller en bevidstløs krop, der ikke har kendskab til sin situation. Patienten har enten meget stærke ressourcer økonomisk, kulturelt og socialt, eller han/hun har det ikke. Patienten har enten en eller otte måske konkurrerende sygdomme osv. Alt det er komplekst, og professionerne, institutionerne og samfundet må anerkende, at en kritisk, analytisk tilgang er nødvendig.

---

4 DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. DRG-systemet anvendes bl.a. ved bloktilskudsordninger, statslige aktiveringspuljer, takststyring på sygehuse og sygehusafdelinger.

## Fra hænder til hoveder i sundhedsarbejdet

Arbejdet indenfor det sociale og sundhedsmæssige område kan opfattes, som noget deltagerne vælger ud fra deres individuelle prioriteringer, og det job, de bestrider, kan opfattes som næsten naturligt placeret i en samfundsmæssig sammenhæng i forhold til lønforhold, prestige osv. Det kan for eksempel opfattes som nærmest en naturlov at læger, administratorer og advokater har en langt højere indkomst end sygeplejersker, socialrådgivere osv. Men med sociologien kan vi vise, at det, der opfattes som naturlove, er kulturlove – og disse kan og skal udfordres.

Internationalt har de områder, som varetages af kvinder, som reproduktive arbejdsområder (sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige) historisk set været mellempositioneret. Det har Jørgensen for eksempel studeret indenfor sygeplejeområdet (Jørgensen, 2007) som del af sundhedsområdet. Gennem mindst 100 år har det været domineret af medicinske begreber, klassifikationer og logikker, som både er virksomme samfundsmæssigt, institutionelt og i kroppe, som i ovenfor nævnte eksempel på politiske udtalelser, om at der savnes «hænder», når der mangles sygeplejersker, og «hoveder», når der mangler læger. Via begrebet om symbolsk vold ses det, hvordan denne diskursive konstruktion ikke kun er virksom på en ydre måde som en magtanvendelse, men den er også internaliseret og virksom indefra. Det betyder, at de mellempositionerede faggrupper også identificerer sig selv gennem de samme begreber. I en sociologisk analyse vil man sige, at for eksempel sygeplejerskerne, socialrådgiverne, ergoterapeuterne, jordemødrene, fysioterapeuterne snarere end, at de undertrykkes udefra, undertrykker sig selv indefra. De læser verden og herunder deres egen position med de dominerendes briller, dvs. de konstruerer også sig

selv som «hænder», «assistenter» eller har en forestillingen om, at deres professionelle arbejde blot er baseret på «erfaring» og burde baseres på «evidens». I Norge er termen «kundskabsbaseret praksis» introduceret for netop at overvinde denne dikotomiske forestilling om viden. Kundskabsbaseret praksis rummer evidens-og/eller forskningsbaseret viden, erfaringsbaseret-/professionsviden og desuden viden om borgerens/patientens viden, behov og ønsker (Nordtvedt mfl., 2008).

I Danmark har der været offentlige diskussioner i medierne om, hvilke former for teori som var relevante for de mellem-lange sundhedsprofessioner. Det blev for eksempel formuleret af daværende undervisningsminister Bertel Haarder,<sup>5</sup> at «eleverne bliver sat til at perspektivere, analysere og relativere og bruge fremmedord, de ikke forstår betydningen af og aldrig vil få brug for. Og de bliver vurderet på det, også selv om det måske ikke har et klap med den ønskede uddannelse at gøre».

Kritikken gik på at der blev givet for meget og forkert teori, og de praktiske færdigheder var angiveligt ikke tilfredsstillende (Jacobsen, 2006). «Giver det mening at studere Habermas og Foucault for at lægge drop?» lød det retoriske spørgsmål (Dahlager, 2006). En tilsvarende diskussion har også været ført i Norge.<sup>6</sup> Pointen er, at sygeplejerskens job grundlæggende blev tænkt som udførelse af praktiske gøremål, og at teoriindholdet i uddannelsen blev valideret ved, om det kunne foreskrive handling i praksis (Bækgaard, 2011). Den symbolske vold ligger ikke i at dominerende grupper eller politikere ikke mener, at sygeplejersker skal teoretisere og være del af en akademiseringsproces.

---

5 Politiken: 8/8 2007: "...irrelevant at pædagoger, lærere eller sygeplejersker skal læse Habermas, Foucault eller Bourdieu. Hvad har bækkenømning med Foucault at gøre?!"

6 Se for eksempel <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Flere-mastere-Skrek-og-gru--Cathrine-Kroger-8358986.html> (downloaded 14.7.16)

Den ligger derimod i, at denne konstruktion overtages af gruppen selv, når det for eksempel vinder genklang i sygeplejergruppen, at en kollega skriver i medierne, at «Sygeplejersker skal tilbage til sygesengen» (Hansen, 2006). Det teknokratiske og instrumentalistiske – dvs. de dominerendes – blik på uddannelse, dannelse og erhvervsrelationen er således overtaget og stærkest virkende, når den professionelle gruppe selv bekræfter det. Disse ind-i-kroppen-byggede magtrelationer er virksomme på lignende måder, når grupperne beskriver, at det er andre forundt at læse sociologiske teorier (Bourdieu og Foucault), at sygeplejen udelukkende er et praksisfag. Samtidig fortrænges det at også læge-, arkitekt- eller advokatpraksis- også er praksisrettede fag. Disse subtile dominansrelationer er imidlertid ikke blot virksomme i sproget eller i de sundhedsprofessionelles kroppe. De er også nedfældede og virksomme i organisationer, hvor arbejdet er organiseret efter, hvilke arbejdsområder grupper kan, må, vil og også «tør» varetage. For eksempel hvem må stikke på særlige måder i patientkroppes hud, muskler, blodårer og indvolde, og hvem afgør om patienter må få adgang til visse sundhedsinstitutioner (Larsen, 2008; 2013).

På lignende måder har de fleste af os inkorporeret velfærdsstaten i vore kroppe og naturaliseret dens paradokser, som at der for eksempel er fuld offentlig finansiering af knækirurgi men kun delvis støtte til tandkirurgi. Mellemprofessionerne har inkorporeret, at deres fagområder ikke er så krævende, at kritiske teorier er mindre vigtige, eller at det ikke er særligt relevant at forske indenfor deres fagområder. De historiske og sociologisk set arbitrære dominansrelationer og deres udlægning af virkeligheden, her på det sundhedsmæssige område, ligger dybt i vores kroppe og er overført som en måde at tænke om sig selv på som sygeplejerske, ergoterapeut mv. Dominansrelationerne i feltet er virksomme i relationer mellem

kroppe (læge, sygeplejerske –helse- og socialarbejder-assistent), i uddannelseshierarkier (lang videregående, mellemlang videregående og kort videregående uddannelse) og i tilgange til og indgange i patienter (IA-i arterier, IV-i vener og PC-på hud) (Larsen, 2008). I rapporten har vi formidlet, at disse «naturaligheder» er mulige at gøre til genstand for granskninger, og måske er de ligefrem nøglen til nye indsigter, som de sundhedsprofessionelle kan bruge som afsæt for at udvikle sig mere proaktivt end reaktivt. En implikation af disse overvejelser er at vi i rapporten formulerer at der er et øget behov for, at de sundhedsprofessionelle «ikke blot opsøger og anvender viden, der er relevant for deres fagområde, men at de også selv udvikler viden via opbygning og udvikling af institutionelle sammenhænge og stillingsstrukturer», samt at uddannelserne skal uddanne sundhedsprofessionelle med et øget indslag af elementer fra forsknings- og udviklingsverdenen» (Larsen mfl., 2014, s.11-12).

## **Fra synlige og formelle til usynlige og uformelle læremestre**

Opdraget angik, som nævnt, uddannelse af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, dvs. revision af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Hermed lå der også en implicit præmis om, at de didaktiske designs, som en uddannelsesinstitution kan planlægge og organisere, ville være afgørende for kvaliteten af de kompetencer, som dimittenderne kunne komme ud med efter endt uddannelse. En del uddannelsesforskning indenfor velfærdsuddannelserne viser imidlertid, at der sammen med de intenderede og planlagte undervisningsforløb pågår en socialisering eller kulturalisering, som den formelle undervisning må konkurrere med (se for eksempel Larsen, 1999; Johnsen, 2003; Højbjerg, 2011).

I pædagogiske sammenhænge omtales disse påvirkninger som «sideeffekter», «uren pædagogik», «skjulte læremestre», «socialisering» eller «implicit pædagogik» (Bourdieu og Passeron, 2006; Larsen, 1999; Bauer, Borg og Broady 1986; Brinkmann mfl., 2011). Disse skjulte læremestre spiller ind på den måde, som uddannelserne både tilrettelægges og afvikles på. Når for eksempel stærke krav om strukturerede og planlagte læringsforløb sætter sig igennem i de praktiske dele af professionsbacheloruddannelserne, miskendes den betydning, som en given praksis sætter for en planlægning (Højbjerg, 2011; 2015). Hvis praktiktiden bliver stramt styret af samtaler om studieplaner og didaktiske designs som lærestilstests og refleksionsseancer, risikerer praktikdelen af uddannelsen tillige at blive koloniseret af en klassisk skoletænkning. Vi har alle erfaringer med, hvad der er «rigtig» uddannelse og undervisning. Det vil sige, at vi er socialiseret til at tænke, at uddannelse og undervisning er det, der foregår, når man sidder på stole ved borde, bruger bøger eller tekster, skriver, rækker hånden op etc. Dertil skal lægges, at der historisk har været etableret et videnshierarki, hvor boglig viden er alment anerkendt som værende mere værdifuld end praktisk uddannelse og oplæring. Her virker den symbolske vold ved, at abstrakt, teoretisk viden i kroppen på os alle i højere grad anerkendes som hørende til «rigtig» undervisning. Man kan sige, at den viden, der eksklusivt er tilgængelig i en praktisk kontekst, er kendetegnet ved først og fremmest af være ongoing. Levet liv er i gang, hvert sekund, altid og hele tiden. Ting sker, mennesker handler uanset, at man som professionel kan tænke: «Det her kan jeg ikke.» Det, der sker, kan ikke gøres om, det er så at sige irreversibelt. Der er handletvang. Det, man kunne kalde *praksisimperativer*, fordrer, at noget må gøres. Uanset at man som sygeplejerske kan have planer om at

hjælpe en patient på en sygestue med personlig hygiejne, må man omdefinere sine prioriteringer, når en anden patient på samme sygestue pludselig bryder ud i gråd, da hun bliver mindet om årsdagen for sin søns død. Praksis er unik, den kan aldrig gentage sig på samme måde, selvom der vil være lignende situationer, der kommer efter denne. Den rummer værdikonflikter: Er det vigtigst, at den ulykkelige patient får opmærksomhed, eller skal operationsprogrammets effektivitetslogik prioriteres og medpatienten først «klargøres»? Der er sjælden entydige mål eller teknikker for de mange handlinger i en sundhedsprofessionel praksis. At agere i praksis involverer altid den professionelle egen person og tid. Det gælder både den professionelle *fortid* i form af personlige præferencer og dispositioner, som vedkommende bærer med ind i den konkrete praksis, men også *nutid* i form af en konkret kontekst og rytme i begivenhederne. Tiden involverer også *fremtiden*, i form af den mening eller idé, en praksis retter sig mod. Når en praksis pågår, er der ingen analytisk distance mellem agent og acting, jeg og det (det vil sige mennesker, ting og rum), mål og midler. På denne måde fremtræder praksis som uklar, foranderlig, uforudsigelig, konkret situationsbunden, personligt involverende (Højbjerg, 2014). Her tilbyder begrebet kundskabsbaseret praksis en måde at få greb om de vidensformer, som faglig autonomi og kritisk refleksion må basere sig på. Kundskabsbaseret praksis rummer, som nævnt, evidens-og/eller forskningsbaseret viden, erfaringsbaseret-/professionsviden og viden om borgerens/patientens viden, behov og ønsker (Nordtvedt mfl., 2008). Praksis rummer måske netop mest erfarings- og professionsbaseret viden sammen med viden om patientens/borgerens behov og ønsker – en viden som vanskeligt kan læres andre steder end i den praktiske del af uddannelserne.



## Opsummering

De danske fagforeninger indenfor de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Sundhedskartellet, ville tilvejebringe et fagligt indspil i deres strategier i forhold til, hvordan der skulle tænkes og organiseres i de fremtidige uddannelser og erhverv. Udgangspunktet var, at arbejdsmarkedet ville ændre sig, og uddannelserne skulle indordne sig efter dette. I vores opdrag fik vi frie hænder til at undersøge de relevante og aktuelle forhold og spørgsmål. Men vi omdefinerede en række hverdagskonstruktioner, herunder politisk-ideologiske og professionsmæssige konstruktioner af, hvad arbejdsmarked, profession, uddannelse, organisation, sundhed og læring er eller bør være. I vores undersøgelse indgik empiriske studier fra litteratur-review og spørgeskemaundersøgelser til interviews og workshops, som sammen bragte vigtig information om, hvordan aktører nationalt og internationalt vurderede behov for sundhedskompetencer om 15–20 år. Men resultater springer ikke ud af at læse bøger og artikler, eller af at holde workshops med aktører i feltet. I rapporten havde vi ikke ekspliciteret den særlige variant af socialkonstruktivisme, som vi igennem vores virke som forskere har fået for vane at arbejde med eller sagt med Bourdieu: havde forkropsliggjort i vores forskerhabitus. Det er hermed gjort. Med hjælp fra sociologisk og pædagogisk teori har vi villet vise, hvordan det netop med teorierne blev muligt at bryde med hverdagskonstruktioner som cementerede, naturaliserede dominansrelationer. Vi har hermed kunnet tilbyde et andet udgangspunkt for det arbejde, der efterfølgende gik i gang med at revidere de mellem-lange videregående sundhedsuddannelser, nemlig:

- at uddannelser ikke blot udfylder et hul, som samfundsudviklingen skaber. Uddannelse er også med til at skabe samfundsudviklingen

- at sundhedsprofessionelle ikke blot er eller skal være reaktive i forhold til deres egne fag og fagudvikling, de er – og skal også være mere proaktive medskabere af den virkelighed, som de er en del af via forsknings- og udviklingsarbejde.
- at faglig praksis sjældent eller aldrig blot kan reduceres til enkle standardinterventioner. Patienter og institutioner er komplekse og sammensatte, og i det konkrete arbejde er mål og midler ofte modsatrettede.
- at hævdvundne dominansrelationer ikke er naturlige, men kulturelle. Med brug af begrebet *symbolsk vold* viser vi, hvordan grupper snarere undertrykker sig selv end undertrykkes af andre
- at formaliserede og eksplicite læremåder og -mestre ikke er tilstrækkelige til at forklare praksisser. Man lærer og agerer også via uformelle læremåder og læremestre.

Vi mener, at kritiske teorier, som de ovenfor præsenterede, er nødvendige instrumenter i udvikling af arbejdet med at optimere vores velfærdsstat og de ydelser, i uddannelse og erhverv, som pågår indenfor de sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige områder. Denne type teorier har en analytisk kraft. Når de bruges som lygte på virkeligheden, får man præsenteret et synsfelt. Hvis ikke teorierne gøres eksplicite, risikerer man, at allehånde fortolkninger er baseret på vilkårligheder, som ikke er gennemskuelige for læseren. At studere virkeligheden er en perspektivisk affære, og det gøres altid fra et punkt. Et synspunkt. Et *point of view*. I den videnskabelige verden må dette *point of view* gøres transparent for dem, der skal forstå og forholde sig til den frembragte viden. Det gøres ofte ikke i genren rapporter, som forskellige interessenter – faglige som politiske – ofte anvender som beslutningsgrundlag – eksempelvis som den rapport, vi var medforfattere på. Det er der hermed rådet bod på. Men det var ikke hele hensigten med dette bidrag. Vi har også

villet pege på, at netop den analytiske kraft, som kritiske teorier kan tilbyde, kan være et potentiale for forandring for de sundhedsprofessionelles bidrag til fremdrift og udvikling af sundhedsvæsenet.

Samfundet er ikke tjent med, at de sundhedsprofessionelle forbliver reaktive og tilpasser sig det arbejdsmarked, der nu én gang er til rådighed. Der bliver et øget behov for kritisk-refleksive sundhedsprofessionelle, der tænker og handler proaktivt på baggrund af dyb indsigt i et komplekst og globalt sammenhængt sundhedsvæsen. En af vejene går gennem, at de sundhedsprofessionelle selv skal udvikle viden relevant for deres egne fagområder. Her skal de lære at tænke deres praksisområder både med specifik faglig teori (anatomi, ernæring, farmakologi), men også med kritiske sociologiske og pædagogiske teorier. Man kan diskutere, hvor, hvornår og hvordan disse kompetencer og indsigter skal nås i de sundhedsprofessionelles uddannelser, der rummer et stærkt element af praksis. Rummene for læring på enten uddannelsesinstitutionen eller i den kliniske praksis giver forskellige mulighedsbetingelser. Men vi har givet et klart bud på, hvorfor de kritiske analyser er nødvendige. Velfærdsstaterne har ikke råd til at undlade at give de sundhedsprofessionelle de fornødne forudsætninger for at bidrage mere aktivt til udviklingen af en af grundpillerne i den nordiske velfærdsstatsmodel, som i udgangspunktet bygger på lige og fri adgang til sundhed.

## Referencer

- Bauer, M., Borg, K. og Broady, D. (1986). *Den skjulte læreplan*. København: Unge Pædagoger.
- Bayer, M. og Brinkkjær, U. (2008). *Professionslæring i praksis. Nyuddannede læreres og pædagogers møde med praksis*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. og Passeron, J.C. (2006). *Reproduktionen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., Aastrup Rømer, T. og Tanggaard, L. (red.) (2011). *Uren pædagogik*. Aarhus: Klim.
- Bækgaard, C.D.L (2011). *Teori – praksis forholdet. En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes oplevelser af relevansen og anvendeligheden af den skolelærte teori i forhold til sygeplejepsiksis*. Kandidatspeciale. Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Cerny, P.G. (2010). The competition state today: from raison d'état to raison du Monde. *Policy Studies*, 4(1), s. 1-17. <http://dx.doi.org/10.1080/01442870903052801>
- Dahlager, L. (2006). Overlæge: Nye sygeplejersker kan for lidt. *Politiken*, 21/8-2006.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Gibbons, M., Limoges, C., Novotny, H., Schwartzmann, H., Scott, P. og Trow, M. (1994) *The New Production of Knowledge – The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London: Sage Publications.
- Hansen, K. (2006). Sygeplejersken skal tilbage til sygesengen. *Kristeligt, Dagblad*. 9/9-2006.
- Højbjerg, K. (2011). *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse: En undersøgelse af den kliniske vejleders undervisningspraksis i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen*. Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet.
- Højbjerg, K. (2014). Praktikuddannelse i et professionspædagogisk perspektiv. *Gjallerhorn*, (19), s. 64–71.
- Højbjerg, K. (2015). The challenge of establishing a professional practice within practical education. *Ethnography and Education*, 10(2), s. 185–197. <http://dx.doi.org/10.1080/17457823.2014.995115>
- Jacobsen, S. (2006). Debat: Kridt og kugler – Teori og virkelighed 1: Fri os fra pseudoakademisering. *Politiken*, 2/9-2006.

- Johnsen, M. H. (2003). *Undervisning og læring i praksis*. PhD-afhandling. Viborg: Forlaget PUC, Viborg Seminaret.
- Jørgensen, E. B. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. København: Forlaget Hexis
- Krejsler, J. (2006). Professionel eller kompetencenomade. Hvordan tale meningsfuldt om professionel udvikling? *Nordisk Pedagogik*, (4), s. 298–308. DOI: 10.18261/issn.1891-5949
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. – Et observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen*. Ph.d.-afhandling, UCSE, København.
- Larsen, K. (2008). Sundhedsprofessionernes kamp: hvorfor opretholdes status quo over tid? Om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. I: K.A. Petersen og M. Høyen (red.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert* (s. 295–321). 1. udg. København: Forlaget Hexis.
- Larsen, K., Emmerick Hansen, P., Højbjerg, K. og Dige Bundgaard, M. (2014). *Kompleks fremtid og reflektive sundhedsprofessionelle: Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. Implement Consulting Group, Aalborg Universitet og Sundhedskartellet. Rapport. [https://dsr.dk/sites/default/files/30/afrapportering\\_sundhedskartellets\\_uddannelsesprojekt\\_endelig.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/30/afrapportering_sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_endelig.pdf)
- Nortvedt M. W., Jamtvedt G., Graverholt B. og Reinart L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbaseret – an arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Petersen, K. A. (1996). Den situationsbundne kundskab – om praktikernes egenlogik. I: E.B. Jørgensen (red.), *Sundhedsvidenskabelige praktikker* (s. 321–331). København: Akademisk Forlag.
- Phillips, L. J. (2010). Diskursanalyse. I S. Brinkmann og L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (s. 263–286). København: Hans Reitzel Forlag.
- Porter, C. (2007). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22(1), s. 72–79.
- Rasborg, K. (2012). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I: L. Fuglsang og P.B. Olsen (red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (s. 349–387). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Westbury, I. (1998). *Didaktik and Curriculum Studies. I: B.B. Gudem, og S. Hopmann (red.), Didaktik and/or Curriculum? An international dialogue.* New York: Peter Lang.

## Øvrige referencer

Bilagssrapporten: [http://www.dsr.dk/Documents/Bilagssamling\\_sundhedskartellets\\_uddannelsesprojekt.](http://www.dsr.dk/Documents/Bilagssamling_sundhedskartellets_uddannelsesprojekt.) (Lastet ned 1.6.2015)

NewInsight. (2014). Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet med særligt fokus på professionsbacheloruddannelserne. <http://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/samlet-rapport-sundhedsfremsyn.pdf> (Lastet ned 1.6.2015)

# 2

## Diskursive strømninger i sykepleierutdanningen – bacheloroppgave, sjekklister og evidens

*Veslemøy Egede-Nissen* <sup>a)</sup> (1. forfatter) og *Ingrid Ruud Knutsen* <sup>a)</sup>

### Discursive tendencies in nurse education

Evidence-based practice (EBP) is a powerful discourse in professional nursing curricula, in teaching and in criteria for bachelor level theses. The bachelor's thesis is an important piece of student work, making the end of a three-year nursing education. The development of EBP has been a key factor in a general change in the thesis design, from an orientation towards nurse theories, to a new emphasis on critical assessment of scientific publications. Using Fairclough's discourse analysis, we have found two main discourses; a significant scientific discourse in nursing studies

---

a) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

that does not make room for the theory–practice question and the characteristics of a professional education. The other discourse is a standardising of professional competence, in accordance with political requirements. These discourses are reflected in student theses.

The analysis of ten bachelor's theses was primarily based on the checklists from the critical assessment of published studies; we examined what kind of problems engaged the students, and looked at their methods chapters, based on the steps of EBP. We find that while students follow the steps in EBP, using much energy and time in critical assessment of scientific studies, they have limited competence in scientific theoretical frameworks. The checklists appear to standardize understandings of science. Another important finding is how the students frame their responses to checklist questions; they just turn the questions around, and use them as an answer, without assessing the method in question. EBP appears to dominate the structure of the thesis, to the detriment of other discourses of knowledge.

## **Innledning og bakgrunn**

Vi sitter og hører tre nyutdannede sykepleiere legge frem sitt bachelorprosjekt for en gruppe sykepleierstudenter. De presenterer forskning relatert til pasientgruppen oppgaven omhandler, og kobler denne elegant til egne erfaringer. Forskingen er funnet i samsvar med kriterier for kunnskapsbasert praksis med systematiske litteratursøk og kritisk vurdering av publiserte studier (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt mfl., 2012). Kunnskapsbasert praksis og forskning er kraftfulle uttrykk som brukes i fag- og undervisningsplaner, i kriterier for oppgaveskriving, i veiledning og undervisning. Sentralt i dette kapitlet er



derfor bacheloroppgaven og perspektiver på kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen.

Ved å bruke Faircloughs (2003) kritiske diskursanalyse undersøker vi hvilke kunnskapsdiskurser som trer frem i oppgavene. Spørsmålene vi stiller er:

1. Hva kommuniserer sjekklistenes språkbruk og avkrysningskolonner om kunnskapskrav til vitenskapsteori og forskningsmetoder hos bachelorstudenter?
2. Hva reflekterer studentenes svar og kommentarer i sjekklistene?
3. Hvordan fremstår studentenes tekster med hensyn til sammenheng, motsetninger eller spenninger knyttet til problemstillinger i bacheloroppgavene og språkbruk i sjekklistene?

## Bacheloroppgaven

Knutstad (2016, s. 53) beskriver bacheloroppgavens fremvekst og utvikling som betydningsfull i sykepleierutdanningen, blant annet som en del av en akademiseringsprosess. Oppgaven skulle styrke studentens forståelse av sykepleie som eget fag og selvstendige ansvarsområde. Oppgaven stiller krav til refleksjon og abstrahering av kunnskaper, går utover ren reproduksjon av kunnskaper og oppfattes som viktig av studentene (s. 54). Tidligere ble bacheloroppgaven kalt fordypningsoppgave. Den sluset studentene inn i et fasttømret opplegg der problemstillingene var en variasjon over temaet: *Hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe pasienten med ...?* Spørsmålet ble besvart med en sykepleieteoretisk overbygning, der «jeg» som sykepleier utførte bedre sykepleie dersom «jeg» var i stand til å anvende teorien overfor enkeltpasienter. Medisinske diagnoser, symptomer og

behandling fikk stor plass. Oppgaveformen ble etter hvert oppfattet som stillestående og forutsigbar og låste studenten i forhåndsbestemte, ofte normative teoretiske perspektiver og abstrakt, kontekstløs pasienttilnærming.

Knutstad (2016) viser at til tross for felles rammeplan har de forskjellige sykepleieutdanningene ulike kriterier for bacheloroppgaven. Noen utdanninger har beholdt en sykepleieteoretisk tilnærming, men kunnskapsbasert praksis (KBP) har kommet inn ved noen universiteter og høyskoler som et alternativ i bacheloroppgavene og til sykepleieteoriens stabile og overordnede perspektiver på hva som er god begrunnelse for praksis i bacheloroppgavene. Der sykepleieteoriene har båret i seg troen på varig forståelse av hva som er riktig og sant, fremstår KBP som en motsetning. Ved å innføre krav om bruk av KBP og kritisk vurdering av publiserte studier ser det ut til at idealet er å søke etter ny og forskningsbasert kunnskap, basert på at kunnskap er i kontinuerlig endring.

Fremveksten av KBP på nasjonalt og internasjonalt samfunns- og utdanningspolitisk nivå har bidratt til at enkelte utdanningsinstitusjoner endret og utviklet bacheloroppgaven i samsvar med trinnene i KBP, slik Knutstad (2016) viser.

## Kunnskapsbasert praksis

I Norge oversettes *evidence based practice* til kunnskapsbasert praksis. Grimen og Terum (2009) påpeker at oversettelsen virker meningsløs, da profesjonsutøvelse skal være kunnskapsbasert. Ifølge Nortvedt og Jamtvedt (2009, s. 65) kan kunnskapsbegrepet forstås videre og mer omfattende enn evidensbegrepet, idet det også omfatter forskningsbasert kunnskap generert gjennom ulike metodiske tilnærminger, både kvantitative og kvalitative metoder.

Kravet om at helsefaglige praksiser skal lene seg på oppdatert forskning med et styrket beslutningsgrunnlag, ledet til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet i Norge. I dag ligger dette under Folkehelseinstituttet. I et diskursperspektiv kan man si at kunnskapsbasert praksis kan forstås politisk (Grimen og Terum, 2009). KBP er et av satsingsområdene for Kunnskapssenteret, og essensen i alle definisjoner innebærer «*integrering av ulike kunnskapskilder og kontekst i møtet med pasienter*» (Nortvedt mfl., 2012, s. 16). «*Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen*» (Nortvedt mfl., 2012, s. 17). KBP trekker på diskursive forståelser av at kunnskapen er i kontinuerlig endring, og at ny forskning leder oss til ny og bedre praksis. Utfordringen ligger i å finne frem til «sikker» kunnskap, slik at praksis kan ha den høyeste kvaliteten. Ifølge Nortvedt mfl. (2012) er pasient- og brukererfaringer sidestilt med den vitenskapelige kunnskapen. Diskursen bærer imidlertid i seg et krav om å kunne vurdere kunnskapens gyldighet, relatert til nytte og effekt i praksis. KBP er søken etter sann og gyldig kunnskap til beste for pasientenes sikkerhet. RCT-studier representerer den mest robuste fremgangsmåten for å vurdere effekt av tiltak, uansett felt, «*forebygging, behandling, rehabilitering eller organisering av tjenester*», ifølge Nortvedt og Jamtvedt (2009, s. 68).

## Teori og metode

Metodisk trekker dette kapitlet veksler på Faircloughs (2003) kritiske diskursanalyse. Den tar utgangspunkt i språkbruk i sosiale praksiser og forstås som en måte å snakke på som gir betydning til opplevelser ut fra et bestemt perspektiv. Gjennom

diskurs konstitueres sosiale identiteter, relasjoner, viten- og kunnskapssystemer. I Faircloughs diskursperspektiv forstås all språkbruk som en kommunikativ begivenhet på tre nivåer, det er en tekst (skrift, bilde), en diskursiv praksis (der tekster produseres), og det er en sosial praksis. Disse nivåene representerer rammen for empirisk forskning og trekkes inn i analysen. Dette innebærer at tekster skal forstås innenfor den diskursive praksisen der den er produsert. Tekstanalysen legger vekt på formelle trekk i teksten, som vokabular og sammenheng, som konstruerer diskurser og lingvistiske sjangere. Gjennom den diskursive praksisen der språk brukes og tekster produseres og konsumeres, formes sosiale praksiser. Den brede sosiale praksisen forstår Fairclough som mer enn diskursiv: Sosiale praksiser rommer også kulturelle og sosiale elementer som ikke i seg selv er diskursive. Diskursordenen er summen av diskurser og sjargonger som brukes innenfor en sosial institusjon eller et domene, og denne former og formes av språkbruk i feltet. Diskursordenen setter rammer for hvordan man kan snakke, men det er også mulighet for utvikling. Kunnskap og forståelse er dynamiske størrelser, og diskursordenen kan endres og påvirkes av nye innspill, diskurser og sjargonger. Når fremmede diskurstyper kommer inn, kan det dannes nye og kreative praksiser, men diskursive relasjoner kan også ses som et uttrykk for sosial kamp og konflikter (Fairclough, 2003).

## Analytisk tilnærming

Den analytiske tilnærmingen, basert på Fairclough (2003), involverer analyse av utdanningsfeltet og helsefeltet som sosiale strukturer. Dette er felt styrt av myndighetsdokumenter der de overordnede diskursene trer frem (utdannings- og

helsepolitiske føringer, pedagogiske mål og kunnskapssyn) med sin språklige form.

I analysen av den diskursive praksisen diskuterer vi KBP i sykepleierutdanningen og hvordan kunnskap fremskrives på ulike nivåer: i den sosiale praksisen, den diskursive praksisen (som vil si rammeplan og fagplaner) og i produserte tekster, representert ved sykepleierstudenters bacheloroppgaver. Bacheloroppgavene forstås som nøkkelttekster (Grue, 2011). For å undersøke hvilke diskurser om kunnskap som trer frem i bacheloroppgavene, plukket vi ut ti oppgaver fra tre årganger i sykepleierutdanningen ved en høyskole som legger vekt på KBP. Tillatelse til å bruke oppgavene i denne analysen ble gitt av studieleder som er ansvarlig for utdanningen.

Det er alltid aktuelt å spørre hvilke tekster som skal studeres. Vi begynner med utdanningsfeltet og peker på noen sentrale overordnede endringsprosesser i feltet de siste 20 årene.

## Utdanningsfeltet som sosial struktur

Diskusjoner om sykepleierutdanning er kritisert for en manglende forståelse for utdanningen som en del av en helse- og utdanningspolitisk, historisk kontekst og for en forenklet forståelse for læring (Kvangarsnes, 2011). Endringsforslag preges av at utdanning og læring sees som en lineær prosess der enkeltstående endringer fører til et bedre resultat (Kvangarsnes, 2011). Utdannings- og helsepolitisk kan det øynes to overordnede diskurser: en harmoniseringsdiskurs, nasjonalt og internasjonalt, og en vitenskapsdiskurs. Samlet representerer de en forenklet forståelse av forholdet mellom teori og praksis, og med utvisking av særtrekk ved profesjonsutdanningen som resultat.

Diskursene har ført til sterke spenninger og krav til omstillingsevne for sykepleierutdanningen med sin lange historie,

kvinnedominans og praksisnære, yrkesrettete tradisjon (Jordal, 2016; Knutstad, 2016; Kvangarsnes, 2011). Gjennom langvarige, overordnede prosesser som høgskolereformen (St.meld. nr. 40 (1990–1991), Kvalitetsreformen (St.meld. nr. 27 (2000–2001)) samt Bologna-prosessen (EU, 2005) krav til internasjonal harmonisering av høyere utdanning ble sykepleierutdanningen skilt fra klinisk praksis, samordnet med annen høyere utdanning og underlagt lov om universiteter og høgskoler (Jordal, 2016; Knutstad, 2016; Kvangarsnes, 2011). Harmoniseringsdiskursen ble synlig gjennom Bologna-prosessen, som bidro til utvikling av nasjonale kvalifikasjonsrammeverk. Hensikten var å harmonisere språkbruk i læringsutbytter på tvers av utdanninger. Løkholm (2013) viser at det er inkonsistens mellom intensjon og implementering av nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. Mens institusjonene tilstrebet å tilpasse læringsutbyttene til det særegne ved egen utdanning, var myndighetenes intensjon å systematisere utdanningene ut fra et overnasjonalt og internasjonalt perspektiv (Løkholm, 2013).

Reformene har bidratt til at sykepleierutdanningen er under press både ovenfra og nedenfra (Eilertsen, Engebretsen og Heggen, 2012; Karseth, 2000, 2004; Kvangarsnes, 2005; Råholm, Hedegaard, Løfmark og Slettebø, 2010; Solbrekke, Heggen og Engebretsen, 2014). Knutstad (2016) kaller presset for bevegelser og friksjon mellom ulike kunnskapsposisjoner og -tradisjoner.

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) ble etablert som en følge av Bologna-prosessen, noe som bidro til høyere krav til utdanningspersonalets vitenskapelige kompetanse, og den fremsto som mer betydningsfull enn annen kompetanse. NOKUTs mandat til og arbeid med reakkreditering av sykepleierutdanningen (2005–2007) førte til at 27 av 31 sykepleierutdanninger ikke ble reakkreditert, primært på grunn av

for lav forskerkompetanse i lærerpersonalet. (Eilertsen mfl., 2012; Solbrekke mfl., 2014; St.meld. nr. 20, 2004–2005). Prosessen forstås som at det overordnede akkrediteringskriteriet var forankret i en kunnskapstype som fokuserer på vitenskap fremfor klinisk kompetanse. Høgskoler som hadde ry for å utdanne faglige dyktige sykepleiere, ble ikke reakkreditert, det hadde liten betydning så lenge det ikke var tilstrekkelig antall ansatte med forskerkompetanse (Engebretsen mfl., 2015).

Kravene til vitenskap og forskning forstås som en sterk og formende diskurs innenfor utdanningsfeltet. Kravene er nedfelt fra helse- og utdanningsmyndigheter og beskrives både i *Rammeplan for sykepleierutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008), i utdanningsprogrammene og i lærebøker.

## Sosial praksis: rammeplan og fagplan

Rammeplanen kan forstås som en overordnet læreplan for alle sykepleierutdanninger i Norge. Karseth (2004) analyse av de nasjonale rammeplanene fra 1987 og 2000 avdekket tre diskurser om hva studentene bør kunne når de har gjennomført sykepleierutdanning: Først og fremst er det en akademisk profesjonsorientering, dernest er det et krav om at utdanningen utdanner gode praksisutøvere med kunnskaper som i henhold til diskursen er «nyttige og overførbare» til praksisfeltet, og til slutt er det en normativ og praktisk diskurs, uttrykt ved argumenter om at utdanning er en etisk-moralsk oppgave som bygger på idealer om engasjement, barmhjertighet og forsakelse. Utviklingen av profesjonell identitet er sterkt knyttet til etikk (Karseth, 2004). Nasjonal *Rammeplan for sykepleierutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008) beskriver og regulerer utdanningens tematiske innhold, både i en fellesdel for alle helse- og

sosialfaglige utdanninger og en utdanningsspesifikk del for sykepleierutdanningen som er forankret i universitets- og høgscoleloven.<sup>7</sup> Begrepet «kunnskapsbasert praksis» ble nedfelt i den nasjonale rammeplanen for sykepleierutdanning i 2008. Læringsutbyttene relatert til vitenskapsteori og forskningsbasert kunnskap fremstår som overordnet og er formulert slik:

Studentene skal:

- kunne lese forskningsrapporter og nyttiggjøre seg forskningsresultater i yrkesutøvelsen
- kunne begrunne sine handlinger overfor brukere, andre yrkesutøvere og overfor arbeidsgivere ut fra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3–4).

I et diskursivt perspektiv fremstår rammeplanens kunnskapsidealer som spenningsfylte og kanskje motstridende. Rammeplanens praksisidealer omfatter krav til handling *beredskap* innenfor administrasjon og ledelse, forskning og fagutvikling og handling *kompetanse* på områder som angår direkte pasientrettet sykepleie, med vektlegging av at direkte pasientrettet sykepleie skal være kunnskapsbasert. Solvoll, Opsahl og Granums (2012) diskursanalyse av rammeplanens språkbruk sier at teksten er av instruerende karakter, med en detaljstyrt tilnærming som vanskeliggjør utdanning av fagkritiske aktører. Formen kan bidra til lydighet overfor absolutte krav når disse nedfelles i programplaner på hver enkelt sykepleierutdanning. Rammeplanen kan likevel sies å fremheve sykepleierstudiets profesjonelle særtrekk, og Solbrekke mfl. (2014) fremhever også rammeplanens autoritative kraft som «... en styrende kraft i utdanning til profesjonell kompetanse» (s. 480). Samtidig peker de på hvor

---

7 Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høgscole (universitets- og høgscoleloven).



styrende rammeplanen fremstår for interaksjonen med den enkelte utdanningsinstitusjonen ved utvikling av programplaner eller læreplaner. Med tanke på KBP har vi kikket inn i et knippe beskrivelser fra forskjellige bachelorutdanninger i sykepleie på universitetenes og høgskolenes hjemmesider, der programplanene ligger i fulltekst. Disse illustrerer hvordan læringsutbytter om KBP presenteres på det undervisningsmessige nivået, og viser hvordan KBP relateres tett til klinisk-praktisk kompetanse:

«Delta i stell på en kunnskapsbasert, forsvarlig og omsorgsfull måte»

«Arbeide kunnskapsbasert, skrive en fagtekst og bruke retningslinjer for oppgaveskriving»

«Utføre sykepleie på en kunnskapsbasert, forsvarlig og omsorgsfull måte til pasienter som helt eller delvis ikke kan ivareta grunnleggende behov»

«Arbeide kunnskapsbasert med kliniske problemstillinger»

«Anvende relevant forskningslitteratur og vurdere denne kritisk for å fremskaffe kunnskap for å løse kliniske problemstillinger».

Læringsutbyttene omhandler både kunnskap, anvendelse av kunnskap, holdninger til KBP samt at de skal beherske sykepleiefaget gjennom en kunnskapsbasert tilnærming. Med hensyn til bacheloroppgaven sier en av planene at studentene skal «vurdere kritisk vitenskapelige artikler som anvendes i eget arbeid ved å vurdere sterke og svake sider ved artiklene med hensyn til bakgrunnen for studien, valg av metode og materiale, forskningsetiske hensyn, presentasjon av resultater, diskusjon og konklusjon».

Læringsmålene for sykepleieutdanningene fremstår som omfattende, fordi studenten gjennom utdanningen skal

kombinere mange typer kunnskap (Heggen og Engebretsen, 2009). Med andre ord flettes KBP til et mangfold av ulike kunnskapsformer i sykepleierutdanningen, og KBP forstås som et kriterium for kvalitet.

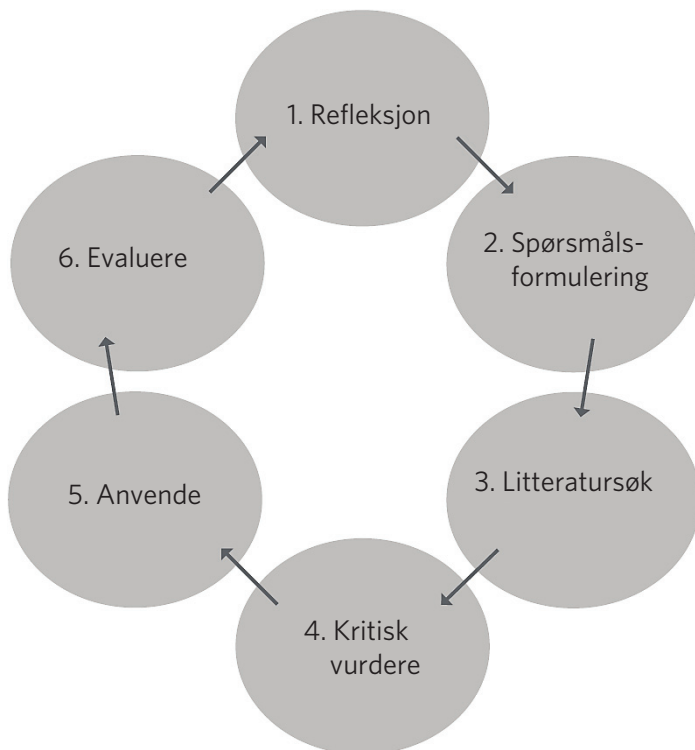
## Diskursen om KBP og kvalitet i praksis

Formålet med KBP er å hjelpe helsepersonell i alle deler av helsetjenesten til å etterspørre, finne og bruke eksisterende forskning og å gjøre klinikere mer bevisst på styrker og svakheter i kunnskapskildene (Nortvedt mfl., 2012, s. 7–15). Ved å bruke en sekstrinnsmodell skal kunnskapsbehov og kvaliteten på kunnskap vurderes. Denne malen lærer sykepleierstudenter gjennom utdanningen, og de bruker den når de arbeider med bacheloroppgaven. De seks trinnene er satt opp i Figur 2.1.

KBP skulle opprinnelig sikre kunnskap innen medisin. I senere tid har blant annet sykepleiere bidratt til en mer helsefaglig vinkling. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har utviklet sjekklister som skal brukes for å kritisk vurdere kvaliteten på forskningsartikler (Nortvedt og Jamtvedt, 2009).

Det finnes åtte ulike sjekklister for å vurdere kvaliteten på forskjellige vitenskapelige artikler: prevalensstudier, randomiserte kontrollerte studier (RCT), kohortstudier, oversiktsartikler, kasus-kontrollstudier, faglige retningslinjer, studier som sjekker ny diagnostisk test, og kvalitative studier. Sjekklistene ligner på hverandre, de har 9–12 spørsmål som er organisert under fire overskrifter:

- Innledende spørsmål
- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i min praksis?



**Figur 2.1** Trinnene i kunnskapsbasert praksis (<http://kunnskapsbasertpraksis.no>)

De innledende spørsmålene skal hjelpe leseren til raskt å avgjøre om studien er relevant. Det spørres etter om det kommer klart frem hva som er formålet med studien, om metodevalget er relevant, f.eks. om en kaskontrollstudie eller en kvalitativ metode er velegnet for å besvare studiens problemstilling eller forskningsspørsmål. Spørsmål knyttet til om man kan stole på resultatene, går mer inn i metodiske forhold. Eksempler på spørsmål er:

- Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig/forsvarlig? (Oversiktsartikkel)

- Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? (Prevalensstudier)
- Har forfatterne tatt hensyn til mulige konfundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/eller i analysen? (Kasus-kontrollstudier)
- Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? (Kvalitative studier)
- Er det systematiske oversikter av dokumentasjonen som beregner den relative effekten av tiltakene for de relevante utfallene? (Faglig retningslinje)

Spørsmålene omfatter også om resultatene er nyttige eller overførbare til min praksis.

I arbeidsboken til Nortvedt mfl. (2012) er alle sjekklistervariantene presentert med eksempler på hvordan man kan fylle ut de ulike svaralternativene.

## **Tekstene: Bacheloroppgaven i sykepleie**

For å studere tekstproduksjon i tråd med Fairclough har vi valgt å studere ti bacheloroppgaver som nøkkelttekster som uttrykk for kulturelle og faglige diskurser i sykepleierutdanningen. Oppgavene er gjennomlest i sin helhet med vekt på problemstillinger og metode, men det er sjekklister for kritisk vurdering som er vår interesse, og i henhold til kapitlets tema har vi konsentrert oss mest om dem i den første analysefasen (spørsmål 1 og 2). I den andre analysefasen så vi også på spørsmål 3, sammenheng, motsetning eller spenning, i studentenes tekster.

## Oppgavenes problemstillinger

Problemstillingene i bacheloroppgavene vi har undersøkt, handler fortsatt om hva og hvordan sykepleieren kan handle i spesifikke situasjoner, som for eksempel: «Hva kan sykepleier gjøre for å dempe angst hos pasienten?» «Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at pårørende føler seg ivaretatt, og at de mestrer palliativ omsorg av et familiemedlem i hjemmet?» Diskursivt kan det sies at studentenes temaer og problemstillinger er i samsvar med helsepolitiske føringer, og at bacheloroppgaven forbereder dem på å være gode praktikere. Dette er ikke nytt, det er i samsvar med erfaringer fra før KBP ble innført. Det nye er imidlertid oppgavenes vektlegging av «oppdatert kunnskap» gjennom forskning og kravet om å vurdere forskningens kvalitet.

## Å skrive seg inn i en kunnskapsbasert praksis

Bacheloroppgavenes metodekapittel er knyttet til trinnene i KBP. Studentene gjør nøye rede for metoden for å finne frem til og vurdere kunnskapen som de legger til grunn for studien (de kaller sin metode litteraturstudie eller en begrenset kunnskapsoppsummering). I metodekapitlet refereres trinnene fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, som en standard eller oppskrift for hvordan man går frem. Det gjøres nøye rede for litteratursøk og aktuelle databaser. De omfattende listene med tall over antall treff viser at det stilles krav til søkekompetanse og kunnskap om kombinasjon av søkeord for å få spesifikke treff. Når databasesøket er ferdig, står studentene igjen med utvelgelse av artikler som skal brukes i oppgaven. Målet er å komme frem til fem–ti vitenskapelige artikler av høy kvalitet

som er i samsvar med det som er oppgavens problemstilling, eller som Nortvedt mfl. (2012) sier: «hva er død skog, og hva er skjulte skatter» (s. 68). Her kommer sjekklisterne inn.

## Bruk av sjekklister

Det fremgår av de utvalgte oppgavene at studentene har lest opp til 35 vitenskapelige artikler i fulltekst, som de så har vurdert kritisk før de valgte ut fem–ti aktuelle studier som de referer til i oppgaven. Studentene går igjennom sjekklisterne kriterier for å vurdere studienes kvalitet, om kriteriene er oppfylt, og eventuelt hvilken påvirkning ulike svakheter kan ha for resultatet. Et fremtredende funn i analysen av bacheloroppgavene synes å være mengden av vedlegg, også når det gjelder sjekklister som er tatt i bruk i prosessen med å inkludere og ekskludere artikler til bacheloroppgaven. Å kritisk vurdere vitenskapelig gyldighet eller kvalitet kan i seg selv forstås som krevende, men Nortvedt mfl. (2012, s. 69) peker på sjekklisterne betydning «... Du tenker kanskje at det er krevende å vurdere vitenskapelige artikler, men det finnes sjekklister med kontrollspørsmål som skal gjøre arbeidet lettere.» Sjekklisterne ligger lett tilgjengelig på nettsiden til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten<sup>8</sup> og fremstår som sentrale i sykepleierstudentenes arbeid med bacheloroppgavene.

Studentenes utfylte sjekklister omfatter mellom 10 og 20 sider som vedlegg, noen opptil 30 sider, ettersom hver sjekklister har mange kolonner som skal fylles ut. Sjekklisterne er konstituerende for hvilke studier som velges ut eller forkastes. I en del oppgaver fremkommer i første rekke utfordringer med å finne riktig sjekklister. Spørsmålene i ulike sjekklister ser tilsynelatende like

---

<sup>8</sup> <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

ut, men svarene studentene fyller inn, synliggjør at det kan være problematisk å skille mellom dem, for eksempel mellom problemstilling og hovedmål, eller metode. Ett eksempel er vurdering av en studie der det er brukt metodetriangulering, og der studentene valgte å bruke sjekklister for kvalitative studier. Studien vurderes å være av høy kvalitet, men sjekklistespørsmålene besvares på bakgrunn av den kvantitative delen av studien. I et analytisk perspektiv kan denne prosessen forstås som at studentene lærer å bruke sjekklister som en standard, men de har for liten kompetanse til å vurdere hvordan de skal forholde seg til dem når de ikke får standardene til å passe.

De innledende spørsmålene i sjekklisten fremstår som lette å svare på. Studentene har ofte bare krysset av for ja eller nei, av og til med en liten vurdering i tillegg, som i dette eksemplet:

| SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING  | Svar |
|--|------|
| <b>1 Er problemstillingen i studien klart formulert?</b><br>Studiens hovedmål er å analysere oppfatning av risikoen blant eldre sørsiasatiske mennesker med type 2-diabetes i Storbritannia.   | Ja   |
| <b>2 Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b><br>Fordi man er ute etter opplevelse og oppfatninger  | Ja   |
| <b>3 Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b><br>I denne studien har forfatterne brukt «grounded theory». Metoden kan forstås som en form for empirisme som legger overveiende vekt på induksjon og hypotesegenerering. Forfatterne beskriver de forskjellige standardiserte metodene som er benyttet i studien for å analysere dataene. | Ja   |

Sjekklisterens spørsmålsformulering stiller krav til metodekunnskap idet den ber studentene om å svare ja eller nei. Spørsmålene inviterer til absolutte svar. Svaret på spørsmål tre i eksempelet foran leder til en undring over hva studentene forstår. Det legges et stort ansvar på studentene med hensyn til

kunnskap om forskningsmetodiske forhold, særlig om *resultatvurderinger*: *Kan du stole på resultatene?* Spørsmålet fremstår som et imperativ, det henvender seg personlig til et «du». Teksten er formulert enkelt, men eksempelet foran viser at det ikke nødvendigvis fremstår så enkelt for studentene å svare. Spørsmålet kan også forstås som å fremme en relativt smal, reduksjonistisk tilgang til kunnskap. Studentene har ingen forskererfaring eller forskerfellesskap som bekrefter eller korrigerer vurderinger, og til tross for de sosiale strukturenes vektlegging av vitenskap er kunnskapen begrenset. Usikkerheten i vurderingen av spørsmålene fremtrer i en oppgave der en studentgruppe svarer på spørsmålet: *Hva forteller resultatene? «Studien kan være både presis og ikke presis.»*

Spørsmål om studiens utvalg, rekruttering og frafall er under spørsmål i resultatvurderingen. Studentene følger opp med sine vurderinger, slik dette eksemplet viser:

---

Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?  
Som underpunkter, tips og råd: Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som ble gjort?

*44 interesserte i utgangspunktet. Halvparten meldte avbud grunnet utmattelse. Fem mistet pasienten i perioden, og fem ble ikke fulgt opp. To ble ekskludert grunnet alder. Ti ektefeller var dermed med i undersøkelsen.*

---

Studentenes svar viser at det er vanskelig å føye spørsmålet inn i ja/nei-kategorien, så de gjentar i stedet detaljer fra artikkelen. De unngår å svare på spørsmålet og synliggjør at de er usikre på hva som er overbevisende legitimering av utvalgsstørrelse. Måten studentene fyller ut skjemaene på, viser at de ikke vurderer selvstendig om utvalget er godt beskrevet, de refererer til forskerens egen beskrivelse, slik som vist over. Studentenes svaralternativer bærer ofte preg av at de har lest arbeidsbokens bestemmelser om hva som er lurt å gjøre, og så gjør de det på samme måten, med det samme språket.



Et gjennomgående trekk ser ut til å være at studenten svarer på de ulike spørsmålene ved å gjenta spørsmålet i form av å bekrefte, slik som det vises her.

«Var spørsmål/formålet godt beskrevet?» *Ja, studiens spørsmål/formålet er godt beskrevet.*

Spørsmålet om datanalysen er systematisk, blir ofte besvart slik: *Ja, systematisert i form av tabeller*, men på spørsmål om adekvate analysemetoder og risiko for systematiske feil kommer usikkerheten frem: *Ja, i lys av den kompetansen vi sitter med, kan vi ikke vurdere annet enn at de har brukt adekvat metode for analyse. ... Ikke så vidt jeg har klart å finne ut.*

Eksemplene viser at sjekklistespråket presser studentene til å ta stilling til spørsmål om utvalgsstørrelse, om overførbarhet og om metodiske forhold. Dette er kompliserte og sammensatte spørsmål som krever kunnskap om metode og vitenskapsteori, men studentene følger i all hovedsak plikttoppfyllende opp spørsmålene og søker å besvare dem. I tekstene peker de på begrenset kunnskap og usikkerhet, men de forsøker også å manøvrere seg ut av et felt der de skjønner at de mangler kunnskap. En gruppe peker på egen usikkerhet, både når det gjelder egen kunnskap, men også hvilken hensikt sjekklister har: *En svakhet i oppgaven kan være vår begrensede erfaring med å kvalitetssikre forskning. Det kan ha medført feil i sjekklister, eller detaljer kan ha blitt oversett.* Her kan det se ut som studentene tror de skal kvalitetssikre selve forskningen, og ikke vurdere selve den publiserte artikkelen der forskningen presenteres.

Til tross for usikkerhet svarer studentene i mange sammenhenger kontant på at studien «har god kvalitet» eller at «utvalget er for lite». Sjekklister inviterer til dette, der leseren skal gå god for eller avvise den vitenskapelige artikkelen, altså om den er absolutt god eller dårlig. Det er imidlertid et spørsmål om kunnskapsgrunnlaget til bachelorstudentene er solid nok.

Faren blir følgelig at de avviser gode studier og trekker veksler på studier som ikke er så gode. Når for eksempel en kvalitativ studie vurderes som dårlig på grunn av lavt antall deltakere, vitner det om at kriterier fra den kvantitative verden blir brukt i vurderingen. Tilsvarende når spørsmål om grupper er like store: «Ja, sannsynligvis var de det.» Det er et vanskelig spørsmål å svare ja eller nei på.

## Nyttig forskning for endring av klinisk praksis?

Sjekklistene stiller litt ulike spørsmål med hensyn til om forskningen får konsekvenser for klinisk praksis eller ikke. For oversiktsartikler er et spørsmål om praksis bør endres, mens for kvalitative sjekklister er kriteriet om resultatet er nyttig for praksis. I denne sammenheng er det viktig å undersøke hvordan studentene tolker og forstår begrepet nytte og at praksis kan endres. Når det gjelder endring av praksis, beskriver studentene i hovedsak hva studiens forfattere sier i artikkelen, og trekker få selvstendige konklusjoner ut over det. Enkelte peker på at endring vil kreve for mye tid og ressurser, og at de som enkeltstående fagutøvere ikke kan gjøre endringer alene.

Studentenes svar på nyttespørsmålet fremhever idealet om den gode praktiker og henger sammen med spørsmålet om man kan stole på resultatene fra sjekklister. På spørsmål om studien er nyttig for praksis, svarte noen studenter nølende: «Funnene er nyttige, da det viser hvordan man skal tenke når man skal bruke tvang. Hva man må tenke på når man må bruke tvang i spesielle situasjoner, og hvordan man kan unngå tvang.» Disse studentene oppfatter tilsynelatende ikke nytte som et rent instrumentelt begrep som kun forteller en hva man kan gjøre, men også hvordan man kan tenke. Det er derfor variasjon i

hvordan studentene tenker om nytte i praksis. Selv om de vurderer kvaliteten på studien som middels eller lav, kan de si at funnene er nyttige fordi de er direkte overførbare til praksis. I den kritiske vurderingen ser det ut til at studentene ikke helt kan skille disse spørsmålene fra hverandre: Kan du stole på resultatene, hva forteller resultatene, og er resultatene nyttige i praksis?

## Diskusjon - diskursive strømninger i sykepleierutdanningen

I denne studien har vi undersøkt hvordan sykepleierstudentenes bacheloroppgave påvirkes av den kunnskapsbaserte diskursen, og hvilke diskurser om kunnskap som er fremtredende. På bakgrunn av analysen vil vi i diskusjonen løfte frem to viktige funn. Det ene er at den kunnskapsbaserte diskursen påvirker bacheloroppgavene i stor grad gjennom bruk av trinnene i KBP og sjekklisene. Det andre funnet er spørsmålet fra sjekklisene om hvordan studentene vurderer hva som er nyttig for praksis.

Bachelorstudentene i sykepleie bruker mye plass og energi på å finne frem til vitenskapelige artikler og å vurdere den vitenskapelige kvaliteten. I et diskursivt perspektiv kan det se ut til at krav om vitenskapelighet imøtekommes gjennom KBP med bruk av sjekklister for å kritisk vurdere kvaliteten på kunnskap fra vitenskapelige artikler. Spørsmålene i sjekklisene kan fremstå som enkle, men man skal ha et godt grep om ulike metodiske tilnærminger for å velge rett sjekklister og kunne vurdere spørsmålene. Spørsmålene og sjekklisene kan fremstå som like, og studentene ser ut til å forholde seg til dette ved å repetere spørsmålet og lene seg på artikkelforfatteren når de svarer, eller de setter bare et kryss. Vi kan si at den akademiske diskursen har

endret seg fra sykepleieteoriene som representerte en konstant og stabil verden av forståelser og normer for sykepleie, til en empiribasert virkelighet der spørsmål om endring og nytte fremstår som usikre faktorer.

I lys av Faircloughs kritiske diskursanalyse kan man si at studentene skriver seg inn i den sosiale diskursen om KBP, noe som er knyttet til utdanningenes krav. Det kan se ut til at studentene bruker sjekklister som en slags standard oppskrift der en avkrysning skal reflektere at de har vurdert kritisk. Avkrysningsrubrikkene stiller krav om vurdering som et imperativ om at dette må studentene ta stilling til. Studentene lærer å være kritisk til forskning, men grunnlaget for kritikken følger et standardisert oppsett som leder til en forståelse av forskning som en instrumentell, skjematisk manual. Det kan virke som om kompleksiteten underkommuniseres i sjekklistespørsmålene, og at studentene til dels møter dette ved å gjenta den publiserte tekstens ordlyd, enten ved å la spørsmålet stå åpent eller ved å modifisere det de skriver, som: *så langt jeg har kunnet ...* Det er derfor et spørsmål om kravet i det sosiale feltet svarer til den kompetansen de bygger opp i løpet av en treårig bachelorutdanning. I denne sammenhengen er det viktig å spørre etter hva slags forståelse som utvikles om forskningens og kunnskapens mangfold. Når studentene produserer tekster basert på trinnene i KBP, formes de som sosiale identiteter som kan forholde seg til standarder og manualer for vitenskap. Ved å lese sjekklister i lys av kritisk diskursanalyse rommer denne praksisen kulturelle elementer. Bacheloroppgaven bidrar derfor til å møte praksisfeltets sosiale og kulturelle fellesskap med ny og oppdatert kunnskap, noe som også kan sees i lys av Knutstad (2016). Hun finner at når studentene skriver seg inn i en KBP-tradisjon, bruker de større grad av medisinsk og psykologisk

litteratur enn studenter med en mer tradisjonell orientering mot sykepleieteorier. Hun finner også at studentene i liten grad tar i bruk personlige erfaringer fra klinisk praksis, eller eget liv, et perspektiv som også er diskutert hos Jordal (2016).

Det andre funnet vi vil fremheve, er sjekklistenes spørsmål om henholdsvis nytte og endring, som begge kan referere til om man kan stole på resultatene. Studentene skriver seg inn i utdanningsfeltets eller de sosiale strukturenes overordnede diskurs, om betydningen av kunnskapens nytte og målbarhet, men overveiende viser de en reflektert holdning til kravene om endring og nytte. Nytte som begrep knyttes både til tenkning og handling.

Kirkevold (2013) peker på at dikotomi i kunnskaps- og teori-forståelse har preget sykepleie som fag og vitenskap siden 1970-årene, og beskriver det som ødeleggende for utviklingen av sykepleiefaget. Hun drøfter muligheten for en brobygging mellom det hun kaller positivistene og fenomenologene, for de som bekjenner seg til KBP, og til de som avviser denne måten å arbeide på. Dette er forenlig med spørsmålet om nyttig forskning eventuelt kan bidra til å skape endring i praksis. Å tenke nytte som et mangfoldig begrep som involverer refleksjon og faglig skjønn, kan bidra til en kultur som strekker seg utover det rent instrumentelle nyttebegrepet. Studentenes beskrivelse av om forskningen bør føre til endring av praksis, handler også om en forståelse av å være en del av en sosial og kulturell sammenheng, der de er avhengige av andre i et fellesskap.

Martinsen (2005) har stilt to sentrale spørsmål til KBP: «Hvilke problemer kan ikke besvares, og hvilke problemer får en mer innsikt i ved å bruke andre forskningstilganger, andre måter å produsere og å konstruere kunnskap på?» (s. 86).

Spørsmålene hun stiller, åpner for en anerkjennelse av den kunnskapsbaserte praksisens plass innenfor utvalgte

problemstillinger. En styrke i problemstillingene innenfor KBP er at de er ... «aktuelle, som en kommer videre med, finner løsninger på, og der en ikke behøver å søke tilbake til erindring og fortelling» (Martinsen, 2005, s. 100). Martinsen hevder at KBP overfører krav innenfor et område til et helt annet, der de samme kravene ikke kan oppfylles, og hevder at mellommenneskelige forhold underlegges maktforhold «som den evidensbaserte forskningen setter disse språkformene i» (Martinsen, 2005, s. 85, 98). Martinsen mener at de uløselige problemene som alderdom, smerte eller sorg står i fare for å bli tilsidesatt når randomiserte kontrollerte studier fremstår som eneste anerkjente vitenskapelige metode. Våre funn tyder på at dette ikke er så motsetningsfylt i bacheloroppgavene.

Studentene vurderer kvalitative studier, og valg av problemstillinger er også knyttet til eksistensielle spørsmål, eller har et eksistensielt perspektiv. Vår erfaring er dermed ikke at tematikken i bacheloroppgavene har endret seg med innføringen av KBP. Men vårt funn om forskningens nytte må sees i lys av den kritikken som Martinsen reiser. Det betyr at selv om RCT-studier beskrives som en «gullstandard», gjør studentene selvstendige valg, og de bruker forskning som beskriver opplevelse, mening og forståelse. Funnene viser også at studentenes temaer i all hovedsak er knyttet til uløselige utfordringer som krever kunnskap, kompetanse og praktiske ferdigheter. Likevel kan gjennomgangen av studentenes arbeider tyde på at oppgavene er skrevet i samsvar med diskursen om vitenskap som en hierarkisk, overordnet kunnskapsform, der erfaringer fra praksisfeltet får en begrenset plass.

Studentenes problemstillinger, slik de er gjengitt her, omfatter hva sykepleieren kan gjøre i gitte situasjoner overfor utsatte og sårbare personer, men pasienten er beskrevet som den generaliserte pasient, slik Knutstad (2016) sier, eller slik vi

beskrev det innledningsvis: en kontekstløs pasient som ikke kommer fra noe sted, men som heller ikke skal noe sted. Dette er ikke nytt, slik var også den tidligere bacheloroppgaven. Det nye er hvordan en helse- og kunnskapspolitisk maktstruktur får rom i utdanningen og blir en standardisert metode for kunnskapsutvikling.

## Avslutning

Analysen i denne studien viser at KBP har fått en sentral plass i overordnede dokumenter på helse- og utdanningsfeltet og fremtrer som en dominerende kunnskapsdiskurs i sykepleierutdanningen. Studentene demonstrerer at de kan imøtekomme og håndtere sosialt aksepterte praksiser eller teknikker for å søke litteratur og vurdere kvaliteten på studier. Tilsvarende viser analysen at klassiske vitenskapsteoretiske poenger markeres og synliggjøres i oppgavene. Analysen viser også at oppgavene er relativt like. Det kan komme av at KBP krever en standard fremgangsmåte som studentene følger. Knutstads analyse av bacheloroppgavene på to forskjellige utdanningsinstitusjoner viser at forskjellen mellom utdanningsinstitusjonene er stor, men ikke innenfor den enkelte institusjonen. Dette synligjør også at rammeplanens autorative kraft ikke forhindrer forskjellige programplaner og kriterier for bacheloroppgaven.

Den kunnskapsbaserte diskursen fremstår tydelig i bacheloroppgavene til sykepleierstudentene etter at krav om vitenskape-lighet ble tatt inn i sykepleierutdanningens rammeplan fra 2008. I jakten på den nyeste og mest oppdaterte kunnskapen gjør studentene omfattende databasesøk for å finne frem til aktuelle studier, før de gjør bruk av sjekklister for å vurdere vitenskape-lige studiers kvalitet. Prosessen med sjekklister for kritisk vurdering av forskningen har fått en fremtredende plass

i bacheloroppgavene. Utfylte sjekklister utgjør et stort antall vedlegg til oppgavene. Våre analyser peker på at studentenes vurderinger av vitenskapelig kvalitet og relevans slik det fremkommer i sjekklistene, synliggjør usikkerhet og ofte begrenset innsikt. De kan likevel stå frem og presentere forskning med tilsynelatende stor kompetanse og overbevisning. Det er grunn til å spørre om vitenskapsteoretisk forståelse og metodekunnskap gjennom sykepleierutdanningen er tilstrekkelig for å kunne gjøre gode og relevante kritiske vurderinger av avanserte forskningsstudier. Det er i tillegg språkbarrierer knyttet til at vitenskapelige artikler gjennomgående er skrevet på engelsk, samt at sjangeren kan være krevende for en uerfaren leser. Begrensningene vanskeliggjør muligheten til å forstå og dermed faktisk filtrere ut gode studier, med fare for å forkaste de gode og legge større vekt på dårligere studier. Diskursens dominans kan derfor sette andre kunnskapsdiskurser i skyggen. Der sykepleieteorien tidligere ble brukt som et redskap for refleksjon over god praksis, som hvordan man kunne møte pasienter og forholde seg til ulike utfordringer, har diskursen om KBP tatt over og domineres av spørsmål om vurdering av kunnskapens gyldighet og relevans. Klinisk komplekse og sammensatte problemstillinger viker for vitenskapelig kvalitetsvurdering, og det er en fare for svakere substans og mindre egen refleksjon og teoriforståelse fordi det ikke er tid og plass til det.

## Referanser

- Eilertsen, H., Engebretsen, E. og Heggen, K. (2012). Akkrediteringsmakt. I: E. Engebretsen og K. Heggen (red.), *Makt på nye måter* (kap 7). Oslo: Universitetsforlaget.
- EU (2005). *The European Higher Education Area*. [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/Bologna\\_leaflet\\_web.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/Bologna_leaflet_web.pdf)



- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse. Textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Grimen, H. og Terum, L. (red.) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*: Abstrakt forlag AS.
- Grue, J. (2011). Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: mellom medisinske og sosiale forstøpelse av funksjonshemming. I: T.R. Hitching, A.B. Nilsen og A. Veum (red.), *Diskursanalyse i praksis*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Heggen, K. og Engebretsen, E. (2009). Tvetydig om kunnskapsbasert praksis – en dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere. *Sykepleien forskning*, 4(1), s. 29–33.
- Jordal, K. (2016). “*I’ll make a damn good nurse*” - A Qualitative Study of Coherence and Learning in Nursing Education. PhD-avhandling, Universitetet i Oslo.
- Karseth, B. (2000). *Sykepleierutdanningen i en reformtid*. NIFU: Rapport 9/2000.
- Karseth, B. (2004). Curriculum changes and moral issues in nursing education. *Nurse Education Today*, 24, s. 638–643. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.08.003>
- Kirkevold, M. (2013). Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I: H. Alvsvåg, Å. Bergland og O. Førland (red.), *Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 265–275). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Knutstad, U. (2016). *Sykepleierstudenters konstruksjoner av sykepleie. En analyse av kunnskapsgrunnlaget i norsk sykepleierutdanning*. Phd-avhandling, Universitetet i Aarhus.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Kvangarsnes, M. (2005). *Sjuepleierutdanning i endring: nasjonalt rammeplanarbeid 1992–2004 med fokus på styring, profesjonar, diskursar og tekst*. Phd-avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Kvangarsnes, M. (2011). Sjuepleierutdanning under debatt. *Nordisk Tidsskrift for helsetjenesteforskning*, 1(7), s. 1–2.
- Løkholm, M. (2013). *Læreplanarbeid sett i lys av nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M. og Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, 7, s. 64–69.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V. og Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Råholm, M.-B., Hedegaard, B. L., Løfmark, A. og Slettebø, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden - from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of advanced nursing*, 66(9), s. 2126–2137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>
- Solbrekke, T. D., Heggen, K. og Engebretsen, E. (2014). Ambitions and Responsibilities: a Textual Analysis of the Norwegian National Curriculum Regulations for Nursing Education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 58(4), s. 479–494. <https://doi.org/10.1080/00313831.2013.773557>
- Solvoll, B., Opsahl, G. og Granum, V. (2012). Hvordan bidrar rammeplanen for norsk sykepleierutdanning til akademisk profesjonskompetanse? *Uniped*, 35(1), s. 22–33.
- Stortingsmelding nr 20. (2004–2005). *Vilje til forskning*.
- Stortingsmelding nr 40 (1990–91). *Fra visjon til virke, om høgre utdanning*.
- Stortingsmelding nr. 27 (2000–2001). *Gjør din plikt - Krev din rett - Kvalitetsreform av høyere utdanning*.

## Øvrige referanser

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>. Lastet ned 6. desember 2016.

# 3

## Tilbage til sagen

*Lene Tangaard* <sup>a)</sup> (1. forfatter) og *Karin Højbjerg* <sup>b)</sup>

### Return to the heart of the matter

This chapter discusses the implications of an emerging tendency to focus on didactic designs, tools and technologies and less on the content. This trend is evident across a range of educational settings, including practical healthcare education. The education of clinical teachers and supervisors is characterised by a strong focus on pedagogy and not clinical content, and at the same time we see contours of discouragement among the clinical teachers. The use of learning styles is examined as an example of this tendency within a social, situated, pragmatic theoretical approach of learning and Gardner's understanding of learning styles. Inspired by Løgstrup we argue that clinical teaching has to reinvent its primary focus on professional content when teaching and supervising students within the health care professions. The 'theory of learning' style was never meant to be transformed into a pedagogical tool. Instead of leaning on didactic designs (such as the use of learning style) the professionals' passion and

---

a) Institut for kommunikation og psykologi, Aalborg Universitet

b) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

engagement in the content should rather encourage the students' learning processes.

## Indledning

Dette kapitel handler om, hvordan sagen og indholdet igen kan komme til at spille en hovedrolle i pædagogikken – navnlig indenfor den praktiske del af sundhedsprofessionsuddannelserne. Til at varetage undervisning og vejledning i den praktiske del af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser har man i Danmark siden 2001 etableret en tværfaglig, formel klinisk vejlederuddannelse. Denne efter-videreuddannelse på 9 ECTS-points<sup>9</sup> erstattede sporadisk udbudte pædagogiske kurser og har udelukkende et pædagogisk indhold. Et klinisk eller sundhedsfagligt indhold er således helt fraværende, og vi skal i det følgende diskutere de implikationer, denne vægtning kan tænkes at få for de lærende.

Indenfor didaktikken har det over tid været en standende diskussion, hvor meget henholdsvis indhold eller læringsmetoder skal vægtes i undervisningsplanlægningen. Indhold eller materielle aspekter kan på den ene side siges at have en værdi i sig selv, hvor indhold af de professionelle opfattes som så vigtigt, at de studerende bør vide om det for at være dannet/uddannet. På den anden side kan indholdet opfattes såkaldt formalt, hvor det

---

9 Klinisk vejlederuddannelse udbydes på professionshøjskoler til sundhedsprofessionelle med mellemlang videregående uddannelse. Uddannelsen er dimensioneret med 9 ECTS (European Credit Transfer System-point), hvilket svarer til 1/6 årsværks arbejdsindsats. Uddannelsen er tværfaglig og har til hensigt at opkvalificere pædagogiske og ikke kliniske kompetencer for sygeplejersker, radiografer, jordemødre, bioanalytikere, ergo- og fysioterapeuter. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, BEK nr. 497 af 20/06/2002.

afgørende er den «skoling» eller dannelse af tanker og handle-måder, som dette indhold muliggør (Klafki, 2001).

Det aktuelt mistede eller nedtonede sagsfokus kan ses i sammenhæng med, at der generelt både nationalt og internationalt er en stigende fokusering på læringsmetoder og undersøgelser af, hvordan de bedst kan implementeres og hvilken effekt, de har (Kelly, 2009).

Brugen af læringsmetoder, der udbydes som sammenhængende koncepter, gerne inklusive test og effektmålinger, er en af de måder, hvorpå man i uddannelsesverdenen søger at imødekomme kravene om at vise effektivitet og evidens. Diskussionen om læring synes i sammenhæng hermed at have mistet fornemmelsen for, at der findes en sag, dvs. et samfundsmæssigt anliggende, en underviser og et indhold, der driver læreprocesserne eller vejledere og undervisere, som ikke blot anvender metoder, men bruger hele deres virke, erfaring og drømmekraft som afsæt for undervisning og vejledning. Som Brinkmann og Tanggaard formulerede det i artiklen *Til forsvar for en uren pædagogik* fra 2008, lærer vi altid om noget, og vi lærer bedst, når vi har glemt, at vi lærer. Eller med andre ord: Metoder og metoder til implementering af metoder driver ikke værket. De kan allerhøjest kalibrere indsatsen, og det er altid konkrete vejledere, undervisere og studerende, som så at sige handler pædagogisk med bestemte formål for øje.

Det kan således, stik imod hensigten, blive et problem for de studerende og dermed de kommende generationer af professionelle, hvis vi glemmer, at indholdet er hovedsagen, at kompetencer vokser ud af noget andet end sig selv, og at metoder ikke virker i sig selv. Der er ganske vist en tendens til at efterspørge meta-kompetencer, dvs. kompetencer til at gøre sig kompetent for dels at honorere kravet om tværfaglighed og multiprofessionalitet og dels matche de stigende krav om fleksibilitet på arbejdspladsen.

Et mobilt arbejdsmarked, der er i stand til at allokere arbejdskraften derhen, hvor der lige for tiden er brug for den, er dermed med til at producere den hypermobile kompetencenomade (Krejsler, 2007). Men tømmes undervisningen eller vejledningen for indhold, kan begge parter, både studerende og undervisere, risikere at komme til at opleve problemer med motivation og dermed oplevelsen af manglende mening og faglig forankring. Sagen risikerer at forsvinde.

Så hvorfor ser vi disse tendenser? Der er naturligvis ikke noget entydigt svar på dette, men måske er den øgede fokusering på metakompetencer nyttigt set fra et administrativt-politisk perspektiv (Hermann, 2016). Hvis fokus flyttes til læringsmetoder og metakompetencer og dermed indirekte væk fra det faglige indhold og underviseren, gøres undervisere til teknikere, der forvalter læringssystemer, der understøtter en særlig determineret effekt. Som et af eksemplerne i dette kapitel vil vise, kan det føre til oplevelser af magteløshed og inkompetence hos vejledere og undervisere, fordi de kan opleve, at det, de kan, ikke regnes som det vigtigste for deres virke. Hvad betyder min faglige ekspertise, hvis jeg blot skal lære studerende at lære eller at udvikle deres læringsstile? Skole og uddannelse har naturligvis altid været delvis bestemt af ydre, politiske mål, men tendensen er, at denne styringstænkning vinder terræn og så at sige tager over i et felt, hvor pædagogikken, forstået som den brede sammen-tænkning af formål, indhold og form, i et specifikt felt, mister sit sprog til fordel for meget generiske termer som læringsmetoder, læringsledelse, metakompetencer og målstyring (Rømer, 2017). Måske er den fagligt og kollektivt forankrede underviser, der kan og skal foretage selvstændige og fagligt kvalificerede valg i de dynamiske forhold mellem undervisning og læring i hverdagen, for svær at kontrollere og derfor potentielt besværlig i en styringsteknisk logik? Måske er det, som vi antyder i denne

artikel, også den generelle psykologisering af pædagogikken i lyset af et stadigt mere psykologiseret samfund, som rummer en del af svaret på indholdstømningen.

I denne artikel er det, under alle omstændigheder, vores pointe, at vi har brug for at vende tilbage til sagen forstået som et samfundsmæssigt anliggende som motor for pædagogikkens drivkraft. Der er brug for at genvinde tilliden til uddannelsessystemet og den modløshed, der præger diskursen om uddannelse i dag.

I det følgende vil vi derfor, med udgangspunkt i eksempler fra kliniske vejlederes oplevelser af deres undervisningspraksis og med afsæt i en teoretisk kritik af psykologisk motiverede forestillinger om individuelle læringsstile, vise, hvordan og hvorfor indhold ikke kan eller skal tildeles en minimal rolle i pædagogiske bestræbelser. Eksemplerne er hentet fra den ene forfatters daglige praksis som blandt andet underviser af kliniske vejledere inden for sundhedsområdet. Teoretisk set henter vi vores inspiration i en situeret, pragmatisk tænkning om læreprocesser (Tanggaard, Rømer og Brinkmann, 2011; 2014; Rømer, Tanggaard og Brinkmann, 2017) og i Løgstrups filosofi og forståelsesramme, men i dette kapitel er vi særligt inspireret af psykologen Gardner, hvis arbejde med beskrivelse og analyse af de mange menneskelige intelligenser har vundet stor indpas i vestlig pædagogik – også inden for sundhedsprofessionsuddannelserne, som en metode, der i kraft af anerkendelsen af individuelle forskelle, skulle give bedre udbytte af undervisningen for forskellige elever. Det interessante er, at Gardner selv har påpeget, at teorien om at vi som mennesker har mere end blot én (logisk-matematisk) intelligens, kan føre til en uhensigtsmæssig psykologisering af pædagogikken, hvis den kommer til at fungere handlingsanvisende for selve det pædagogiske arbejde. At vi er forskellige som mennesker, anviser ikke i sig selv, hvordan man pædagogisk set formidler et fagligt indhold, et sæt af begreber

eller en dannelsesbestræbelse i en institutionel uddannelsesmæssig kontekst. Der er ganske enkelt, og der skal være forskel på psykologi og pædagogik, om end psykologiske indsigter bestemt kan vejlede pædagogiske bestræbelser.

Som indledning til vores teksts mere teoretiske pointer skal vi i det følgende se nærmere på en case-fortælling, som vi har konstrueret med afsæt i eksempler fra pædagogiske diskussioner i klinikken baseret på den ene forfatters oplevelser som underviser. Den viser, at en bevidsthed om individuelle forskelle og læringsstrategier og en «venden sig væk fra indhold» ikke altid er en fordel i pædagogisk øjemed, når det gælder en uddannelse inden sundhedsprofessionerne.

## En case fra klinikken

Den 7. september 2015 holdt jeg en forelæsning og workshop for mere end 250 kliniske vejledere i sundhedsvæsenet på Aarhus Universitetshospital med titlen «Har vi mistet fokus på sagen?». Titlen på min forelæsning var motiveret af en inspirerende dialog med planlægningsgruppen bestående af en række kliniske vejledere i sygeplejen, ergoterapien og fysioterapien. Da jeg i forbindelse med den indledende planlægning fortalte gruppen, at jeg arbejder med en forståelse af læring, hvor indhold, sag og faglighed betragtes som en drivkraft for læreprocesser, var det som om der bogstaveligt talt faldt en sten fra hjertet hos dem. Jeg citerede Løgstrup for følgende: «Medens vi bakser med opgaven, udvikles den karakter, der betinger løsningen af den. Fæstnelsen af karakteren er et resultat af fornøjelsen, der indfinder sig i det heldige resultat og allerede under kampen med vanskelighederne. Men en fatal forskydning er det, hvis man vender ryggen til opgaven og ansigtet til karakteren for at give sig til at fornøje sig ved den. Det bliver meget snart ødelæggende, og det på mere end én måde. Karaktertrækket stivner og bliver til sin egen karikatur, og



selvbehageligheden breder sig» (Løgstrup, 1972, s. 20). Reaktionen på min oplæsning af citatet overfor planlægningsgruppen var bemærkelsesværdig. De fortalte mig, at de gennem længere tid har været under indflydelse af en helt anden tænkning, hvor opmærksomheden har været rettet mod relationsarbejde, coaching og facilitering, og hvor underviser- og vejlederrollen er blevet beskrevet som et spørgsmål om at finde de rette metoder til at kunne vække det, der allerede er hos de studerende. Med Løgstrup kan man sige, at de oplevede, at de i stigende grad var blevet bedt om at vende ansigtet mod karakteren hos de studerende for at fornøje sig med de studerendes personlige læringsstile og strategier. Undervejs i mødet tog jeg grundige notater, og nogle af disse var direkte nedskrivning af citater fra planlægningsgruppen som eksempelvis: «Der er sket en 'intimisering' af pædagogikken», «Ingen af os må længere stå for noget eller mene noget på vegne af et fag eller en professionel stolthed», «Vi er blevet berøringsangste, men vi tror ikke, at vi hjælper de studerende ved at lade dem være alene med sig selv», «Det er vel ok at stå fast på nogle faglige idealer og indsigter og samtidig kunne lade disse være under kritik, vel vidende at verden er kontingent og i forandring, og at vores faglige indsigter skal kunne lade sig udfordre?»

Samtalen blev optakten til en temadag, hvor vi diskuterede hvordan, hvornår og på hvilke måder læreprocesser kan og bør vendes til at dreje sig om sagen frem for at stifne i en relationsorienteret karikatur, hvor vi, med Løgstrups ord, begynder at kredse om hinanden på en sær, besynderlig og selvoptaget måde. Mange vil sikkert hævde, at de kliniske vejledere i det ovenstående tager fejl, og at ingen har bedt dem om at vende fokus væk fra indholdet og deres egen rolle som initiativtagere til læreprocesser. Det har naturligvis også indflydelse, at citatet blev læst op under mødet, da det nødvendigvis vinkler de efterfølgende kommentarer. Pointen for nuværende er dog snarere, at de begreber og det sprog, vi anvender til at beskrive god

undervisning og vejledning, har stor betydning, og ikke mindst, at dette sprog i stigende grad er blevet afkoblet indholdet og på den måde har mistet sin forbindelse til det fagdidaktiske.

Vi har i studieordninger og modulplaner set detaljerede beskrivelser af didaktiske modeller, som i udgangspunktet er tænkt som en sikring af ensartede vilkår for læring for de studerende. Men disse krav om brug af eksempelvis lærings-tilstest, strukturerede refleksionsmodeller etc. bidrager til en bevægelse *fra* den indholdsdrævede undervisning *til* den læringsmålsorienterede undervisning. Her kommer opslugheden og lidenskabens forbundet til en sag eller et fag til at spille en meget minimal rolle i læreprocessen. Det vigtigste er at facilitere de studerende i at lære at lære – og gerne så indsatsen kan opgøres i målbare «læringsudbytter». Et eksempel på dette findes i følgende citat:

«Uddannelsespolitik, skoleudvikling og pædagogisk praksis har undergået en revolution. Den har forandret sig fra at være dannelses- og pensumbaseret til at være orienteret mod lærings- og kompetencebaserede mål. I stedet for at spørge, hvad skal vi læse, lyder spørgsmålet: Hvad skal vi lære?» (Qvortrup og Egelund i Hattie og Yates, 2014 s. 9).

De kliniske vejledere i det ovenstående oplever netop helt konkret, at det faglige, den faglige stolthed og autoritet i øjeblikket flyttes væk fra det pædagogiske fokus. Det er der flere grunde til. En af grundene kan være en modvilje mod kanoniseret og autoriseret viden, der strider mod et demokratisk sindelag, der hylder mangfoldighed og pluralisme. En anden grund finder vi i den aktuelle læringsbegejstring og forestillingen om, at der findes metoder, der kan bruges til at gøre læreprocessen personlig, individualiseret og unik. Denne sidstnævnte forestilling vil vi gerne problematisere og fokusere på i nærværende bidrag.

## Hvorfor pædagogik ikke kan reduceres til metoder

De kliniske vejledere i det ovenstående fortæller, at de oplever, at der er sket et skifte i den pædagogiske diskurs. Fra at tale om fag og didaktik taler vi nu om relationer mellem vejlederen og den vejledte, individuelle læringsstile, der skal lære den studerende at lære – rene metakompetencer. Der er visse udfordringer knyttet til disse forestillinger. Først og fremmest kan man ikke basere en hel pædagogik på en enkelt metode, men dernæst kan betoningen af individuelle forskelle føre til en u hensigtsmæssig individualisering af uddannelse og en fastlåsning af de studerende i de træk, som de faktisk har udfordringer med. Vi risikerer et statisk frem for et dynamisk, progressivt blik på de studerende.

I anvendelsen af distinktionen imellem metoder og pædagogik, som er vigtig for ovenstående pointer, lægger vi os som nævnt op ad Tanggaard og Brinkmann (2008), der argumenterer for, at en «ren» pædagogik, som er afkoblet indholdet, og som alene har fokus på metoder, er problematisk. Det vil sige en pædagogisk praksis, hvor undervisningsmetoder ses som fænomener, der er uafhængige af, hvad der specifikt skal læres. I den «urene pædagogik» er antagelsen derimod, at det, der skal læres, er helt afgørende for, *hvordan* noget læres. Metoder virker aldrig uafhængigt af praksisser. Metoder og koncepter anvendes, gøres og forhandles af konkrete undervisere, og vi vil hævde, at det i højere grad er underviseren end metoden, der virker. Eller det vil sige, at undervisere og studerende nogle gange får noget til at virke, fordi de gør det, der skal gøres i den konkrete situation, de står i. Metoder virker ikke af sig selv. Det er ikke det samme som, at de ikke kan have betydning og ikke virker. De virker bare på andre måder, end vi indimellem tror. Lad os se eksempler på dette med afsæt i netop ideen om de individuelle læringsstile.

## Læringsstile i praksis - eksempler fra et nyligt forskningsprojekt

Som nævnt er vi i øjeblikket vidne til det, vi kalder en «ren» læringsdiskurs. Her skrives, forskes og tales der om læring uafhængigt af fagområder. Et eksempel på fremvæksten af en «ren» læringsdiskurs finder vi i ideen om læringsstile, der har vundet indpas på mange uddannelser indenfor sundhedsprofessionerne. Indtil videre har udbredelsen af læringsstile dog ikke været udsat for så massiv en satsning som i grundskolen. I Aarhus kommune har man tidligere satset stærkt på læringsstile som metode. Omkring 10 000 lærere har ifølge Klitmøller været på et etdagskursus i metoden (Klitmøller, 2014).

Aarhus er ikke det eneste sted, hvor læringsmetoder er populært. Der er generelt både nationalt og internationalt en stigende fokusering på pædagogiske metoder og undersøgelser af, hvordan de virker og hvilken effekt, de har (Taubman, 2009). Brugen af læringsmetoder, der typisk købes som sammenhængende koncepter, inklusive test og effektmålinger, er en af de måder, hvorpå man i nutidens skole og uddannelsesverden søger at imødekomme kravene om at vise effektivitet og evidens. Den specifikke idé om læringsstile som koncept er formuleret af Dunn og Dunn og omtales ofte som »Learning Style Model, DDLSM» (for eksempel Dunn og Dunn, 1992; Dunn og Griggs, 2004). I dansk sammenhæng er teorien om læringsstile blandt andet fremført af Lauridsen (2007) og i antologien *Læringens og tænkningens stil* (Andersen, 2006). I sidstnævntes skriver Lene Boström: «Alle elever vinder ved at få deres stiltræk tilgodeset, men det er især af stor betydning for de «svagere» elever (Dunn og Griggs 2003)» (Boström, 2006, s. 73)

og videre: «Læringsstilsteorien giver en del forklaringer på, hvorfor nogle elever har succes i skolen, og andre ikke» (ibid.). Dunn og Griggs er to af de amerikanske forskere, der har udbredt ideen internationalt. Ideen er groft sagt, at vi ikke alle lærer bedst ved at sidde stille og lytte, men at nogle lærer bedst ved at bruge hænderne og kroppen og via bevægelse.

Vi ved ikke, hvordan brug af læringsstile praktiseres indenfor klinisk vejledning, men Klitmøllers studie viser, at hvis der er nogen effekt af læringsstile i grundskolen, så er det gennem, hvordan lærerne anvender, fortolker og giver mening til metoden. Metoden virker ikke i sig selv, og de præskriptive anbefalinger i litteraturen herom har mindre betydning. Den efterfølgende individuelle afpasning af læringstilbuddene, som metoden foreslår, er ikke omfattende. Desuden viser Klitmøllers undersøgelse, at lærerne har minimeret brugen af metoden til indlæring af forholdsvis isolerede elementer i undervisningen, som eksempelvis indlæring af konkrete fakta, hvor en anderledes og eksperimenterende undervisning kan være motiverende. Læringsstile har derfor nogen relevans i visse dele af undervisningen, men det afgørende er, hvordan selve metoden fortolkes individuelt af lærerne.

I et tidligere arbejde i parallel til Klitmøllers studie (Tanggaard, 2014) er der set nærmere på en relateret idé, nemlig den om de mange intelligenser af Howard Gardner, der også har inspireret konceptet om læringsstile. En læsning af Gardners tekster og kritikken af disse, gør det ret tydeligt, hvorfor der er udfordringer med forestillingen om, at vi er karakteriseret ved bestemte læringsstile eller intelligenser i rå form, som kan bruges som afsæt for en pædagogisk indsats.

## De mange intelligenser

Howard Gardner (1943–) er pædagogisk-psykologisk forsker, uddannet fra Harvard University i Boston, USA. Han er inspireret af kognitive psykologer som Piaget og Bruner, der begge på forskellig vis har beskæftiget sig med tænkningens udvikling hos børn. Gardner er selv mest kendt for sin teori om multiple intelligenser først beskrevet i bogen *Frames of Mind* fra 1983. Det er en kontroversiel teori, der problematiserer den efter hans mening begrænsede forståelse af intelligens, som de vestlige samfund vanligvis benytter sig af. Gardners bog fra 1983, der har vist sig som en hovedhjørnesteen i hans arbejde, bygger på en antagelse om, at mennesker har flere typer af intelligenser, færdigheder eller kunnen end dem, der måles i en typisk IQ-test. På basis af forskellige studier af mennesker som præsterer højt indenfor domæner som musik, kunst, videnskab, undervisning, dans og på det interpersonelle sociale område, er det Gardners pointe, at en traditionel IQ kun kan anvendes til at forudsige skolepræstationer, men ikke menneskers præstationsevner og kunnen indenfor en række andre livsområder. En traditionel IQ-test måler på verbale og logisk-matematiske evner, som traditionelt vægtes højt i skolen, mens mange mennesker, der lykkes med deres arbejdsliv og liv i det hele taget, også gør brug af interpersonelle færdigheder, personlig selvindsigt, kropslig kunnen eller endda kunstneriske færdigheder. Dette gælder også for klinisk praksis, hvor praktikere i høj grad trækker på erfaringer med at overveje meningsfulde handlinger af etisk og social karakter (Højbjerg, 2014). På polemisk og måske kontroversiel måde vælger Gardner altså at kalde de varierende og mangfoldige færdigheder eller kompetencer blandt mennesker indenfor forskellige samfundsmæssige discipliner for intelligenser, vel vidende, at det rykker på den gængse forståelse af, hvad det vil sige at være intelligent. I alt identificerer Gardner i

bogen syv forskellige former for intelligenser: musikalsk-, kropslig-kinæstetisk-, logisk-matematisk-, sproglig-, spatial-, interpersonel- og intrapersonel intelligens, der senere er udviklet med en eksistentiel og spirituel intelligens. Gardner skriver, her i dansk oversættelse:

«Jeg tænker på intelligenserne som rå, biologiske potentialer, som i ren form kun kan opleves hos individer, der i teknisk forstand er originaler. Hos næsten alle andre arbejder intelligenserne sammen om at løse problemer og nå frem til en endelig kulturel status – faglig, fritidsmæssig eller lignende» (Gardner, 1999, s. 20).

## Mange intelligenser rummer ikke i sig selv en pædagogik

Gardners tidligste arbejde var præget af en ren intelligensdiskussion, men fra midten af 1990'erne bliver en hovedpointe i hans arbejde dels at gøre skoler og lærere opmærksomme på skolens potentielle kulturelle blindhed, hvis der fokuseres ensidigt på sproglige og logisk-matematiske færdigheder, dels at granske nærmere, hvordan undervisning i højere grad kan sigte mod og inddrage det liv, som mennesker lever udenfor skolens sammenhænge.

Hvis vi vender blikket mod Gardners pædagogik, så er den ikke alene centreret om intelligensprofiler. Han understreger i en tekst fra 1995:

«Teorien om multiple intelligenser udgør på ingen måde en pædagogisk strategi. Der er altid et gab imellem psykologiske antagelser om, hvordan bevidstheden og sindet fungerer og pædagogisk praksis, og sådan et gab er særlig tydeligt i en teori, der er udviklet uden at have øje for specifikke pædagogiske antagelser og mål» (Gardner, 1995, s. 5, LTs oversættelse).

Intelligensteorien er således udviklet uden specifikke pædagogiske mål for øje. Gardner henviser her til en klassisk skelnen mellem psykologisk teori, som kan udpege forhold om den menneskelige psyke, der i princippet *kan* være af betydning i en pædagogisk praksis, men som ikke er tænkt ind i en specifik didaktisk sammenhæng. Pædagogisk praksis, hvor nogen skaber rammer for, at andre kan lære sig noget, rummer på en særlig måde elementer af intention og retning mod særlige mål og midler i de pædagogiske bestræbelser. Ambitionen i en læringsstiltænkning om at gå direkte fra psykologiske konstateringer af, at vi måtte have forskellige intelligenser eller læringsstile til udmøntning af en pædagogisk praksis, er her i bedste fald naiv. Der er naturligvis ikke en en-til-en-relation mellem en studerendes særlige læringsstil og en eventuel læringseffekt. Meget kommer imellem. Situationen, stoffet, underviseren etc. Præferencer for den handlingsanvisende teori er velkendt indenfor professioner, hvor der i sagens natur er krav om at kunne handle i praksis. Der efterspørges til stadighed metoder til *best practice* eftersom ingen – og allermindst de bevilgende myndigheder – ønsker at gøre sig anstrengelser, som er virknings- og dermed meningsløse og uden effekt. Problemet er imidlertid, at det er vanskeligt at opstille kausale sammenhænge for menneskelige variabler, hvor ikke alle variabler kan kontrolleres, eftersom lokale kontekster spiller ind på de såkaldte effekter. Med andre ord er virkeligheden for kompleks til, at der med rimelighed kan argumenteres for, at det er en undervisers stilledsering omkring en læringsstil, der afgør læringsudfaldet.

## Hvad er problemet?

Gardner skriver selv i en tekst fra 2008, at han er bekymret over den måde, hans tidligere arbejde med intelligenser fra 1983



anvendes på. Dengang var hans opfattelse, at folk måtte anvende hans teori, som de ønskede, men med tiden og måske i takt med populariteten af hans intelligensteori, er han er blevet mere optaget af dette arbejdes moralske implikationer. Han beretter i teksten fra 2008 om en opringning fra en kollega i Australien, som kunne fortælle ham, at man i et pædagogisk projekt var gået i gang med at opliste etniske grupper i forhold til, hvilke intelligenser, de var henholdsvis stærke og svage i. Gardner skriver: «Denne stereotype inddeling af etniske grupper repræsenterer en komplet pervertering af mine personlige overbevisninger» (Gardner, 2008, s. 54, LTs oversættelse). Hvis vi således går til kilden selv, så synes et forsøg på at kategorisere elever og studerende ud fra intelligens- og læringsprofiler at være en misforståelse, der i værste fald kan have stigmatiserende effekter, og som helt overser pointen i enhver pædagogisk praksis, nemlig at der er et fag og en sag, der spiller ind på undervisnings- og vejledningstilrettelæggelsen, og at den kliniske vejleder også selv er et levende væsen, der individuelt eller kulturbundet kan have præferencer og modviljer mod netop det faglige indhold i den pædagogiske praksis.

Gardner skriver således allerede i 1995, at der ikke er nogen indikationer på, at man kan træne kropslig intelligens ved at hoppe i klassen eller musikalsk intelligens ved at høre musik, imens man laver matematik. Det kan naturligvis være hyggeligt, men det er ikke en træning af intelligenserne som sådan. At vi skulle have en såkaldt interpersonel intelligens, er heller ikke en licens til at lave samarbejdende læring eller *cooperative learning* (Gardner, 1995, s. 7). Snarere argumenterer Gardner for, at pluralistiske tilgange er at foretrække; man kan både lære noget om et emne ved at få læst op, selv læse, gå på museer, møde kompetente repræsentanter for et fag og så videre. Ført over på læring i sundhedsvæsenet er det både gennem kollegers tale og

handlinger relateret til et specifikt fagligt problem/fænomen, ved at forsøge at håndtere problemet selv og ved at studere fænomenet teoretisk, at der kan være anledning til at lære sig det. På den baggrund kan man passende spekulere i, hvorfor diskursen om disse mange intelligenser og læringsstile vinder så stort gehør som pædagogisk teknologi?

Man kan overveje, om interessen for forskellige intelligenser og læringsstile er et bekvemt svar på usikkerhed i vejlederarbejdet og tabt autoritet? Måske repræsenterer begejstringen for de mange intelligenser og læringsstile en tro på entydig sikkerhed og øget kontrol i en verden med en eksplosion i mængden af tilgængelig information om læring og undervisning i en stadig mere kompleks og foranderlig verden? Måske er der tale om pressede vejledere/undervisere med minimal vejledertilæg og politiske krav om større gevinst for de investerede penge, der bevirker, at undervisere og politikere klamrer sig til forenkede løsninger, såsom det, at et kursus i læringsstile tænkes som mirakelmiddel i forhold til en vanskeligt gennemførlig differentiering af undervisningen? I relation til brug af læringsstile i grundskolen synes skoler over hele verden at være under et gevaldigt pres med nye børnetyper, nye diagnoser og mere opmærksomhed på krav om individuelle hensyn (Brinkmann, 2014; Szulevicz og Tanggaard 2016). Lad os vende tilbage til dette kapitels udgangspunkt med endnu en case. Tilbage til sagen.

## Tilbage til sagen – at læse sig ind i stoffet

Et år efter afholdelsen af den nævnte temadag var jeg (LT) på konference i USA. Jeg hører en fremlæggelse af den amerikanske forsker Patti Lather, hvis arbejde har haft enorm indflydelse på den bevægelse, der i dag bedst lader sig beskrive som posthumanistisk,

feministisk inspireret, kvalitativ forskning. Patti Lather siger pludseligt som led i sin fremlæggelse, at hun lader sine studerende læse tekster, de ikke forstår. Hvis de skal sætte sig ind i en teoretikers univers, så skal de ikke først forholde sig til egne læringsstile og strategier. De bliver blot bedt om at læse, og hvis de ikke forstår, må de læse en gang til. Der er ingen vej uden om stoffet, og der er tale om en form for læreproces, der som præmis tillægger stoffet en så væsentlig betydning for disciplinen, at det ikke er til at komme udenom. Altså kanoniseringen og stoffets væsentlighed udgør en autoritet i sig selv. Stoffet kommer under alle omstændigheder før forståelsen, lysten, meningen og den metakognitive bevidsthed. Nogle vil måske hævde, at det er en forældet og gammeldags måde at angribe et stof på, men Pattis studerende, som også var til stede den pågældende dag, fortalte, at de oplevede det som den eneste måde at komme i dybden med et stof på, og de oplevede også, at Patti var deres garant for, at det ville give mening i den sidste ende at gå igennem denne læreproces. Her står fagpersonen således som den tillidsskabende eksponent for, at det er værdt at kaste sig over stoffet. Der er tale om en tillidsbaseret ordre eller et fagligt imperativ om at læse et bestemt stof.

At fordybe sig i en tekst eller et stof kan tilsyneladende drive en læreproces fremad. I ovenstående eksempel er der tale om, at en respekteret og anerkendt fagperson har vundet legitimitet som underviser qua sin faglighed og derfor også opfattes som kompetent til at kunne udpege de tekster, der i hendes felt opfattes som de vigtigste. De studerende kan derfor også tillidsfuldt give sig i kast med opgaven. Det afgørende er, at det er den faglige tillid og fordybelsen i stoffet mere end den pædagogiske tilrettelæggelse, som driver læreprocesserne fremad. Et litterært eksempel findes i Elena Ferrantes bog om veninderne Elena og Lila i 1950'erne og 1960'ernes Italien i Napoli. Elena, hovedpersonen, beskriver, hvordan hun lærer at klare sig godt i skolen

uden at kunne få megen hjælp hjemmefra. Efter et besøg hos sin lærerinde til en fest i hendes hjem, hvor Elena bliver imponeret over alle de politiske og litterære diskussioner, der forekommer nærmest helt naturligt i hjemmet, beslutter hun sig for at begynde med ganske enkelt at imitere de ord, de andre bruger, at lære dem udenad. Bøgerne i skolen læser hun, så de bliver tyndslidte. I løbet af ganske kort tid får hun ret stor succes med sin strategi. Hun er blevet en legitim deltager i samtaler og diskussioner. Mauss taler i sit essay om kropsteknikker om *prestigetung efterligning*, som er de handlinger, der lykkes, og som man har set lykkes for de personer, man stoler på og som har autoritet over en selv (Mauss, 2004, s. 72). Her er det prestigetunge koblet til læreren, som Elena beundrer. Men det prestigetunge kan også være bundet til den sociale position, som ledsager de symbolske betydninger af at beskæftige sig med politik og litteratur.

Det er moderne at hævde, at den form for indlæring, som Elena engagerer sig i, alene leder til reproduktion og et upersonligt, ydre og overfladisk forhold til det lærte, men i Elenas tilfælde er det faktisk hendes eneste vej ind i en verden, der er fremmed for hende. Hun *vil* stoffet og ser den passion, andre er drevet af for at kunne beherske stoffet. Det er indlysende, at reproduktiv og imiterende adfærd ikke nødvendigvis leder til blivende eller såkaldt dybdelæring. Hvor man fastholder et ydre forhold til det lærte, hvor det ikke betyder noget for en personligt, ansporer det ikke nødvendigvis til at bruge det lærte i nye kontekster eller kreativt på nye måder. Der er dog omvendt ikke noget, der tyder på, at man bliver kreativ af ikke at vide noget (se også Tanggaard, 2016).

Med 70'ernes antiautoritære pædagogik installeredes samtidigt en modvilje mod autoritativ viden. Denne arv bærer vi formentlig stadig med os, når vi abonnerer på en mangfoldig

intelligensforståelse og dermed mangfoldige muligheder for pædagogisk tilrettelæggelse. Paradoksalt nok efterspørges der samtidig politisk autoritativ viden i form af evidens indenfor flere og flere fagområder – nu også i uddannelsessektoren. Sundhedsprofessionerne har haft tradition for at tilstræbe evidensbaseret praksis, inspireret af den toneangivende medicinske profession. Det kan måske også bidrage til at forklare interessen for evidensbaserede didaktiske modeller for, hvordan der bedst læres – eksempelvis sygepleje, ergo- eller fysioterapi. Med andre ord kan de kliniske vejledere, med baggrund i sundhedsprofessionerne, let tage didaktiske designs som læringsstilstests, refleksionsmodeller på sig.

Dertil kommer, at kliniske vejledere med de nyerhvervede eksamensbeviser naturligt nok må legitimere det nye virksomhedsområde. De pædagogiske praksisser set i professionsperspektiv må fungere som professionsstrategier, hvor grænsedragninger mellem de sundhedsprofessionelle med og uden pædagogisk efter-videreuddannelse er virksomme (Højbjerg, 2015). Klinisk vejlederuddannelse indeholder med sine ni ECTS som nævnt kun pædagogiske teorier og modeller for, hvordan de kommende kliniske vejledere kan understøtte de studerendes læring, for eksempel hvordan der kan stilles refleksionsspørgsmål, der understøtter den studerendes læring (Højbjerg, 2011). Til gengæld indeholder uddannelsen ikke kliniske elementer, der har at gøre med udøvelsen af de respektive professioners fag. Når de rene funktionelle læringsmodeller dominerer, fortøner sagen sig, som her er at lære de kommende generationer af sundhedsprofessionelle at virke som sådanne. Dertil skal lægges, at de studerende samtidig dannes til at tage ansvar for egen læring. Men problemet er, at hvis der ikke er nogen (en lærer, en vejleder eller et givet stof, en tekst, et materiale og lærerens bearbejdning af stoffet i en

grundig didaktisk bestræbelse på at kombinere det fag- og det alment didaktiske) til at pege ud i landskabet og vise, hvor hovedfærdsele årerne, gemmestederne og genvejene findes, så bliver det svært at orientere sig, og der bruges måske unødigt meget krudt på at gå ad veje, der ender blindt. Som de lærlinge, LT fulgte som led i sit Ph.d.-projekt fortalte, så ville de gerne tage ansvar for egen læring, men det kan være svært at se, hvad der er værd at lære, hvis ingen hjælper med at udpege dette, som de formulerede det. De foretrak derfor et begreb om gensidigt ansvar for læring, hvilket peger på nødvendigheden af en mur at spille bold op ad i perioder, hvor man skal lære noget, man endnu ikke mestrer. At man så, som Hattie og Yates (2014) i øvrigt også skriver det i deres bog om synlig læring, skal være opmærksom på, hvordan lærere forvalter deres ekspertise, om de overhovedet er egnede til at undervise, om deres viden står i vejen for deres pædagogiske praksis. Hvem har ikke prøvet at blive undervist af en, der ved meget, men som ikke rigtig kan få det sagt?

Argumentet er her, at man lærer altså at lære ved at lære *noget*, og vi lærer måske også bedst, når vi ikke er opmærksomme på, at vi er i færd med at lære og altså ikke har fokus på egne meta-kompetencer (Tanggaard og Brinkmann, 2008). Der er ikke noget i vejen med refleksion over egne læringsstrategier eller at være bevidst om udvikling af metakompetencer, men disse rene processer er ikke i sig selv drivkræfter for læring.

## Konklusion og perspektivering

I dette kapitel har det været bestræbelsen at vise hen til de «urene» og ofte oversete aspekter ved en sidetung fokusering på læringskoncepter. Som eksempel har vi fremhævet brug af læringsstile afledt af de mange intelligenser og de deraf følgende

overvejelser over undervisning og pædagogik. Intelligenser findes ifølge Gardner ikke i rendyrket form og studeres kun ved at følge personers praksisudøvelse, ligesom Klitmøllers studier viser, at læringsstile heller ikke findes i ren form, men praktiseres på forskellig vis i pædagogisk praksis. Samtidig har vi understreget den klassiske skelnen mellem psykologi og pædagogik og i det hele taget mellem abstrakt, deskriptiv teori og pædagogisk praksis, og dermed præciseret, at en teori om læringsstile eller mange intelligenser ikke i sig selv rummer en pædagogik – det vil sige aktiviteter, der har indbygget intentioner, mål og værdier, som man stræber efter at opnå.

For nærværende afsluttes dette kapitel med en opfordring til besindelse på enhver pædagogiks indholdstømte form. Didaktik bør altid indeholde overvejelser over, hvad der skal læres, hvordan, for hvem, hvornår og hvorfor nogen skal lære sig noget. Hvis «hvad», dvs. indholdet, ikke er tæt koblet til det faglige indhold og sagen, risikerer vi, at de fagprofessionelle ikke får mulighed for at videregive det, der gennem et fags historie er bygget op som et fags værdier og kerneopgaver, det der også giver næring til faglig stolthed. Hvis netop passionen og engagementet for det faglige indhold evaporerer på bekostning af pædagogiske fokuseringer, risikerer man, at modløshed sætter sig i det pædagogiske arbejde. Arbejdet med læringsstile kan ydermere føre til en ekstrem individualisering af pædagogikken, når og hvis undervisningen centrerer om kultivering af sundhedsprofessionsstuderendes subjektive processer, intelligensprofil og læringsstile. Hvis sådanne indre psykologiske processer kan forstås uden forankring i konkret praksis, bliver konsekvensen, at de studerendes læring og udvikling forstås uden henvisning til eller sammenhæng med den kontekst, de er en del af. Det bliver dobbeltsidigt at henvise til, at målet også er bestemte former for videnstilegnelse. De indre psykologiske

processer er både udgangspunkt og mål for de pædagogiske bestræbelser. Som Gardner selv skriver det i sin bog om *Disciplin og Dannelse* fra 2001 (i dansk oversættelse), er fag ofte under beskyldning. Folk og pædagoger, der sætter fag forrest, betragtes som gammeldags, kontrollerende, ude af trit med en problembaseret tilgang og som forbenede stivstikkere. I forhold til denne polemik får Gardner ordet: «Eleverne bør beherske deres tids fag og håndværk, selvom de med tiden afslører fagenes ufuldkommenhed og får held til at overhale eller omgå dem» (Gardner, 2001, s. 37.). Eller med andre ord: Det er nødvendigt med en midterposition eller et mere «urent» perspektiv på sådanne antinomier imellem fag og/eller ikke-fag, ligesom det er nødvendigt at kunne forholde sig kritisk til forestillingen, om at nye pædagogiske koncepter i sig selv udgør mirakelmidler, der i et snuptag løser dybt rodfæstede problemer med ulige udgangspunkter for forskellige sociale grupper til læringsmuligheder på vores uddannelsessteder. Politisk ideologiske forandringer med indbyggede forestillinger om standardisering og kontrol er de drivende kræfter bag udviklingen af de mere rene forestillinger om læring, uddannelse og forandring i sociale systemer. Så længe man accepterer præmissen om, at det rene styringsparadigme er vejen til bedre sundhedsprofessionsuddannelser, vil vi se en fortsat eksplosion af psykologiserende metoder og rene læringsideologier, og vi vil til sidst stivne i vores egne selvbilleder. Pædagogik handler grundlæggende set om det modsatte, nemlig om en formålsorienteret, intentionel, didaktisk organiseret forandringsbestræbelse, hvor et fælles tredje udgør omdrejningspunktet. Pædagogik fikserer ikke, men kan forsøge at løsne op i en stadig vekselvirkning mellem reproduktion og tilblivelse. Det er værd at huske på, hvor der ellers har været argumenteret for at skrue ned for pædagogikken.



## Referencer

- Aastrup, T. (2017). Pædagogikken i den omvendte kausalitets bur. I: T.A. Rømer, L. Tanggaard og S. Brinkmann (red.), *Uren pædagogik III*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Andersen, P. (red.) (2009). *Læringens og tænkningens stil – en antologi*. Frederikshavn: Forlaget Dafolo.
- Boström, L. (2006). Læringens stil: Om Dunn og Dunns stilteori. I: P. Andersen (red.), *Læringens og tænkningens stil* (s. 70–88). København: Billesø og Baltzer.
- Dunn, R. og Dunn, K. (1992). *Teaching elementary students through their individual learning styles : practical approaches for grades 3–6*. Boston; Toronto: Allyn and Bacon.
- Dunn, R. og Griggs, S. A. (red.) (2004). *Synthesis of the Dunn and Dunn learning-style model research : who, what, when, where, and so what?* St. John's University's Centre for the study of Learning and Teaching Styles.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1995). Reflections on multiple intelligences. *Phi Delta Kappan*, 77(3), s. 200.
- Gardner, H. (1999). *De mange intelligensers pædagogik*. Tekstsamling redigeret af Per Fibæk Laursen. København: Gyldendal.
- Gardner, H. (2001). *Disciplin og dannelse*. København: Gyldendal. (oversat fra *The Disciplined Mind*, 1999).
- Gardner, H. (2008). Creativity, wisdom, and trusteeship. I: A. Craft, H. Gardner og G. Claxton (red.), *Creativity, wisdom, and trusteeship*. CA: Corwin Press.
- Hermann, S. (2016). *Hvor står kampen om dannelsen?* København: Informations forlag.
- Hattie, H. og Yates, G. (2014). *Synlig læring og læringens anatomi*. Frederikshavn: Dafolo.
- Højbjerg, K. (2014). Praktikuddannelse i et professionspædagogisk perspektiv. *Gjallerhorn*, (19), s. 64–71. <http://www.viauc.dk/udvikling-og-forskning/enhed-for-professionsforskning/Documents/Gjallerhorn/nr-19/kapitel-8-praktikuddannelse-i-et-professionspaedagogisk-perspektiv.pdf> (lastet ned 03.04.17)

- Højbjerg, K. (2015). The challenge of establishing a professional practice within practical education. *Ethnography and Education*, 10(2), s. 185–197. <http://dx.doi.org/10.1080/17457823.2014.995115>
- Klafki, W. (2001). *Dannelses-teori og didaktik – nye studier*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Kelly, A. V. (2009). *The Curriculum: Theory and Practice*. London: SAGE Publications Limited.
- Klitmøller, J. (2014). Teacher Uses of Learning Styles: The transformation of Dunn and Dunn learning styles in classroom practice. *Nordic Studies in Education*, (2), s. 94–110.
- Lauridsen, O. (2007). *Fokus på læring – om læringsstile i dagligdagen – professionelt og privat*. København: Akademisk Forlag.
- Løgstrup, K. E. (1972). *Norm og spontanitet*. København: Gyldendal.
- Mauss, M. (2004). *Kropp og person: to essays*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Rømer, T.A., Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2011). *Uren pædagogik til debat*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Taubman, P. M. (2009). *Teaching by numbers – deconstructing the discourse of standards and accountability in education*. London: Routledge.
- Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2008). Til forsvar for den urene pædagogik. *Nordisk Pædagogik*, 28(4), s. 303–314.
- Tanggaard, L., Rømer, T. og Brinkmann, S. (red.) (2014). *Uren pædagogik II*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Tanggaard, L. (2011). En læsning af Howard Gardner som uren pædagog. I: L. Tanggaard, T. R. Aastrup og S. Brinkmann (red.), *Den urene pædagogik* (s. 36–54). Aarhus: Forlaget Klim.
- Tanggaard, L. (2017, in press). *Sagspædagogik – om lidenskab, opslugthed og fordybelse som pædagogisk drivkræfter*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Westbury, I. (1998). Didaktik and Curriculum Studies. I: B.B. Gudem og S. Hopmann (red.), *Didaktik and/or Curriculum? An international dialogue*. New York: Peter Lang.

# 4

## Frihet og selvstyring - NAVs dialogmøter som styringsteknologi

*Truls I. Juritzen* <sup>a)</sup>

### **Freedom and self-government - the NAV "dialogue meetings" as technologies of governance**

This chapter investigates how health and social workers in modern welfare states are increasingly adopting dialogue as a solution to a wide range of issues. Dialogue is typically understood as a conversation between two equal parties and is thought to be a way of reducing power asymmetries between professionals and clients.

The study this chapter is based on has a qualitative methodological approach. Observation studies and in-depth interviews have been utilized to obtain relevant data. The chapter investigates how The

---

a) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus/CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services), Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Norwegian Labour and Welfare Organisation (NAV) conducts «Dialogmøter» (dialogue meetings), which bring together the employee, the employer (and if applicable, the employee's GP), in an effort to reduce long-term sick leave.

In this study, dialogue is investigated as a «governmental technology» structuring and guiding «conducts of conducts». Governmentality is a concept introduced by Michel Foucault and is later elaborated by other scholars (Rose, Dean, Lemke, Villadsen). We discuss how ideas of freedom and autonomy come into conflict with various «technologies of the self». The chapter concludes by underscoring the need for continuous and further critical scrutiny of the different modes of governmental practices inherent in modern ideals of dialogue between the representatives of the welfare state and its clients.

## Innledning

Dialog er et begrep som stadig oftere anvendes i ulike sammenhenger på en rekke samfunnsområder. Begrepet er vevet inn i dagligtalen og i mediebildet; «å gå i dialog med», «understreke viktigheten av dialog» eller «å vise vilje til dialog» er eksempler på bruken av begrepet. Den norske Arbeids- og velferdsetaten NAV har dialog som ett av sine sentrale virkemidler i sykefraværsoppfølgingen, blant annet gjennom det som betegnes «dialogmøter». I dette kapitlet vil jeg kritisk undersøke hvordan samtalen mellom deltakerne i NAVs «dialogmøte 2» utformes. Spesielt legges det vekt på å belyse teoretisk ulike forståelser av dialogbegrepet. Innledningsvis gjør jeg kort rede for relevante teoretiske perspektiver. Videre presenteres kapitlets empiri, bestående av observasjons- og intervjudata, som danner utgangspunkt for den etterfølgende diskusjonen og konklusjonen.

## Bakgrunn, aktualitet og relevans

I arbeidslivet har dialogen som begrep og ideal dagsaktualitet, samtidig som det er et tema med historiske røtter. I Norge, og til dels Skandinavia, er dette begrepet knyttet til det som fikk betegnelsen dialogkonferanse. Dette var et samarbeidsforum og en møteplass utviklet fra 1960-årene og utover der partene i arbeidslivet, ansatte og arbeidsgivere møtes (Thorsrud og Emery, 1970; Gustavsen og Engelstad, 1986). Utover 2000-tallet tas dialogen som virkemiddel i økende grad i bruk i arbeidslivet når ansatte skal ledes, og dialog er dessuten et sentralt begrep i ulike lederutviklingsprogrammer (Karlsen og Villadsen, 2008). I samfunnsdebatten etterlyses dialog mellom politikk, nærings-/ arbeidsliv og akademia, slik det kommer til uttrykk i den danske regjeringens handlingsplan fra 2003 *Nye veje mellem forskning og erhverv – fra tanke til faktura* (Ministeriet for Videnskab, 2003). Dialogen er også et virkemiddel i møte mellom forvaltning på ulike nivåer, innbyggere, ansatte og brukere. Dialogbegrepet er hyppig brukt når man skal arbeide med relasjoner privat og profesjonelt. Et nettsøk på dialog og terapi får fram et stort antall bedrifter med navn som: «Åpen Dialog», «Dialogverkstedet», «Dialog og Utvikling», «Dialog Psykologsenter», «Dialogconsult» og så videre.

Disse eksemplene viser hvordan dialogbegrepet brukes bredt på mange samfunnsområder for å uttrykke noe viktig både i samtaler mellom individer, institusjoner imellom og mellom institusjoner og individer. Bruken av dialogbegrepet kan knyttes til bestemte trekk som åpenbart har en appell i vår samtid. Går vi til oppslagsverkene, står dialogen og det dialogiske i motsetning til det monologiske og kanskje det utilnærmelige tause (Nordbø, 2015).<sup>10</sup> Monologbegrepet er hentet fra teaterscenen,

<sup>10</sup> Store norske leksikon. <https://snl.no/dialog>

der skuespilleren taler til seg selv i publikums påhør – den enes tale til de mange (Leinslie, 2011).<sup>11</sup> I dialogen møtes partene på likefot, der den enes argument ideelt sett er like betydningsfullt som den andres, og der det beste argumentet får forrang. Når dialogbegrepet skal forankres teoretisk, trekkes ofte de lange historiske linjene opp, fra den greske antikkens filosofer som Sokrates, Platon og Aristoteles til mer nåtidige «dialogbrukere» som Habermas (1999a, 1999b) og Freire (Freire, Nordland og Lie, 1999).

Med vektleggingen av det dialogiske ligger det en forståelse av betydningen av likeverd mellom dialogens deltakere, noe som understrekes i stadig flere av velferdsstatens møter mellom eksperter og lekfolk, profesjonsutøvere og borgere. Fageksperten, den profesjonelle helse- eller sosialarbeideren som henvender seg fra en opphøyet, bedrevitende og paternalistisk posisjon, har gått ut på dato. Ekspertens «mer-viten» skal nå formidles i dialog, helst fra en lyttende, lydhør og spørrende posisjon slik det kommer til uttrykk i Helsedirektoratets «Veileder til sykemelder»: «Vi trenger da en annen type ekspertkompetanse, en kompetanse på å være en «ikke-viter», en som stiller de gode spørsmålene, lytter, undrer seg sammen med brukeren og er ydmyk i forhold til brukerens egne ressurser og muligheter» (Helsedirektoratet, 2011<sup>12</sup>).

I møtet mellom borger og velferdsstatens mange profesjonsutøvere er dialogen en ønsket (og i mange sammenhenger en hardt tilkjempet) nyvinning som står i kontrast til tidligere paternalistiske idealer. Dialogen er dessuten et begrep og et virkemiddel mange helse- og sosialarbeidere kjenner fra egen utdanning og praksis. I disse fagene er dialogen tatt i bruk som pedagogisk virkemiddel i utdanningsløpet, og

11 Store norske leksikon. <https://snl.no/monolog>

12 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>

mange profesjoner trenes i ulike dialogbaserte tilnærming til brukere og klienter. Dialog framstår derfor som et tidsriktig, positivt konnotert og ønsket begrep og virkemiddel i mange sammenhenger. Dette danner bakteppet for at jeg i dette kapitlet velger å nærme meg dialogbegrepet med et mer kritisk og undersøkende blikk. Jeg vil her utforske dialogbegrepet som en viktig komponent i Arbeids- og velferdsetatens (NAV) oppfølging av langtidssykemeldte for om mulig å nyanse og problematisere dette begrepet.

## Arbeidsfravær og -nærvær

Et sentralt trekk ved den norske velferdsstaten er å skape trygghet for inntekt for den som blir syk og ikke kan arbeide. Å få flest mulig til å delta i arbeidslivet er viktig for den enkelte for å trygge inntekt og gi sosial tilhørighet og livsinnhold. På samfunnsnivå ansees det som avgjørende å ha en høy deltakelse i arbeidslivet både av hensyn til økonomien generelt og for å sikre inntekter til velferdsstaten, men like viktig er det å holde kostnadene nede ved å begrense utbetalinger via helse- og sosialvesenet. Fra 1992 har det som er omtalt som arbeidslinja, vært styrende for myndighetenes arbeidsmarkeds- og velferdspolitik (Terum og Hatland, 2014). Dette innebærer blant annet at det stilles aktivitetskrav til stønadsmottakere.

Forvaltningen av sykepenger og sykefravær er i dag en sentral oppgave for den relativt «unge» Arbeids- og velferdsetaten NAV. Staten og partene i arbeidslivet (arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene) har gått sammen om et forpliktende samarbeid for å få ned sykefraværet i norsk arbeidsliv (Aas, 2009). Et virkemiddel her er IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) som ble forhandlet til en ny avtale inngått mellom partene for perioden 2014–2018. På regjeringens nettsider beskrives

avtalen slik: «Det overordnede målet for IA-samarbeidet er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet» (Regjeringen, 2016).<sup>13</sup> Arbeidsgiver, sykmelder (oftest fastlege) og den sykemeldte innkalles i denne forbindelse til dialogmøter. Det er i dette skjæringspunktet mellom individ, arbeidsliv, helse- og sosialtjenester jeg vil undersøke hvordan deltakerne i NAVs dialogmøte 2 gir innhold til møtet gjennom samtalene som føres. Hensikten er å forstå mer av hvordan dialog praktiseres som samtaleideal og virkemiddel i sykefraværarbeidet.

## NAV og dialog

Dialogbegrepet finnes i flere sammenhenger i ulike deler av NAVs virksomhet. I grunnlagsdokumentene for NAV-reformen er dialogbegrepet i bruk, både når det er snakk om samhandling på institusjonsplan, mellom regjeringen, Stortinget, kommunalpolitikere og byråkrater, men ikke minst når det gjelder forholdet mellom velferdsetaten og dens brukere. Det legges vekt på «... samhandling og dialog som utløser brukernes eget ansvar og initiativ ...» (NOU 2014: 13, s. 77<sup>14</sup>), og når forholdet mellom saksbehandler og bruker omtales, understrekes det at «... etaten har satset på å utvikle samtalen som verktøy for å få en bedre dialog mellom brukeren og saksbehandleren» (NOU 2014: 13, s. 80). I stortingsmeldingen *Arbeid, velferd og inkludering* (St.meld. nr. 9 (2006–2007)<sup>15</sup>) slås det fast at de ansatte i den nye arbeids- og velferdsetaten vil trenge økt kompetanse: «De ansatte skal ha kunnskap om og ferdigheter i å gjennomføre dialog med brukerne og

13 [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/)

14 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-13/id149978/>

15 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-9-2006-2007-/id432894/>



evne til å utnytte brukernes erfaring og kompetanse om egen situasjon i forbindelse med planlegging av tiltak og tjenester med sikte på deltakelse i arbeid og aktivitet m.v.» (s. 82). Når NAV-reformen ble satt ut i live, ble dialog som arbeidsform et sentralt virkemiddel. Allerede i 2007 ble bruken av dialogmøter lovhjemlet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007). Både i arbeidsmiljøloven<sup>16</sup> og folketrygdloven<sup>17</sup> nevnes dialogmøtene når NAV, sykemelder, arbeidsgiver og den sykemeldte tildeles ansvar og plikter.

## Governmentality – frihetsforvaltning

For å utvide perspektivet på dialogbegrepet og bruken av dialogmøter i NAV er det nødvendig å presentere noen teoretiske perspektiver på hvordan styring i moderne velferdsstater kan forstås. Videre vil jeg derfor mer konkret skissere teoretiske begreper som er viktige elementer i en slik forståelse.

Mot slutten av 1970-årene arbeidet den franske filosofen og historikeren Michel Foucault med ulike sider ved framveksten av det moderne statsstyret og hvordan ulike maktteknologier henger sammen med politiske rasjonalitetsformer (Lemke, 2001). Foucault ville vise hvordan de gradvis mer styringsdyktige statene som vokste fram, fra slutten av 1700-tallet utviklet administrative apparater med institusjoner og instanser for overvåkning og kontroll av byutvikling, sanitære forhold og befolkningens helsetilstand mellom fødsel og død. Statenes interesser og styringsambisjoner dreide i denne perioden vekk fra kontroll over territorier og materielle forhold til kontroll over mennesket, både som individ og befolkning, og med det en kontroll eller makt over livet – «biopower» (Foucault, Senellart, Ewald og Fontana, 2007; Foucault, Ewald, Senellart

16 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

17 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

og Fontana, 2008). For å beskrive sentrale trekk ved styringen av moderne stater introduserte han governmentalitybegrepet (Foucault mfl., 2007, 2008). Siden er begrepet blitt tatt opp og videreutviklet av flere bidragsyttere (Gordon, Miller, Burchell og Foucault, 1991; Rose, 1999; Rose, O'Malley og Valverde, 2006; Cruikshank, 1999; Dean, 2010; Villadsen, 2007a, 2007b; Andersen, 2007).

Foucault vektlegger to historiske «tråder» som leder fram mot denne moderne styringsformen. En linje trekker han fra den greske antikken, der et viktig ideal var individets ansvar for å arbeide på seg selv og ta ansvar for egen selvutvikling. Denne plikten til å foredle sin personlighet gav Foucault samlebetegnelsen «technologies of the self» (Foucault og Rabinow, 1997). Den andre linjen Foucault trekker opp, er tilbake til tidlig jødisk/kristen tradisjon, der menighetens leder sammenliknes med gjeteren/hyrden som drar omsorg for både flokken og den enkelte, alle og enhver, gjennom detaljkunnskap om individet, tilstedeværelse og totaloverblikk (Foucault og Schaanning, 1995; Foucault mfl., 2007). Sentralt i denne hyrdemakten eller pastoralmakten plasserer Foucault det han kaller bekjennelsen, som han påpeker har klare paralleller til det katolske skriftemålet. Denne bekjennelsen rommer en forventning om at den enkelte, detaljert og uttømmende, skal dele med «hyrden/pastoren» sine innerste og mest private tanker (Foucault og Schaanning, 1995).

Denne interessen for styringen av mennesket og livet markerer en utvikling og et skifte i Foucaults maktforståelser. Fra å påpeke utilstrekkeligheten i maktforståelser som sentrerer seg omkring suverenitet, dominans og undertrykking, beveger han seg videre via mer disiplinerte og normaliserende styringsformer til governmentalitytenkningen som i tillegg innebærer en innenfra fortrolig, velmenende og subtil styring av

befolkning og individer. Det tegnes et bilde av en styringsform som effektiviseres, raffineres, finslipes og mildnes. Maktutøvelsen gjøres dermed mer akseptabel, ønskelig og til og med ettertraktet. Dette handler ikke om å stenge, innskrenke eller tvinge individene, men i stedet å dirigere eller gi retning til individer og gruppers handlinger:

The exercise of power is a «conduct of conducts» and a management of possibilities.(...) the government of children, of souls, of communities of families, of sick. (...) To govern in this sense, is to structure the possible field of action of others (Foucault og Faubion, 2002, s. 341).

Det subtile og innvendige består i at makten i denne sammenhengen ikke framstår som påbud og forbud, men som varianter av viten og kunnskap som er med å forme den enkeltes viten om og forståelse av seg selv. Oppmerksomheten er flyttet fra kontroll med ting til kontroll og styring med befolkning og individer. Det handler om å lede og styre «... individene ved hjelp av deres egen sannhet» (Foucault og Neumann, 2002). Befolkningen inviteres med på å ta i bruk sin frihet til å forme den og forvalte den på bestemte måter (Rose, 1999; Rose mfl., 2006).

## Dialog - invitasjon til selvstyring

I tiden etter Foucaults død i 1984 er governmentalitybegrepet anvendt og videreutviklet i en rekke forskningsmiljøer. I skandinaviske sammenheng finnes flere interessante bidrag innenfor dette perspektivet. Kaspar Villadsens arbeider med genealogiske studier av sosialt arbeid i Danmark har vist hvordan idealer om velgjørenhet fra det 19. århundret vender tilbake som «neo-philantropy» i vår tid, en velgjørenhet som forventer en aktiv og selvstyrende hjelpmottaker:

Social work for empowerment is about realizing the individual's will-power, authority and capacity to act. Social workers construct clients as powerless, with no self-authority, and promise to turn them into powerful persons who can exercise self-mastery (Cruikshank, 1999). In this sense, empowerment is a form of power that claims to ensure a quantitative maximization of the clients' power over themselves (Villadsen, 2007a, s. 317).

Villadsen har også vist hvordan det moderne arbeidslivet i økende grad gjennomsyres av styringsidealer som inviterer til, tilbyr eller endog forventer at den ansatte har en frihet til å styre seg selv (Villadsen, 2007b). Ett styringsverktøy i disse prosessene er dialogen som anvendes i samtalen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og arbeidstaker og klient i helse- og sosialvesenet (Karlsen og Villadsen, 2008). Cruikshank (1999) tar i sin bok *The will to empower* i bruk Foucaults governmentalitytenkning i sine kritiske analyser av empowermentfenomenet og dets betydning som maktutjevne ideal.

Pedersen og Hansen (2011) er et annet bidrag fra det danske «beskæftigelsesområdet, slik». Gjennom en dokumentanalyse ringer de inn flere former for det de ser som eksempler på «avanceret liberal styring» (s. 58). Begrepet er hentet fra Rose og Deans arbeider med governmentalitybegrepet og betegner en styring på avstand som er typisk i moderne liberale demokratier og velferdsstater. Ved at staten tilsynelatende forvalter en tilbakeholdenhet ved å minimalisere direkte inngripende styring, skapes et frihetsrom der individer og statens egne etater og byråkrater blir styringssubjekter. De liberale styringsteknologiene omfatter blant annet markedstilpasing, styring av incitament og selvstendigjøring, overvåking og synliggjøring, viten og dialog (Pedersen og Hansen, 2011).

I sin gjennomgang av governmentalityforskningen ender Rose mfl. (2006) med å spørre hva som er innholdet i denne arven fra Foucault. Det interessante, hevder de, er denne tenkningens insistering på nødvendigheten av å se bort ifra de store fortellingene og teoriene («the grand theories») slik som globaliseringen og staten som forklaringsinstans og -nivå når vi skal forstå *hvordan* vi i nåtiden styres fra individnivå til samfunn.

Instead, we need to investigate the role of the gray sciences, the minor professions, the accountants and insurers, the managers and psychologists, in the mundane business of governing everyday economic and social life, in the shaping of governable domains and governable persons, in the new forms of power, authority, and subjectivity being formed within these mundane practices (Rose mfl., 2006, s. 101).

De framhever avslutningsvis at hensikten med denne forskningen først og fremst er å gjøre det mulig og reise kritikk. «Above all, the aim of such studies is critical, but not critique – to identify and describe differences and hence to help make criticism possible» (Rose mfl., 2006, s. 101). Slik stiller de åpent nye muligheter for fortsatt kritisk anvendelse av Foucaults «governmentality-optikk» også inn imot velferdsstatens mange grå hverdagspraksiser. Denne åpningen gjør det interessant å ta i bruk dette perspektivet når vi i fortsettelsen skal undersøke et utsnitt fra en dagsaktuelle norsk dialogpraksis nærmere, nemlig NAVs bruk av dialogmøte 2 i sykefraværsoppfølgingen.

## Empiri

Datamaterialet som analyseres i dette kapitlet, er hentet fra et forskningsprosjekt i regi av CHARM (Research Centre for

Habilitation and Rehabilitation Models & Services)<sup>18</sup> ved Universitetet i Oslo. Dette prosjektet har tatt utgangspunkt i utfordringene med å komme tilbake til arbeid etter en lengre sykemeldingsperiode i forbindelse med muskel- og skjelettplager. NAV skal som et ledd i sykefraværsoppfølgingen innen 26 uker ut i sykefraværet innkalle sykemeldt, arbeidsgiver og om ønskelig/nødvendig også sykemeldtes fastlege til det som kalles et «dialogmøte 2». I denne studien deltok forskeren på dialogmøtene som observatør og intervjuet dessuten alle deltakerne etter møtene. Etter seks måneder ble i tillegg de sykemeldte intervjuet igjen. Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og alle deltakere har avgitt et skriftlig, frivillig og informert samtykke.

Datamaterialet i prosjektet består av utskrifter fra lydopptak fra observasjon av dialogmøter og intervjuer med møtedeltakere etter møtene. Disse er lest og gjennomgått av forfatter og underveis drøftet med samarbeidende forskere. Datautsnittene som gjengis, er valgt fordi de gjør det mulig å belyse bestemte sider ved virksomheten som undersøkes. Slik gis det et «snapshot» eller øyeblikksbilde av korte sekvenser av samhandlingen i de aktuelle møtene. Foucaults governmentalityperspektiv gir åpning for å lete etter nye perspektiver på hverdagspraksisene fra dette undersøkelsesfeltet. Slik legges det til rette for kritisk å undersøke «vanlige» fenomener med hensikt å utforske og problematisere anerkjente og velkjente praksiser.

## Dialog A – kontormedarbeideren

Det første datautsnittet er hentet fra et dialogmøte 2 i en større norsk by. Til stede på møtet er den sykemeldte, arbeidsgiver og

---

18 <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/>

NAV-veilederen som har innkalt til møtet, og som også er møteleder. Sykemeldte (S) er en kvinnelig kontormedarbeider med en skade i en arm.

NAV-veilederen innleder til møte og opplyser om at fastlegen ikke er innkalt, en beslutning som er fattet etter telefonisk kontakt mellom sykemeldte og NAV. Arbeidsgiver uttrykker skuffelse over at legen ikke er med.

**Arbeidsgiver:** For vi har jo lyst til at graderinga skal gå ned litt fra 100 prosent og nedover, for vi har jo for så vidt dialog, vi har veldig god dialog med sykemeldte da, og vi er jo på en måte begynt lite grann, men vi, det er jo en type arbeidsoppgave dette her som er veldig mulig å tilrettelegge.

NAV: mm ...

**Arbeidsgiver:** For en 20 prosent jobb, 40 prosent for å gradvis prøve å bygge opp.

NAV: mm ...

**Arbeidsgiver:** Vi kunne ha tenkt oss at hun hadde sluttet med 100 prosent sykemelding.

NAV-veilederen spør den sykemeldte om arbeidsoppgavene og hvordan skaden influerer på arbeidet, og den sykemeldte forteller.

**Sykemeldt:** Så det er jo klart at det kan jo tilrettelegges, for det er jo noe av det der som jeg ikke må gjøre ...

NAV: mm ...

**Sykemeldt:** Men at jeg kan begynne forsiktig med å ta telefonen og være til stede og prøve å gjøre mindre arbeid, det tror jeg [at jeg] skal kunne få til ...

NAV: Ja, riktig, mm ...

**Sykemeldt:** For jeg er jo interessert i å prøve å komme meg inn i arbeid litt igjen. Jeg er jo litt redd selvfølgelig, for dette her er jo en skade som trenger opptrening hver eneste dag, for jeg blir jo sånn veldig fort stiv, så er jo litt sånn redd for [ler litt] at

det skal bli enkelte dager da det blir mye å gjøre, hvor jeg på en måte føler at jeg må ta på meg mer enn hva jeg bør, da, men det er jo egentlig bare å være tøff og si nei.

**NAV:** mm (...) Men har du snakket med legen om å starte forsiktig i en 20 prosent, for eksempel?

**Sykemeldt:** Han har vel egentlig sagt at det er litt opp til meg å kjenne litt på det.

(...)

**Sykemeldt:** Men om det blir mye arbeid med pc, litt selvfølgelig, det klarer jeg jo, men mye og sitte og skrive, det er jeg litt redd for ...

**NAV:** Ja ...

**Sykemeldt:** Ja, at det skal bli for mye.

(...)

**Arbeidsgiver:** Og oppfølging (...) ... og hvis man ikke skal klare å tilrettelegge en sånn sentralbord-, resepsjonspost slik som vi har i FirmaA, så er det veldig få jobber man kan tilrettelegge, hvis du spør meg (...) Vi er jo, har jo kommunisert i de forskjellige oppfølgingsamtalene utover der (...) første som vi hadde, så (...) vi begrenser det til telefon- og sentralbordtjeneste.

(...)

**NAV:** For nå er du sykemeldt til 10. neste måned ...?

**Sykemeldt:** Ja.

**NAV:** Men det er ikke noe i veien for at legene kan endre den sykemeldingen da, til en gradert ...?

(...)

**NAV:** mm (...) Vil du kontakte legen din for å få en tidligere gradert sykemelding, eller?

**Sykemeldt:** Ja, det kan jeg jo gjøre, nå hadde jeg jo i utgangspunktet tenkt at jeg skulle søkt, nå skal jeg jo egentlig nedover på torsdag uansett ...



NAV: Ja

(...)

NAV: (...) Ok, men da gjør vi det sånn at du snakker med legen, gradert sykemelding starter fra neste uke.

Arbeidsgiver og sykemeldt drøfter hvordan de kan løse oppstart i 20 prosent arbeid, og blir enige om en løsning.

(...)

NAV: Ja, men det er fint dere kunne komme frem til den enigheten der! Er det noen spørsmål?

Det kan synes opplagt at utgangspunktet for denne dialogen er velferdsstatens behov for en styring av den sykemeldte i retning av å være mindre sykemeldt og mer arbeidende. Den sykemeldte selv fanger opp dette og understreker sin velvilje: «For jeg er jo interessert i å prøve å komme meg inn i arbeid litt igjen.» Det er ingen tvil om at dette er en agenda som det forventes at møtet skal håndtere. Arbeidsgiver på sin side har klart det samme ønsket når han uttrykker sin skuffelse over at legen ikke er til stede, for: «Vi har jo lyst til at graderinga skal gå ned litt fra 100 prosent og nedover ...», og videre: «for en 20 prosent jobb, 40 prosent for å gradvis prøve å bygge opp.» For arbeidsgiver er målet med møtet klart: mindre sykemelding og mer arbeid. Disse dialogelementene fører seg inn i en forståelse om at dette møtet rettes inn mot aktivitet (*ikke* avventende passivitet), helse og mestring (*ikke* lidelse og sykdom), og som sluttpunkt mer arbeid (*ikke* sykefravær).

Den sykemeldte, som uttrykker en engstelse og utrygghet for om arbeidsbelastningen kan være vanskelig å kontrollere, og at eventuelle overbelastninger kan få konsekvenser for om skaden leger eller ikke, understreker først sin arbeidsvilje. Arbeidsgiver på sin side er raskt ute med å forsikre om at arbeidet kan tilpasses: «... hvis man ikke skal klare å tilrettelegge en sånn kontorjobb slik som vi har på arbeidsplass NN, så er det veldig få jobber man kan tilrettelegge, hvis du spør meg ...»

Målsetningen for nedtrapping av sykemelding og mulighet for oppstart av arbeidet med tilpasninger er noe også NAV stiller seg bak. Dette er tydelig ved at temaet delvis friskmelding og delvis arbeid blir bragt inn i samtalen ved gjentatte anledninger i løpet av dialogmøtet, først når temaet bringes på bane av arbeidsgiver: «... men har du snakket med legen om å starte forsiktig i en 20 prosent, for eksempel?» Neste gang ved at dato for sykemeldingsperiodens utløp tematiseres og det foreslås: «... det er ikke noe i veien for at legene kan endre den sykemeldingen, da, til en gradert ...», før det avslutningsvis slås fast: «Ok, men da gjør vi det sånn at du snakker med legen, gradert sykemelding starter fra neste uke.» Uten å kreve det eller true med sanksjoner kan det synes som at det likevel utøves en tydelig og målrettet styring av denne samtalen mot å oppnå høyre grad av arbeidsdeltakelse. Denne typen «ikke-tvingende» ledelse av den andres (sykmeldtes) handlings- og mulighetsrom er eksempler på denne formen for styring. NAV-veilederen får bekrefte at det ikke er legen som har holdt igjen, men at det har vært opp til den sykmeldte selv å avgjøre. Sykmeldte på sin side uttrykker på ulike måter i møtet en redsel og bekymring for at arbeidet skal medføre belastninger som skal bidra til fortsatte smerter og fortsatt nedsatt funksjon, i verste fall permanent og kronisk. Arbeidsgiver beroliger og forsikrer om at arbeidet kan tilpasses, og NAV-veilederen stopper ikke opp ved dette temaet. Målet som arbeidsgiver, NAV og (tydelig mer tilbakeholdent) den sykmeldte styrer mot, er mer arbeid.

På denne bakgrunnen synes det som om bekymring og innvendinger utelukkende bragt inn dialogen av den ene parten – den sykmeldte – ikke vektet like tungt som mer arbeidsbefordrende innspill som arbeidsgivers behov for den sykmeldtes arbeidskraft, muligheten for å tilrettelegge arbeidet og legens mulighet for å gradere sykemelding. Det er ikke den sykmeldtes bekymring og engstelse som gjentas utforskes og løftes fram. Sykmeldte får i stedet flere

innspill på hvordan hun kan omforme seg fra helt sykmeldt til delvis arbeidende – legen kan kontaktes og sykemeldingen graderes. Med dette blir det også tydelig hvordan noe inkluderes og noe ekskluderes i dialogens diskurs, og det trer fram en asymmetri når det gjelder hvem som har makt til så å si å definere diskursen orden – *hva* er mulig å snakke om, og *hvordan*. Det stilles til rådighet en portefølje av ulike virkemidler som skal muliggjøre de rette valgene, slik at det gis rom for en ansvarlig og selvstyrende borger.

Denne samtalen eller dialogen rommer ingen indirekte eller uttalte trusler om sanksjoner for å drive fram en økt arbeidsdeltakelse. Dialogen gjør det mulig for den sykemeldte å selv «velge» å kontakte sykemeldende lege for å øke sin arbeidsandel. Viktigheten av at det er dette valget som skal tas, understrekes ved at det gjentas flere ganger. «Dialogen» inneholder gjentatte invitasjoner til den sykemeldte om å bevege seg fra posisjonen avventende og lidende til en posisjon som en som svarer på appellen om å være ansvarlig ved gjøre mer for å komme tilbake til arbeid gjennom selvstyring. Vi presenteres her ikke for en sanksjonerende stat, men viljen til styring av borgerens (den sykmeldtes) styring av seg selv er i høy grad til stede.

## Dialog B – transportarbeideren

Dette dialogmøtet 2 er også initiert av NAV og foregår på legens kontor. Til stede er den sykemeldte, arbeidsgiveren, legen og NAV-veilederen.

**NAV:** Det som er viktig, er at NAV og lege har taushetsplikt overfor din arbeidsgiver. Så det er opp til deg hva du vil si om din helsesituasjon her i dag. Det du skal si noe om, er din funksjons- evne, si hva du kan eventuelt ikke kan gjøre av arbeidsoppgaver.

**Sykmeldt:** ... min helse per i dag er bedre enn da jeg var sjukemeldt, på grunn av at jeg har fått fysioterapitimer og to

forskjellige fysioterapi, og jeg merker en forbedring at jeg (utydelig) likevel, men det er forskjell. Det er slitsomt ..., jeg har forsøkt ... søvnforstyrrelser og smerte i skulderblad.

**NAV:** Så du har smerter som gjør at du ikke får sove?

Videre spør NAV-veilederen om hva slags arbeid den sykemeldte utfører, og hvordan det påvirkes av den smertefulle skulderen, og det konkluderes:

**NAV:** Akkurat ... ja, så du har blitt mye bedre siden du ble sykemeldt

(...)

**NAV:** ... mhm ... Hva tenker du om å gå tilbake til jobb?

**Sykemeldt:** Jeg har fått ..., legen mente at det ikke var aktuelt med sjåførjobb på grunn av skuldert smerten, så jeg har tenkt på å søke meg kanskje en annen jobb ... til en eller to år, så jeg kan bli bedre. Så hvis jeg ... hvis jeg ... jeg trives så veldig som sjåfør, men selvfølgelig hvis det er fare for helsa, så ... (utydelig), så jeg kunne tenke meg å ...

(Sykemeldte nevner ulike kvalifikasjoner for andre typer jobber.)

**NAV:** Ja, ja ... (...) Ja ... vi sendte deg et brev angående et tiltak som heter avklaring, har du tenkt noe på det tiltaket, om det kan være aktuelt for deg?

(...)

**NAV:** Det tiltaket har med å gjøre å finne en annen jobb, da du kan få jobbtilbud ... eller hjelp til CV og jobbsøknad og finne på en måte en annen retning til å gå tilbake i jobb igjen, sånn at du hadde fått veiledning om hvordan finne en annen jobb og hva er det som ..., hva er det du kan i jobben din, ja, som gjør at du kan forbli i arbeidslivet selv om du har skulderproblemer ...

I fortsettelsen avklares det at den sykemeldte ikke kan fortsette i arbeidet som sjåfør, og arbeidsgiver uttrykker velvilje,

men kan ikke tilby annet arbeid, og NAV-veilederen ber om legens vurdering.

**Lege:** Nei, jeg tenker at det er veldig flott med imøtekomende arbeidsgiver, men akkurat i dette tilfellet har både undertegnede, manuellterapeut og fysioterapeut egentlig konkludert med at sjåførarbeid er kontraproduktivt på grunn av pasientens problemer. Det har jeg egentlig sagt til (sykemeldte) i mange måneder nå at hans kropp vil ikke bli bra før han finner seg et yrke som ikke involverer den typen statisk belastning ...

I *intervjuet* med sykemeldte gjort umiddelbart etter dette dialogmøtet gir han følgende beskrivelse av hvordan han opplevde at helseplagene hans ble belyst og snakket om:

**Sykemeldt:** Jeg tror ikke de ... ikke veldig bekymra over hvordan jeg hadde det, og ... det meste de var fokusert (på), var NAV og arbeid, hvordan man skal komme til arbeid. Jeg var veldig bekymra for [utydelig] blir ... har vært, blir kanskje snart et år jeg hadde smerte i skuldra og tenkte på jeg er veldig bekymra ... så jeg tenker på ... er ikke bekymra hvordan jeg skal komme videre til jobb, jeg er veldig bekymra om det blir kronisk kanskje, og det er enda verre for NAV, det er ... blir kronisk kanskje, blir kanskje sjukemeldt noen måneder. Så jeg var ... (...) ... men de burde også tenkt på plagene jeg hadde hatt så lang tid, så kanskje de skulle vært bekymra ...

I dette korte glimtet inn i et dialogmøte er samhandlingen på viktige områder forskjellig fra det første, og man er opptatt av andre ting. At den sykemeldte, på grunn av sitt helseproblem, er på vei bort fra arbeidet som sjåfør, gjør at hans nåværende arbeidsgiver i liten grad kan bidra. Delvis tilbakevending til arbeid er uaktuelt. I stedet er det åpenbart at både NAV-veilederen og legen har klare ideer om veien videre. Det formes en samtale til tider rundt den sykemeldte. Dialogmøtets hovedperson, den sykemeldte, får tidvis en mer perifer rolle som dialog- eller samtalepartner. Dette kan

underbygge et inntrykk av at det dialogiske idealet kanskje ikke er det eneste rådende idealet for dialogmøte 2.

Også i denne dialogen er den sykemeldte tydelig opptatt av sine kroppslige smerter og plagene dette medfører, blant annet i form av manglende søvn. Den uttrykte bekymringen og smerten høres i starten av samtalen, og den sykemeldtes innspill i dialogen summeres opp av den NAV-ansatte: «Akkurat ... ja, så du har blitt mye bedre siden du ble sykemeldt.» Igjen er det mulig å se hvordan møtets samtale eller dialog formes, ikke til å bli i det dialogiske, men heller å rettes inn mot det som kan forstås som oppfyllelse av styringssignaler fra overordnet administrativt/politisk hold – redusere sykefraværet. Disse styringsformenes *hvordan* uttrykkes i den aktive utformingen av «dialogens» innhold. Hva er det mulig å si, dvele ved og undersøke, hvem bestemmer det, og hva blir sagt og forlatt til fordel for andre temaer?

Etter at den sykemeldte har fått komme til orde innledningsvis, er det også tidvis en dialog mellom NAV-veilederen og legen om hvor realistiske sjansene for friskmelding (og med det opphør av sykepenger) er før maksdatoen (12 måneders sykemelding) nås. Når den sykemeldte også er innstilt på at det ikke er mulig å fortsette i jobben som sjåfør, er målet å finne et nytt arbeid som passer den sykemeldtes helseproblem bedre. Sykemeldte har mange forslag til alternativt arbeid og har både formell utdanning og kurs innenfor ulike yrker som kan være relevant. I det påfølgende intervjuet formidler han en skuffelse over at det ikke er interesse for hans plager. Han er bekymret for langvarige smerteplager og et kronifiserende forløp. Dette er perspektiver som tilsynelatende ikke har en plass i dette dialogmøtet.

Dialogen i dette møtet er også tydelig styrt inn mot et mål om å komme videre fra sykefravær til, i dette tilfellet, nytt arbeid hos en annen arbeidsgiver. Sykemeldtes nåværende arbeidsgiver har i liten grad en rolle, mens legen og NAV-veilederen

diskuterer sykemeldingens lengde. Sykmeldte selv konstaterer i intervjuet etter møtet at de syntes mer opptatt av å få ham ut i arbeid enn å høre om hans helseplager.

## Diskusjon

Begge disse datautsnittene viser på noe ulikt vis dobbeltheten som skapes når velferdsstatens profesjonsutøvere «inviterer» tjenestebrukere til «dialog». På ett plan er det liten tvil om at NAVs dialogmøte 2 skaper en arena hvor alle deltakerne kan møtes og føre en samtale. Dette innebærer også mulighetene for en samtale med dialogens kvaliteter slik det er skissert innledningsvis, der likeverd, gjensidighet, vilje til å høre på den andre og å la det beste argument vinne fram er til stede. På den andre siden viser dataene også at dette er en samtale som på viktige punkter avviker fra det som vanligvis forbindes med dialogidealet. Premissene for dialogmøtet er klare, det er NAV som innkaller og som forvalter sanksjonsmuligheter (etter reguleringen i 2012, kun overfor den sykmeldte). I ytterste konsekvens kan den sykmeldte miste retten til sykepenger om medvirkningsplikt og frammøteplikt til dialogmøter ikke overholdes (folketrygdloven, 1997, §8-8).<sup>19</sup> NAV-medarbeideren er dessuten møteleder, skriver journal og sender ut møtereferat.

Å få et brev om innkalling til et dialogmøte 2 er ikke en invitasjon, men nettopp en innkalling. Dette innebærer at det i utgangspunktet er en dialog der partene ikke stiller på like fot. Om de innkalte partene ikke møter for å delta i dialogen, rår den innkallende parten over et sanksjonsapparat. Så innkalling til å delta i et møte som har overskriften dialog, gir både signaler om

19 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

likeverd og lydhørhet, men har i denne formen for dialog innebygget en klar asymmetri deltakerne imellom når det kommer til makt og kontroll.

I begge de gjengitte dialogutsnittene er det en asymmetri, der det er den «dialoginviterende parten» – møteinnkaller NAV – som arbeider på dialogens innhold og retning. Selv om den sykemeldte inviteres til å legge fram sin situasjon og tilstand, er det en klar styring av «diskursens orden» (Foucault, 1999). Noe tillates å få plass i dialogen, og andre elementer lukkes ute. Når det snakkes smerte, engstelse og usikkerhet, følges ikke det opp, og det undersøkes ikke. I stedet bringes det inn temaer som skaper en sykemeldt som gis muligheter til å velge aktivitet og målrettede handlinger som skal tilrettelegge for mer arbeid og mindre sykemeldingstid. Slik synes bruken av dialogmøter som et velutformet virkemiddel for å aktivere ulike former for den sykemeldtes selvstyring. Dialogen som praktiseres, må forstås som et uttrykk for ikke-tvingende, men insisterende invitasjoner til den sykemeldte om å ta i bruk seg selv, sine arbeidsevner og ansvarsfølelse til å lede seg selv tilbake til mindre sykemelding og mer arbeid (Villadsen 2007b; Karlsen og Villadsen, 2008). Rose viser hvordan denne styringspraksisen i moderne velferdsstater både er en strukturerende og en politisk initiert styringsform og samtidig kommer til uttrykk i konkrete, utøvde praksiser mellom helse- og sosialprofesjonenes mange utøvere i deres direkte pasient- og klientarbeid (Rose og Miller, 1992; Rose, 1999; Rose mfl., 2006).

Med utgangspunkt i disse hverdagslige mikropraksisene er det på den ene siden mulig å bruke Foucaults governmentality-perspektiv til å utforske konturene av de mer storskala styringsbestrebelsene i de moderne velferdsstatene. På den andre siden blir det mulig å følge styringsbestrebelsene ut til punktet der de har sin effekt. Her dreier det seg om et maktens kapillærnivå,



uttrykt som «technologies of the self», der individet former og arbeider på seg selv (Foucault, 1995; Foucault og Faubion, 2002). Vi får muligheten til å problematisere den liberale velferdsstatens ideal om å styre uten å styre, men slik Lemke (2001, 2002) beskriver, er ikke staten så tilbaketrukket som dette idealet skulle tilsi. I stedet er det mulig å forstå denne formen for inngripen på avstand som en forlengelse av statens styringsformer og -vilje. Dette viser at det i tillegg til de åpenbare forskjellene i makt og myndighet i disse møtene også er noen mer subtile prosesser i spill (se kapittel 6). Velferdsstatens representanter lykkes best i sine styringsbestrebelse når formidling av kunnskap og viten fører til at borgeren selv «velger» å gjøre det «rette» (Foucault og Gordon, 1980). Rose (1999; Rose mfl., 2006) peker på hvordan frihet framstår som et ideal, men at denne friheten er en betinget frihet som forventes forvaltet og utøvd på bestemte måter (se kapittel 5). Disse styringsformene framstår som en maktutøvelse i en mer moderne og «human» form – en forventning om at den sykemeldte selv skal ville velge det rette: aktivitet og arbeid.

This way of wielding power does not appear coercive, but rather, is a way to develop self-reflexivity, inducing individuals to exercise their freedom to govern their lives in specific ways (Rose, 1999; Rose mfl., 2006): «... by fulfilling themselves rather than merely being obedient, the subjects so created would act to produce the government's ends, and in Rose's phrase (Rose, 1999) would be obliged to be free in specific ways» (Rose mfl., 2006, s. 89).

Karlsen og Villadsen (2008) synliggjør hvordan denne styringen i tillegg til å lede til selvstyring også hviler tungt på bruken av *dialog* som kommunikasjonsform og styringsteknologi mellom institusjoner og borgere. Dette er en dialog som ikke nødvendigvis gir klienten/brukeren muligheten til å komme til orde, i alle fall ikke som en likeverdig dialogpartner. «It remains

in the hands of the professionals to determine the procedures and develop the instruments of dialogue. The objective is to fill the room with individuals' authentic statements, but the conversational space is already pre-shaped by regulatory procedures» (Karlsen og Villadsen, 2008, s. 360). Dette analytiske perspektivet viser en tvetydighet og synliggjør hvordan dialogen forskyves fra å være et demokratiserende samtaleideal til å være den ene partens effektivt verktøy for å oppnå samtalepartnerens vilde, selvvalgte bevegelse i retning av et forhåndsdefinert resultat (Villadsen, 2007a, 2007b; Andersen, 2007; Karlsen og Villadsen, 2008).

## Avslutning

I dette kapitlet har jeg tatt utgangspunkt i at dialog er et utbredt fenomen og et ideal i mange av nåtidens samtalsituasjoner, også mellom borger og forvaltning. Sentralt står forventningen om gjensidig lydhørhet og likeverd. Når dialogen tas i bruk av helse- og sosialprofesjonene som virkemiddel og metode, omformes det dialogiske til også å romme ulike former for potent, men subtil styring i spennet mellom invitasjon til selvledelse og lett forkledd paternalisme med styringsrett og sanksjonsmakt. Det kan synes utidig å reise kritikk mot en praksis som har så klare demokratiserende og frigjørende idealer som dialogbegrepet bærer med seg. Med governmentalitytenkningen som kritisk innfallsvinkel har denne undersøkelsen av NAVs dialogmøte 2 vist at det er nødvendig å ettergå praksiser som knytter an til velmenende og maktutjevne idealer. Som kapitlets analyser og teoritilfang har vist, ligger det i moderne dialogpraksiser potensial for flere lag av eksplisitt og implisitt maktutøvelse gjennom bruk av dialogen som teknologi for styring og selvstyring. Disse hverdagspraksisene griper kraftfullt

inn i livet til mange av velferdsstatens brukere, og det er derfor legitimt og nødvendig å rette et kritisk, undersøkende blikk mot disse praksisene.

## Referanser

- Andersen, N. Å. (2007). Creating the Client Who Can Create Himself and His Own Fate—the Tragedy of the Citizens' Contract. *Qualitative Sociology Review*, 3(2), s. 119–143.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) (2007). *Dialogmøter ved oppfølging av sykemeldte- en veileder for sykemeldende behandlere*.
- Cruikshank, B. (1999). *The will to empower democratic citizens and other subjects*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Dean, M. (2010). *Governmentality Power and rule in modern society*. (2. utgave) London: Sage.
- Foucault, M. og Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972–1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. og Schaanning, E. (1995). *Seksualitetens historie*. Halden: EXIL.
- Foucault, M. og Rabinow, P. (1997). *Ethics. The essential works of Michel Foucault, 1954–1984*. London: Allen Lane.
- Foucault, M. (1999) *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus forlag.
- Foucault, M. og Faubion, J. D. (2002). *Power*. (3. utgave). London: Penguin books.
- Foucault, M. og Neumann, I. B. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Foucault, M., Senellart, M., Ewald, F. og Fontana, A. (2007). *Security, territory, population: lectures at the College de France, 1977–78*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M., Ewald, F., Senellart, M. og Fontana, A. (2008). *The birth of biopolitics Lectures at the Collège de France, 1978–1979*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Freire, P., Nordland, E., og Lie, S. (1999). *De undertryktes pedagogikk* (2. utgave). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Gordon, C., Miller, P., Burchell, G. og Foucault, M. (1991). *The Foucault effect studies in governmentality; with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester/Wheatsheaf

- Gustavsen, B. og Engelstad, P. H. (1986). The Design of Conferences and the Evolving Role of Democratic Dialogue in Changing Working Life. *Human Relations*, 39(2), s. 101–116. <http://dx.doi.org/10.1177/001872678603900201>
- Habermas, J. (1999a). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Habermas, J. (1999b). *Kommunikativ handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Karlsen, M. P. og Villadsen, K. (2008). Who should do the talking? The proliferation of dialogue as governmental technology. *Culture and Organization*, 14(4), s. 345–363. <http://dx.doi.org/10.1080/14759550802489680>
- Lemke, T. (2002) Foucault, Governmentality, and Critique. *Rethinking Marxism*, 14:3, s. 49–64, <http://dx.doi.org/10.1080/089356902101242288>
- Lemke, T. (2001). ‘The birth of bio-politics’: Michel Foucault’s lecture at the College de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2), s. 190–207. <http://dx.doi.org/10.1080/03085140120042271>
- Ministeriet for Videnskab, T. O. U. (2003). *Nye veje mellem forskning og erhverv: fra tanke til faktura : baggrundsrapport*. Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling.
- Pedersen, M. H. og Hansen, A. M. (2011) Konstruktionen af det selvstyrende jobcenter. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 13(4), s. 56–70.
- Rose, N. og Miller, P. (1992) Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology* 43, s. 173–205. <http://dx.doi.org/10.2307/591464>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rose, N., O’Malley, P. og Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, s. 83–104. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900>
- Terum, L. I. og Hatland, A. (2014). Sysselsetting og trygd under arbeidslinja. *Søkelys på arbeidslivet* (01-02 ER).
- Thorsrud, E. og Emery, F. (1970). *Mot en ny bedriftsorganisasjon. Eksperimenter i industrielt demokrati, fra Samarbeidsprosjektet LO/NAF*. Oslo: Tanum.

- Villadsen, K. (2007a). The Emergence of 'Neo-Philanthropy': A New Discursive Space in Welfare Policy? *Acta Sociologica*, 50(3), s. 309–323. <http://www.jstor.org/stable/20460005>
- Villadsen, K. (2007b). Magt og selv-teknologi: Foucaults aktualitet for velferdsforskningen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2007(3), s. 156–167.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Øvrige referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models og Services). <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/>
- Folketrygdloven (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Helsedirektoratet (2011). Dialog som metode: <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/utfordrende-tilstander/strategier/dialog-som-metode/Sider/default.aspx>
- Leinslie, E. (2016) *Monolog*. Store norske leksikon. <https://snl.no/monolog>
- Nordbø, B. (2016). *Dialog*. Store norske leksikon. <https://snl.no/dialog>
- NOU 2014: 13. En ny arbeids- og velferdsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-13/id149978/>
- Regjeringen (2016). Hva er inkluderende arbeidsliv? [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/)
- St.meld. 9. (2006–2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-9-2006-2007-/id432894/>



# 5

## Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykkelig overvekt

*Ingrid Ruud Knutsen* <sup>a)</sup>

### **Autonomy or supervision in morbid obesity treatment**

In contemporary societies, health authorities describe an obesity epidemic. Consequently, obesity treatment programmes have been established in many countries to reduce individuals' body weight, with the intention of improving health. In Norway, specialist health services have developed a programme for adults with morbid obesity. The programme aims to enable those who suffer from weight-related problems to accomplish and maintain health-promoting behaviours, understood within contemporary constructions of empowerment. Inspired by Foucault's notions of discourse and power, this study aims to investigate governing strategies in the programme. To explore these strategies, observational studies and interviews were implemented. The analysis

---

a) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

discusses how power presents itself in the two main interventions in the programme: a course in lifestyle change and bariatric surgery. The study visualises that empowerment appears through governmental strategies of creating active and responsible individuals. The programme is however based on contradictory rationalities that aim to support individuals' capabilities, while at the same time overruling them. On one side, the course in lifestyle change intends to improve participants' ability to take responsibility and make healthy choices. On the other side, bariatric surgery involves surgically installing a biological «lock» into a patient's stomach, thus undermining their ability to take control (a strategy reflecting little confidence in individuals' abilities). The programme is based on contradictory rationalities, and there are reasons to question where this leaves the individual. A more general concern can furthermore be raised related to the specialist health service's intentions of promoting health for people in large bodies.

## Innledning

Fremveksten av medisinen fra slutten av 1700-tallet har bidratt til utviklingen av et «ekspert-blikk» på pasienten (Foucault, 1989). Dette har blant annet innebåret at helsepersonell har kunnskapen om hva pasienten trenger, mens pasienten er blitt et objekt som har latt seg behandle. Helsepersonell har vært dem som vet best, og har bestemt hva som er riktig for pasienten. Pasientens rolle har følgelig vært passiv og underordnet eksperten. I dag tillegges pasientens posisjon større vekt, blant annet gjennom lovverk og politiske meldinger som har kommet de siste 15–20 årene, og som understreker pasientens rettigheter og betydningen av en mer aktiv og mer ansvarlig posisjon. I Norge fikk vi en pasientrettighetslov<sup>20</sup> fra 2002 som blant annet sier at pasienten skal ses som en samarbeidspartner med rett til informasjon, noe som også

---

20 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>



innebærer at pasienten skal bli hørt og tatt hensyn til. Endringene kan knyttes til fremveksten av sterkere brukergrupper og til helsepolitiske idealer om brukermedvirkning som blant annet kommer til uttrykk gjennom empowerment. I tråd med verdens helseorganisasjon (WHO, 1998) beskriver norske myndigheter empowerment som et oppgjør med en paternalistisk helsetjeneste, og som et nødvendig grep for å modernisere helsetjenesten og fremme helse (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Dette kan ses som en dreining fra en passiv eller underordnet pasientrolle mot et system der intensjonen er å omfordele makt og styrke pasienten. Pasienters rett til å medvirke og helsepersonells vilje til å styrke pasientens posisjon fremstår i dag som selvfølgelig og berettiget, som et ideal som få er uenige i eller stiller spørsmålsteget ved.

Arbeid med å fremme befolkningens helse legges vekt på i politiske planer og visjoner som trekker veksler på forståelser av empowerment (NOU 1998: 18; St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Den helsefremmende politikken innebærer at empowerment omsettes til praksiser, der tankegodset utvikles til pasientrettede programmer og handlingsplaner innenfor velferdsstaten, som igjen spiller seg ut i møter mellom helsepersonell og pasienter.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i et behandlingsprogram i spesialisthelsetjenesten for voksne med diagnosen sykkelig overvekt. Programmet ses som et klinisk eksempel på et helsefremmende program som trekker veksler på empowerment. Overvekt er en tilstand som skaper bekymring, og beskrives som en av vår tids største trusler mot helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; WHO, 2000). Statistikken peker på at den norske befolkningens kroppsvekt øker, og helsemyndighetenes tiltak prioriterer vekt-reduksjon for å fremme helse (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsedirektoratet, 2011; Ulset, Undheim og Malterud, 2007). Det er en etablert forståelse i dag at høy kroppsvekt fører med seg dårlig helse, og behandlingsprogrammet representerer et

tiltak i helsetjenesten for å hjelpe mennesker med store kroppertil å redusere vekt for å fremme helsen.

Behandlingsprogrammet som ble etablert i 2006, er plassert innenfor spesialisthelsetjenesten. Empowermentperspektivets relevans er relatert til beskrivelser av at pasientene i programmet skal ha en rolle «*som aktive og handlende deltakere med ansvar for sitt eget liv*». Fagpersoners rolle beskrives som «*tilretteleggere og katalysatorer i pasientenes endringsprosesser*» (mine uthevinger) (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest, 2007, s. 14). Det beskrives også at behandlingstiltakene skal «*støtte opp under og bidra til at de som har vektrelaterte helseproblemer, blir i stand til å gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd*» (min utheving) (Helse Nord mfl., 2007, s. 4). Med visjon om å skape individer som kan gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd, understrekes en intensjon i programmet om å endre deltakernes kapasitet til å handle.

Spørsmålene dette kapitlet søker å belyse, knyttes til hvordan behandlingsprogrammet for overvektige utformes og gjennomføres når empowerment skal *gjøres* som en del av en klinisk praksis. Hvilke strategier brukes i helsetjenesten for å skape individer som skal endre seg og ta inn over seg en helsefremmende atferd? Hvordan spilles makten ut når den skal forsøkes omfordelt for å styrke pasienten? I dette kapitlet har jeg valgt å vektlegge det som fremstår som to sentrale strategier i behandlingsprogrammet – et innledende kurs i livsstilsendring og kirurgisk overvektsbehandling – for å sette lys på og diskutere rasjonalitetene i de to strategiene og forholdet mellom dem.

## Teori og metodeoverveielser

For å kunne analysere spørsmål om empowerment og makt har jeg valgt å trekke veksler på den franske filosofen

Michel Foucault. Foucault (2002a) pekte på de tette båndene mellom kunnskap og makt i samfunnet, og han understreket viktigheten av å stille spørsmål ved forhold som legitimerer praksiser (Foucault, 1980). Perspektivene er basert på en forståelse av at kunnskap skapes i kultur og samfunn og formes gjennom politikk og normer, og følgelig ikke kan ses isolert fra disse. Kunnskap er tett forankret i historiske, kulturelle og sosiale forhold og spiller seg ut som diskursive forståelser og praksiser. Diskursen rammer inn kunnskapen, den former tanker og handlesett og knytter på denne måten makt til kunnskap. Makt fordi kunnskapen påvirker hvordan vi tenker og handler. Følgelig styres praksiser av diskursenes underliggende logikk, normer og rammer knyttet til hva vi aksepterer som sant, rasjonelt og riktig. Praksiser er derfor viktige. Et viktig perspektiv er forståelsen av at fenomener kan forstås på flere måter, og at kunnskapen ikke er statisk, men dynamisk og foranderlig. Flere og ulike diskurser lever parallelt på ulike områder, og noen steder kjemper de om legitimitet, der noen forståelser står sterkt frem, mens andre er svakere og andre igjen forsvinner (Foucault, 1980).

Dette kapitlet legger vekt på praksis slik den finner sted i det kliniske behandlingsprogrammet for voksne som har diagnosen sykelig overvekt. Kapitlet bygger på mitt doktorgradsarbeid, der jeg har undersøkt og diskutert hvordan empowerment og makt fremtrer i behandlingsprogrammet for sykelig overvektige (Knutsen, 2012). For å studere programmet gjennomførte jeg 40 timer feltobservasjoner på et kurs i livsstilsendring, der jeg la vekt på makt og styring i kurset. I tillegg gjorde jeg kvalitative intervjuer med ni pasienter som deltok i programmet og gjennomgikk overvektskirurgi. Jeg gjorde fem intervjuer med hver deltaker på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet over en periode på halvannet år. Intervjuene tok for seg deltakernes

erfaringer med å delta i programmet og deres erfaringer med endringer og samhandling med helsepersonell. I doktorgraden analyserte jeg diskursive rasjonaliteter i kurset i livsstilsendring. I tillegg utforsket jeg hvordan deltakerne posisjonerte seg og konstruerte identitet i ulike faser av programmet. I dette kapitlet trekkes analysen og diskusjonen videre, og spørsmålet retter seg mot styringsstrategiene i behandlingsprogrammet som rettes mot deltakerne i kurset i livsstilsendring og kirurgisk overvektskirurgi. Videre vil jeg diskutere hvordan de samspiller i et program der intensjonen er å skape individer med en helsefremmende atferd.

## Kapitlets kritiske blikk

Det kritiske blikket i kapitlet dreier seg om maktens dynamikk relatert til diskurser om empowerment og helsefremmende arbeid, slik den fremtrer i behandlingsprogrammet for voksne med sykelig overvekt. Foucaults teoretiske perspektiver leder blant annet til spørsmål om hvordan makt skaper normer og definerer avvik. Klinikere er påvirket av gjeldende forståelser av hva som er sunt og normalt, sammenhengen mellom livsstil, kroppsstørrelse og helse, så vel som hvordan man skal møte mennesker som man mener bør endre livsstil og leve annerledes (se kapittel 6). Jeg ser disse forståelsene som diskursive, og det vil si at de er skapt i en kultur og er foranderlige.

Foucault (1991) var opptatt av makt og kultur og pekte på hvordan individet har fått en sterkere stilling i vestlige liberale samfunn gjennom de siste 200 årene. Ettersom liberale samfunn i liten grad aksepterer autoritær styring, er bruk av makt og tvang lite anerkjent. Dette har konsekvenser for hvordan man søker å styre eller regulere individer. Styring gjøres mindre synlig, den utformes og veves diskret inn i programmer og

strategier. Styring med mål om å optimere befolkningens helse kalte Foucault biomakt. Et eksempel på en diskret styringsform er styring som har som mål å lede individer til å styre seg selv. Med mål om å fremme helse kjenner vi til helsemyndighetenes kampanjer som «fem om dagen», røykekutt og lignende, som har som intensjon å påvirke folk til å leve sunnere. Intensjonen om å påvirke enkeltindividers selvstyring er basert på en styringsrasjonalitet som han omtalte som «governmentality». Governmentality vil si styring rettet mot å styrke individers kapasitet til å handle på bestemte måter (Foucault, 1991) (se kapittel 4). Med utgangspunkt i samfunnets normer for hvordan et sunt liv skal leves, blir målet å få folk til å gjøre «det rette og sunne» ved at de påvirkes til å ønske det selv. Styringen av individer foregår ved en optimalisering av kapasitet og ressurser gjennom enkeltindividers selvteknologier. Selvteknologier er «teknologier» som enkeltindividet utfører, ved egen hjelp eller ved hjelp av andre, for å tenke, handle eller oppføre seg på bestemte måter for å påvirke kropp eller sjel, for på den måten å forvandle seg selv til å oppnå en bestemt perfektjon, tilstand av lykke, visdom, renhet eller udødelighet (Foucault, 1997, s. 225).

Helsemyndigheters intensjon om å styre individers handlinger indikerer at det er en forbindelse mellom den sosiale kroppen og den private kroppen, ved at makt og styring på makronivå (for eksempel et mål om en frisk befolkning som passer på helsa si) er forbundet med styringen av individer på mikronivå (den enkelte styrer seg selv på bestemte måter, for eksempel ved å gå ned i vekt). Makten som er i sentrum, spilles i liten grad ut gjennom dominerende, undertrykkende og autoritære maktformer, men snarere som dynamiske og produktive krefter og trer frem som blant annet kunnskap, normer og forståelser (Foucault, 2002b). Disse kreftene spiller seg ut i samfunnets periferi, i møte

mellom for eksempel helsepersonell og pasienter, i terapeutiske relasjoner, i behandlingsprogrammer eller lignende.

Pastoral makt er eksempel på en individualiserende maktform som har fått navn etter pastoren som tar imot menighetens bekjennelser. Den pastorale makten innebærer at individet forteller om seg selv, sine erfaringer og tanker til en terapeut, rådgiver eller lignende (Foucault, 2002b). Rose (2007) beskriver hvordan særlig psykologien og psykiatrien har brukt og satt i system pastorale maktformer, der pasienten erkjenner tanker, lyster og problemer overfor terapeuten. De pastorale maktformene er mye i bruk på ulike arenaer i dag og bidrar til å skape erkjennende individer, som det i neste runde er lettere å forme og påvirke til å handle som bevisste og ansvarlige borgere. På den måten aktualiseres makt gjennom måten pasienten møtes på, og gjennom diskursive forståelser av hvordan mennesker skal forstå og styre seg selv, i lys av diskursens bilde av hva som er sunt og sant. Gjennom pastorale maktformer og selvteknologier er intensjonen å maksimere individers kapasitet til å handle på bestemte måter. Det innebærer at pasienter internaliserer diskursens normer slik at diskursen blir en del av dem, og de styrer sin atferd i tråd med diskursen (Dean, 2006).

I dette kapitlet forstår jeg empowerment som en politisk strategi som handler om langt mer enn demokratisering og likeverd. Ved å tolke empowerment innenfor rammen av governmentality forstås dette som en individualisert styringsform som er tett forankret i diskurs, og følgelig bærer i seg kunnskap og makt. Med dette perspektivet ønsker jeg å undersøke og analysere frem maktens idealer og realiteter når empowerment skal *gjøres* som en del av en klinisk praksis i behandlingsprogrammet for voksne med sykkelig overvekt. Intensjonen er å sette lys på og diskutere rasjonalitetene bak strategiene i det kliniske behandlingsprogrammet.

Den analytiske prosessen har trukket veksler på forståelser av governmentality, med vekt på hvordan maktteknologier er knyttet opp mot selvteknologier, og hvordan produktiv makt spiller seg ut for å få mennesker til å agere på bestemte måter for å disiplinere seg selv. Analysene har derfor hatt et særlig blikk på aspekter som rommer maktteknologienes tosidighet, og involverer for eksempel disiplin og selvdisiplin, kontroll og selvkontroll, hjelp og selvhjelp i behandlingsprogrammets kurs i livsstilsendring og knyttet til kirurgisk overvektshandling (Vallgård, 2011).

## Forståelse av overvekt

Til grunn for behandlingsprogrammet for voksne med sykelig overvekt ligger dagens forståelse av overvekt som en medisinsk tilstand. Innenfor medisinen blir overvekt og fedme forstått som sykdom og har sin egen diagnosekode (E66) innenfor det internasjonale diagnose-klassifikasjonssystemet (ICD-10). Høy kroppsvekt assosieres med økt sykelighet og knyttes til hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, belastningsslidelser med mer. Overvekt defineres ved hjelp av BMI-systemet, som beregnes ved at en persons vekt divideres på høyden i annen potens ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Ulike BMI-verdier definerer graden av overvektens alvorlighet. Utgangspunktet er at en «normal» kropp har en BMI-verdi på mellom 19 og 24,9. Høyere verdier assosieres med overvekt og fedme, og lavere verdier forstås som undervekt. Diagnosen «sykelig overvekt» stilles ved BMI-verdi over 40, eller over 35 dersom en person har tilleggs lidelser (WHO, 1995).

Forståelsen av overvekt som en medisinsk problemstilling er ikke så gammel. Hvis vi ser bakover i tid, var det først i 1930-årene at medisinfaget engasjerte seg i overvekt som et helseproblem (Zweiniger-Bargielowska, 2005). Tidligere ble en stor

kropp ofte sett på som en ressurs for å tåle sykdom og ha litt «å gå på». Rubens malerier fra 1600-tallet portretterte den idealiserte kroppen som voluminøs og frodig. I enkelte kulturer er fortsatt den frodige kroppen verdsatt, men i vestlig kultur er det særlig den slanke kroppen som forstås som sunn og vakker. Innenfor vestlig medisin er det en klar assosiasjon mellom helse og en slank kropp. Dette synet forsterkes ved at private aktører innenfor livsstilsbransjen og motebransjen underbygger idealet av friske og sunne mennesker som slanke, veltrente og atletiske. Vektreduksjon anses generelt som helsebringende.

WHO (1995) forklarer overvekt som mangel på samsvar mellom energiinntak og forbruk av energi. Denne forklaringsmodellen fremstår som mekanisk, den relaterer overvekt til en livsstil der høy vekt er et resultat av høyere energiinntak enn energiforbruk. Konsekvensen av modellen er utvikling av ulike tiltak rettet mot å endre enkeltpersoners atferd ved å redusere inntak og øke forbruket av energi gjennom fysisk aktivitet (Rippe, McInnis og Melanson, 2001; Shaw, Gennat, O'Rourke og Del Mar, 2006). Tiltakene er altså individrettet og orientert mot enkeltpersoners handlinger og vaner. Med dette perspektivet settes alternative årsaksforklaringer i skyggen, som for eksempel samfunnsperspektiver knyttet til økende bilbruk, stillesittende arbeid og økt tilgang til ferdigmat. Den diskursive forståelsen innebærer blant annet at kroppsstørrelse er medikalisert, og det er innenfor dette rasjonalet at behandlingsprogrammet er etablert i spesialisthelsetjenesten.

Med et Foucaultsk blikk forstår jeg dagens syn på overvekt som diskursivt. Utgangspunktet for kritikken som anlegges i studien, relateres til den gjengse konstruksjonen av overvekt som et avvik som leder til dårlig helse. Ulike stemmer har kommet frem og stiller spørsmål ved diskursive forståelser av overvekt. Spørsmål rettes blant annet til hvordan kroppsstørrelse ses



som resultat av individers evne til selvkontroll og å følge en sunn livsstil (Jutel, 2005; Lupton, 1996). En konsekvens av at en stor kropp forstås på denne måten, har ledet til en psykologisering av store individer, med påfølgende forståelse av en særegen identitet som overvektig (Mik-Meyer, 2010). Konsekvensen av dagens perspektiver er en kobling mellom kropp og moral, der individets karakter leses i den ytre kroppen (Germov og Williams, 2008; Murray, 2007).

Dette kapitlets særegne bidrag er rettet mot strategiene helse-tjenesten bruker når de påtar seg ansvar for å endre mennesker i store kropp og deres måte å leve på, for å skape dem om til «sunne» individer. I et samfunn der helsefremmende arbeid bæres av idealer om maktfordeling og empowerment, er det spørsmål om hvilke styringsstrategier som ses som akseptable og rasjonelle på dette feltet, som i henhold til WHO forstås som vår tids største helsetrussel.

## Behandlingsprogrammet

Behandlingsprogrammet for mennesker med diagnosen «sykelig overvekt» ble utviklet av en ekspertgruppe primært fra den medisinskfaglige verden, og arbeidet startet i 2005. Det munnet ut i en rapport som beskriver hvordan sykkelig overvekt skal behandles innenfor spesialisthelsetjenesten (Helse Nord mfl., 2007). Til grunn for programmet ligger en forståelse av at mennesker med store kropp bør redusere kroppsvekten for å fremme helsen. I rapporten beskrives overvekt som en tilstand som er svært vanskelig å behandle, at resultater av tiltak varierer, og at det kreves mye av pasienter for å lykkes og oppnå varig vektendring. Dette ligger til grunn for etableringen og valget av strategier i behandlingstilbudet. Programmet er relativt omfattende, og det er delt i tre faser, en forberedelsesfase med kurs i

livsstilsendring, en behandlingsfase med overvektskirurgi eller intensiv livsstilsintervensjon og en ettervernsfase med selvhjelpsgrupper. I dette kapitlet vil jeg legge vekt på kurset i livsstilsendring og kirurgisk overvektsbehandling.

## Forberedende kurs i livsstilsendring

Kurset i livsstilsendring var det innledende tilbudet i behandlingsprogrammet og foregikk i grupper på sykehusets lærings- og mestringssenter (LMS). På kurset jeg observerte, var det 15 deltakere. Kurset gikk en dag i uken over ti uker, og det hadde en timeplan med egne temaer for hver kursdag. Deltakerne satt i hestesko, og kursdagene ble startet og avsluttet med en runde med deltakerne om deres prosess med å endre livsstil. Midt på dagen var det de fleste kursdagene undervisning med vekt på et tema. Oftest var det en person fra sykehuset, som ernæringsfysiolog, fysioterapeut eller lege, som underviste, men noen dager var det pasienter med brukererfaring eller personer med fagbakgrunn fra eksterne institusjoner. I dette kapitlet vil jeg presentere strategier som ble brukt for å fremme endring blant deltakerne.

### Å italesette seg selv

Deltakerne var i sentrum i kurset i livsstilsendring, og kursdagene ble startet og avsluttet med oppmerksomhet på dem og deres endringsprosess. Deltakerne ble oppfordret til å fortelle sine historier, dele erfaringer og snakke om endringsprosesser, som hva de hadde gjort siden sist, og hvordan de hadde jobbet med å endre atferd, hvordan de hadde lyktes og mislykkes, med mer. Ordet gikk rundt, og alle snakket etter tur; når en var ferdig, overtok personen ved siden av. Det å sette deltakerne i sentrum

var en strategi som innebar at det ikke var mulig å være anonym eller passiv. Flere deltakere var tilbakeholdne og ønsket ikke så mye oppmerksomhet, slik en deltaker sa: «Det var jo noen som hadde det vanskeligere enn andre der. Det var det, for det er jo ikke alle som liker å fortelle om seg sjøl sånn foran 18 mennesker med en gang.» Det var en forutsetning å fortelle om seg selv i gruppen. Den som nølte, ble overtalt til å dele av kurslederne, som ledet rundene og bidro til at alle deltok og kom i sentrum. Kurslederne fulgte opp det som ble delt i gruppen, de lyttet, de oppmuntret og forklarte. På denne måten italesatte deltakerne seg og sin situasjon overfor de andre i gruppen. Flere deltakere beskrev at de nølte med å slutte seg til gruppen, og at de vegret seg mot å forstå seg selv som «sykelig overvektig», men de sa også at når «isen var brutt», var det ikke så vanskelig lenger.

Gjennom rundene ble deltakerne kjent med hverandre, og de fikk innblikk i hverandres problemer og utfordringer. Det ble en intens og tidvis fortettet stemning av fortrolighet og gjensidig forståelse og fortvilelse, slik denne kvinnen forklarer:

Det å være sammen med så mange andre som sliter med samme problematikken og, kjenner man seg veldig mye igjen i ... Ja, altså, jeg hører mine egne tanker komme ut av andres munn. Det er ganske snodig. ... Altså, det er jo det at man ser seg selv i et annet lys, rett og slett. Fordi, ja, som jeg sier, jeg har aldri snakka så mye om meg selv. Og her er det altså mange mennesker som sliter med akkurat de samme tingene som jeg gjør, og så blir det på en måte litt, jeg hadde nær sagt legalisert. Altså, det er ikke bare jeg og min skam. Det er masse mennesker som går rundt og tenker akkurat det samme.

Sitatet viser hvordan deltakerne lærte å forstå seg selv som gruppe-medlemmer, som sykelig overvektige deltakere med felles problemer som de skulle forholde seg aktivt til.

Gruppeaktiviteten kan forstås som en produktiv maktpraksis, der deltakerne gjennom å fremstille seg selv og sin situasjon gjennom deling av erfaringer og følelser lærte å forstå seg selv i lys av gruppen. Kurset bygget på felles erfaringer med å mislykkes og leve i kroppar som var problematiske, og som måtte endres. Dette representerte programmets første skritt og en start for å lære å forstå seg selv på bestemte måter. I programmet handlet det om å skape en felles identitet, med et fellesskap basert på en kollektiv selvstigmatisering. Tilnærmingen innebar ofte overtalelse og «lirking» for å få deltakerne i gang. Sitatene viser hvordan kurset la opp til at deltakerne skulle lære å forstå seg selv på bestemte måter, for eksempel ved å møte andre med samme problem og gjennom kunnskapen de fikk i kurset. Kunnskapen var forankret i diskursive forståelser av overvekt og fremsto følgelig som en forutsetning for å få deltakerne engasjert og i gang med arbeidet med å endre seg. Gruppetilhørigheten ga håp fordi de var flere sammen.

## Å endre vaner

I tillegg til vektleggingen av deltakernes historier hadde hver kursdag et tema, som blant annet helse, ernæring, fysisk aktivitet og behandlingstilbud. Før kursdagen ble avsluttet, ble deltakerne oppmuntret til å fortelle om hva de tenkte om dagens tema, og relatere temaet til sin situasjon og hvordan de skulle jobbe videre med endring av sine vaner. Slik ble de oppfordret til å analysere vaner og fokusere på endringer for å leve mer i tråd med kursets budskap og helsefremmende diskurser. Som hjelpemiddel i endringsprosessen skulle deltakerne lage sin egen handlingsplan. Handlingsplanen kan forstås som det Foucault kaller en selvteknologi, med teknologi rettet mot seg selv for å bidra til at deltakerne lærte å handle på bestemte måter (å endre

levesett og leve sunnere) og oppnå en bestemt perfektjon (dvs. å bli lettere og sunnere). De fleste hadde mye erfaring med mislykkede forsøk på slankeprosesser. De la vekt på at det som gjorde kurset i livsstilsendring annerledes enn andre kurs, var mindre oppmerksomhet om prestasjoner, som å lykkes eller mislykkes. Dersom en deltaker ikke klarte å følge handlingsplanen sin en uke, ble det reflektert over som en erfaring sammen med gruppen, og kurslederne og de andre kursdeltakerne bidro dermed som hjelpere i en ny selvteknologi, slik en ung mannlig deltaker forklarer:

Altså, på en måte har det også kanskje egentlig vært et sånt lite spark i rumpa til at du kom i gang, liksom, men du har liksom ikke følt det sånn. Det var liksom det vi fikk beskjed om, du skal ikke sette fokus på slanking på dette kurset. Det er jo kanskje det som gjør at ting går bedre ... Det er ikke sånn at – ja, hvor mye har du gått ned, hvor mye har du gått ned? Det du har fokus på, er liksom hvordan gikk det med handlingsplanen din, og gikk det dårlig, så fikk du tips av de andre.

Gjennom handlingsplanen ble deltakerne aktivisert og engasjert for å jobbe med å forstå seg selv på nye måter og se muligheter for endring. Erfaringer, både med å lykkes og mislykkes, skulle tas med videre. Slik fremsto kurset som lite dømmende og lite overstyrende, med en «romslig» og ivaretagende form med plass til individuelle feilgrep.

Deltakerne hadde mye og lang erfaring med et liv i store kropper, og i rundene kom det opp ulike historier om å mislykkes, om å streve og om skam over den store kroppen. De fleste hadde dårlig erfaring med slanking og uttrykte en grunnleggende frykt for å mislykkes enda en gang. Det kunne ligge til grunn for at noen uttrykte motstand mot kursopplegget. Etter hvert bøyde imidlertid de fleste av, og de inntok rollen som aktive og lojale deltakere, slik denne kvinnen beskriver:

Jeg var veldig negativ til å begynne med. Og jeg trur også jeg måtte få vekk de negative tankene jeg hadde om det hele. Den forutinntatt-heten min, som jeg egentlig ikke hadde noen grunn til å ha, for jeg visste ikke hva som skulle foregå der. Så, men jeg snudde veldig om, altså. Jeg tror det var noe inne i meg, jeg, som gjorde at jeg følte at nå var det greit, egentlig. Pluss at jeg begynte vel å se mer nytten av det vi dreiv med.

Deltakerne lærte at de kunne gi seg selv flere sjanser, og de fremstilte kurset som annerledes enn alt annet de hadde vært med på tidligere. Sitat demonstrerer hvordan tilnærmingene i kurset dempet motstand mot kursets strategier blant deltakerne.

De fleste informantene var preget av at den store kroppen og helseutfordringene deres ble forstått som selvforskyldt, og de beskrev opplevelser av skyld og skam relatert til situasjonen de var kommet i. Kurslederne møtte deltakerne innenfor en ramme av respekt, og med en anerkjennende tilnærming bidro de til at deltakerne fikk håp om at denne gangen skulle det være annerledes, at dette var nye grep som forklarte hvorfor de ikke hadde lyktes tidligere. De lærte at de hadde kapasitet til å gjøre endringer, og at det aldri er for sent å gjøre noe. Til tross for denne optimistiske og underliggende positive tilnærmingen var det få av studiens deltakere som trodde de ville lykkes med å endre seg på sikt. Til det hadde de for mange erfaringer med at de ikke fikk til livsstilsendring. Kurset ble forstått som et viktig og nødvendig første skritt på veien mot overvektskirurgi, slik denne unge mannen beskriver:

Altså, jeg føler at jeg har begynt et nytt liv, da. ... Ja. Liksom begynt, endra livsstilen og liksom. Jeg veit at ting begynner å skje, og ... Men selvfølgelig, det eneste som står i huet på meg nå, det er om du slipper gjennom nåløyet til kirurgen, da.

Når alt kom til alt, lå det meste av troen på muligheten til endring hos deltakerne i tilgang til kirurgisk overvektsbehandling. Motivasjonen til å følge opp kursets krav og intensjon ble knyttet til å slippe gjennom kirurgens nåløye for overvektskirurgi.

## Overvektskirurgi

Overvektskirurgi har vokst frem som en behandlingstilnærming ved sykelig overvekt, og «gastric bypass» er den vanligste operasjonsmetoden i Norge i dag. Operasjonen innebærer at magesekken reduseres til en liten lomme, og at deler av tynntarmen kobles fra, slik at maten går utenom deler av fordøyelseskana-len (Buchwald, 2008). Utviklingen de senere årene har gjort det mulig å gjennomføre prosedyren ved hjelp av kikkhullsteknologi, noe som har redusert dødelighet og komplikasjonsrate betraktelig (dødelighet angis å ligge mellom 0,5 og 1 prosent) (Maggard mfl., 2005), og på verdensbasis opereres mer enn 300 000 pasienter hvert år (Buchwald, 2008). Konsekvensen av inngrepet er begrenset matinntak på grunn av den lille magesekken og redusert næringsopptak fordi maten får et kortere løp gjennom tarmsystemet. Følgelig raser pasienten ned i vekt etter operasjonen. Pasientene må spise små måltider ofte, ta tilskudd av vitaminer og mineraler, og de må følges opp av helsepersonell resten av livet på grunn av fare for malabsorpsjon (mangelsymptomer). Gastric bypass er en ikke-reversibel operasjon, og pasienten må leve med de anatomiske og fysiologiske endringene som følge av operasjonen resten av livet. Magesekken utvider seg imidlertid litt etter hvert, så pasienten klarer å spise større måltider.

Deltakerne i denne studien beskrev overvektskirurgi som en siste utvei. Kirurgisk behandling ble forstått som et tiltak som understreket situasjonens alvor, slik denne mannen beskriver.

Jeg tror du tenker mer på helsa di hvis du blir operert. For det er siste utvei. Da får du et såpass stort press at du må gjøre noe med det.

Sitatet viser at overvektsoperasjon understreker alvoret i situasjonen, og dermed rettferdiggjør det inngripende tiltaket. Deltakerne uttrykte store forventninger til at operasjonen ville gi varig endring og en slutt på mislykkede slankekurer, for alltid.

Deltakerne i studien gikk ned mellom 35 og 52 kilo de første ni månedene etter operasjon. Mange beskrev operasjonen som avgjørende for å komme ut av en negativ sirkel med et liv med skam og begrensede utfoldelsesmulighet, så vel som frykt for tidlig død. Mange beskrev situasjonen etter den store vektnedgangen som «å ha fått et nytt liv», og de uttrykte stor lettelse og glede over å kunne kjøpe klær i «vanlige» butikker og å slippe andres dømmende blikk, og i tillegg få anerkjennelse for å ha gått ned i vekt.

## Dumping

Etter operasjonen begrenser den lille magesekken matinntaket. Spiser man noe man ikke tåler, kommer det fysiologiske reaksjoner som kan være til dels voldsomme, slik denne kvinnen beskriver.

Jeg var på kjøpesenteret med tre venninner og kjøpte en soft-is. Så deilig, tenkte jeg, og jeg spiste og spiste. En venninne lurte på om jeg ble dårlig, og jeg ble dårlig! Innen fem minutter kjente jeg kvalmen, det pipla svette, hjertedunk. Jeg måtte hjem, og det er den lengste turen jeg noensinne har gått. Gikk og gikk og kom aldri fram. Når jeg kom hjem, måtte jeg legge meg ned, og jeg spydde som en gris. Ja, etter det har jeg ikke spist soft-is. Men, kanskje det er litt all right å få litt flere sårne? ... Innimellom så kommer jeg nok til å «dumpe» så det synger, men la meg gjøre det, så lærer jeg, da tør jeg ikke noe mer.



Ubehagelige symptomer kalles for dumping-syndrom og inntrer fra 30–60 minutter etter matinntak. Et øyeblikks ettergivelse ender med enorme smerter, og sitatet viser at dette tolkes som «en lærepenge» eller en straff som leder til selvdisiplinering. Dumpingsymptomene kan unngås ved å begrense inntak av søt mat og ved å spise små måltider, men det varierer hvordan symptomene utløses og fremtrer. Mange beskrev de sterke fysiologiske reaksjonene som en forutsetning for å lykkes med vekt-tap, slik kvinnen ovenfor beskriver. Dumping ble forstått som en del av intensjonen med operasjonen. For deltakere som ikke hadde dumpingsymptomer, var skuffelsen følgelig stor. For dem som kunne spise uten ubehag, eller som hadde dumping på sunne matvarer som jordbær eller banan, og ikke på sjokolade eller chips, var usikkerheten rundt effekten av operasjonen stor. Slik denne kvinnen forklarer sin skuffelse: «Det er jo selvfølgelig verre når man ikke har denne dumpingen, ikke sant. Vi må jo slite mye mer...» Deltakere som hadde små eller ingen dumpingsymptomer, uttrykte stor bekymring for hvordan det skulle gå videre.

## Fremtiden

Mens tiden gikk etter operasjonen, uttrykte flere bekymring over at de disiplinierende dumpingsymptomene ble mindre fremtredende. Parallelt med lettelse over store vekt-tap var det en underliggende frykt for at vekt-reduksjonen var midlertidig, og at de ville legge på seg igjen og «rykke tilbake» til situasjonen de desperat hadde ønsket seg ut av.

Nei, altså, målet mitt er, ja, jeg må innrømme at jeg er veldig redd, jeg tenker mye på det om jeg skulle gå opp igjen. Altså, det er jeg veldig redd for. Det er det verste som, det er en sånn mareritt-tanken min.

Frykt for at det «nye» livet i lettere kropp var midlertidig, lurte under og skapte en uro og usikkerhet for at den lettere kroppen var en midlertidig tilstand.

## Selvstyring eller overstyring for å fremme helse?

I behandlingsprogrammet for voksne med diagnosen sykkelig overvekt blir intensjonen med programmet beskrevet som å skape individer som kan gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd. Gjennom et tiukers kurs i livsstilsendring blir deltakerne og deres atferd satt i søkelyset. Deltakerne settes i en situasjon der de må snakke om seg og situasjonen sin i en gruppe, og de utfordres til å jobbe med å endre seg for å bedre livsstil og helse. Strategiene innebærer at deltakerne må eksponere seg i en gruppe av fremmede, de lærer å forstå seg selv som sykkelig overvektige, og de begynner et arbeid med å endre seg i tråd med kursets anbefalinger. Materialet i studien viser hvordan eksponering i gruppe sammen med diskursive normer om helse, livsstil og endring knyttes opp mot deltakernes selvteknologier. Kurset er dominert av pastorale maktformer som bærer i seg en intensjon om at deltakerne ved hjelp av nyervervede selvteknologier skal lære å ta en aktiv rolle, der de tar ansvar for å endre livsstil og å leve i tråd med diskursive normer om en sunn livsstil. Dette kan forstås i tråd med idealer om empowerment og diskursive forståelser som underbygger deltakeres muligheter, evner og egenskaper for å ta kontroll, endre seg og helsen sin, og slik gjøre selvstendige og ansvarlige helsefremmende valg. Styringsstrategiene legger opp til at deltakerne lærer nye måter å forstå seg selv på, og å jobbe med seg selv for å bli «bedre» versjoner av seg selv. Deltakerne lærte teknikker som hadde som mål å gi ny handlingskapasitet, som var

annerledes enn de hadde opplevd før, og teknikkene fremsto som overkommelige.

Frank (1998) peker på faren for at teknikker som utøves for å få mennesker til å endre seg fort kan bli maktpraksiser. Denne studien viser at makt er til stede i behandlingsprogrammet, blant annet pastoralmakten som spilles ut i kurset. Kurset i livsstilsendring bar i seg et overtalende uttrykk, men hadde en form som gjorde makten lite synlig og derfor var relativt uangripelig, og motforestillinger og motmakt forsvant i gruppeprosessene. I stedet for å forstå makt som en kraft som kuer og skaper lydige pasienter, kan man argumentere med at det gjennom maktuttrykket i dette kurset ble skapt muligheter for deltakerne, ved at man søkte å sette dem i stand til å håndtere sin situasjon på en bedre måte (jf. Heyes, 2006). Dette kan forstås som en selvteknologi, som innebærer at individet lærer å styre seg selv. Her trer det imidlertid frem en iboende motsetningsfylt rasjonalitet og logikk i programmet. I kurset i livsstilsendring øves deltakerne opp til å tenke at de kan kontrollere seg selv, og at de kan endre seg og leve i tråd med gjeldende diskurser om sunn livsstil.

Overvektskirurgi er imidlertid en strategi som innehar en helt annen rasjonalitet. Overvektskirurgi er en styringsteknologi som overstyrer individers atferd, ved dumping og fysiologiske endringer, og sånn sett definitivt kan forstås som en disiplinerende maktpraksis. Gjennom kirurgiens biologiske inngrep settes personen i en situasjon der han eller hun ikke *kan* kontrollere seg selv. Kirurgi og dumping virker ved å styre «gjennom magen». Dette er en biologisk styringsstrategi som går utenom mental rasjonalitet eller kontroll. Som en «medisinsk teknologi» er overvektskirurgi utviklet fordi man tilsynelatende har liten tiltro til personens evne til å styre seg selv eller ta grep om situasjonen. Overordnet sett kan man derfor si at

behandlingsprogrammets styringsstrategier med kurs i livsstilsendring og overvektskirurgi fremstår som grunnleggende motsetningsfylte. Kurset bygger opp under individets evner, muligheter og autonomi, mens overvektskirurgi overstyrer det samme.

Med utgangspunkt i tanker om empowerment og styrking av individets egenmakt fremstår det som motsetningsfullt å først bygge opp under individers tro på og evne til å styre seg selv, sitt matinntak og livsstil, for så i neste omgang å «låse igjen» og la det være opp til magen eller biologien å styre. I disse diskursive motsetningsfylte rasjonalitetene er det et spørsmål om hvor individet etterlates? Dagens idealer om empowerment er knyttet til at pasienter skal ha en ny rolle i helsetjenesten, og i dette diskursive landskapet ligger også et økt ansvar for seg selv. Å lære opp mennesker til å mestre nye ferdigheter og sette dem i stand til å ta ansvar kaller Rose (1999) «administration of shame». Dette relateres til hvordan den som ikke lykkes med vekttap etter omfattende behandling, selv blir sittende med ansvaret og skammen. Dagens forståelse av overvekt som en medisinsk diagnose knyttes gjerne til manglende kontroll over matinntak (Murray, 2007). Rose (1999) peker på at det i dag etableres programmer som legger vekt på å skape mennesker som skal lære seg å velge riktig, i velferdssamfunn med stor tilgang til blant annet mat og nytelsesmidler. Intensjonen blir dermed å hjelpe mennesker som ikke har kontroll, til å kontrollere seg ved å undertrykke valgfriheten, slik behandlingsprogrammet legger opp til både gjennom kurs i livsstilsendring og gjennom kirurgisk overvektsbehandling. For personer med sykkelig overvekt som ikke lykkes, blir resultatet raskt ytterligere skam og fortvilelse. Dette gir grunnlag for en betimelig bekymring for intensjonene om empowerment og kontroll som spiller seg ut i behandlingsprogrammet.

Empowerment forstås i dag som positivt ladede tilnærminger knyttet til å fremme helse ved å omfordele makt. Tiltak rettet mot mennesker med store kropper oppfattes som viktige etter som dagens overvektsdiskurs underbygger den helsefremmende betydningen av å redusere overvekt. Denne studien viser at styringstrategiene i et empowerment-program for voksne med sykelig overvekt hverken er fritt for makt eller er en «uskyldig» helsefremmende tilnærming. Programmet bærer i seg spenningsfylte strategier rettet mot enkeltindivider i kropper som forstås som avvikende. Dette understreker betydningen av kritiske blikk på diagnostisering av avvik og sunnhet, den helsefremmende ideologien og medfølgende praksiser, med tanke på diskursens makt til å definere individer.

## Referanser

- Buchwald, H. (2008). Introduction and current status of bariatric procedures. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4, s. 1–6.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.04.001>
- Dean, M. (2006). *Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund (Governmentality: Power and Rule in Modern Society)*. Frederiksberg: Forlaget sociologi.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Overvekt og fedme hos voksne. Faktaark  
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>  
 (lest desember 2016).
- Foucault, M. (1989). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I: G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The Foucault effect. Studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault* (s. 87–104). Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1997). *Ethics subjectivity and truth*. New York: The New Press.
- Foucault, M. (2002a). *Seksualitetens historie III: Omsorgen for seg selv (The History of Sexuality Vol. 3: The Care of Self)*. Oslo: Pax Forlag.

- Foucault, M. (red.) (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977*. New York: The Harvester Press.
- Foucault, M. (red.) (2002b). *Power Essential works of Foucault 1954–1984 vol 3*. London: Penguin Books.
- Frank, A. W. (1998). Stories of illness as care of the self: a Foucauldian dialogue. *Health*, 2(3), s. 329–348. <https://doi.org/10.1177/136345939800200304>
- Germov, J. og Williams, L. (2008). *A Sociology of Food & Nutrition. The Social Appetite* (third ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest (2007). *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Voksne*. <https://arkiv.www.unn.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Dokumenter/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf> (lest desember 2016).
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*.
- Heyes, C. J. (2006). Foucault goes to Weight Watchers. *Hypatia*, 21(2), s. 126–149. <https://doi.org/10.1353/hyp.2006.0009>
- Jutel, A. (2005). Weighing health: The moral burden of obesity. *Social Semiotics*, 15(2), s. 113–125. <https://doi.org/10.1080/10350330500154717>
- Knutzen, I. R. (2012). *Striving towards normality. Power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese*. Phd-avhandling, Universitetet i Oslo.
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London: Sage Publications.
- Maggard, M. A., Shugaman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingstone, E. H., . . . Shekelle, P. G. (2005). Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), s. 547–559. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-7-200504050-00013>
- Mik-Meyer, N. (2010). Putting the Right Face on a Wrong Body An Initial Interpretation of Fat Identities in Social Work Organizations. *Qualitative Social Work*, 9(3), s. 385–405. <https://doi.org/10.1177/1473325010367817>
- Murray, S. (2007). Corporeal knowledges and deviant bodies: Perceiving the fat body. *Social Semiotics*, 17(3), s. 361–373. doi:10.1080/10350330701448694
- NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.

- Rippe, J. M., McInnis, K. J. og Melanson, K. J. (2001). Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. *Obes Res*, 9(4), s. 302–311. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.135>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul, the shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Shaw, K., Gennat, H. C., O'Rourke, P. og Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or Obesity (Review). *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*.
- St.meld 16. (2002–03). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*.
- Ulset, E., Undheim, R. og Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127, s. 34–37.
- Vallgård, S. (2011). Appeals to Autonomy and Obedience: Continuity and Change in Governing Technologies in Danish and Swedish Health Promotion. *Medical History*, 55, s. 27–40.
- WHO (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Retrieved from Technical Report Series, No894, 2000 <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=10&codcch=894>
- Zweiniger-Bargielowska, I. (2005). The Culture of the Abdomen: Obesity and Reducing in Britain, circa 1900–1939. *J Brit Stud*, 44(2), s. 239–273. <https://doi.org/10.1086/427124> (lest desember 2016)





# 6

## Borgerrettet forebyggelse af usundhed – et blik på diabetes

*Anette Lykke Hindhede <sup>a)</sup>*

### **Preventive action for unhealthy citizens – a glance at diabetes**

This paper builds upon a diabetes prevention study in general practice in Denmark which has an objective to reduce participants' blood sugar level. Drawing on Foucault's concept of problematisation and dispositif, the paper makes use of a relational analytical gaze to describe the unpredictability and complexity involved in citizen-centred health promotion and prevention. The analysis focuses on some of the practical implications of the epistemology of efficacy and effectiveness trials. It concludes that the specific intervention can be seen as a typical example of a social hygienic power strategy that transpires as an individualization of collective responsibility.

---

a) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

## Indledning - opkomsten af «folkesygdomme»

Der er de seneste årtier sket en opkomst af en særlig gruppering af sygdomme, som har medført offentlighedens bekymring. Sygdommene går under den samlede betegnelse «folkesygdomme» og omhandler blandt andet diagnoser som type 2-diabetes, kræft og hjertekarsygdomme. Denne stigning i generaliseret dårlighed har ført til en fra den skandinaviske velfærdsstats sundhedsvæsen udtrykt interesse i at håndtere denne udvikling, der forudses at indtage en stadig større andel af de nationale sundhedsbudgetter. I det følgende tages udgangspunkt i type-2 diabetes som et empirisk eksempel på en såkaldt folkesygdom, der forsøges forebygget gennem en intervention i almen praksis i Danmark over for borgere, der er i risiko for at udvikle diabetes. Epidemiologisk forskning viser nemlig, at personer klassificerede som «prædiabetikere» udvikler sig til diabetikere med en hastighed på omkring 5–10 procent om året (Tabæk, Herder, Rathmann, Brunner og Kivimäki, 2012). På globalt plan er antallet af personer med type 2-diabetes steget fra 153 millioner i 1980 til 347 000 000 i 2008 (Danaei mfl., 2011) – en stigning, der har ført til begreber såsom «diabetes-epidemi» (Garber mfl., 2008). Sygdommens opfattede sociale betydning afspejles også i, at World Health Organization (WHO) estimerer, at type 2-diabetes vil være den primære årsag til kronisk sygdom og død inden for de næste 25 år (WHO, 2015). Dokumenterede effektive forebyggende indsatser til opbremsning af «diabetes-epidemien» efterspørges derfor blandt politikere.

Forebyggelsesstrategien i forhold til diabetes går dels ud på, at identificere forstadier til denne sygdom og dels at søge at kontrollere denne epidemi ved hjælp af forskellige forebyggende

interventioner. En række undersøgelser har vist, at en specifik standardiseret livsstilsintervention kan hindre eller forsinke progressionen af prædiabetes til diabetes (The Diabetes Prevention Program, Research Group, 2005). Ændringer i den enkeltes kost og øgning af den enkeltes mængde af fysisk aktivitet kan angiveligt halvere antallet af personer med forhøjet blodsukker (Gillies mfl., 2007). Nogle diagnosticerede forbliver dog prædiabetikere trods intensiv livsstilsintervention (Perreault mfl., 2012). Fælles for interventionsprogrammerne, der har vist effekt målt som sænkning af den enkeltes blodsukker er, at de er gennemført under særlige kontrollerede forhold, hvor effekterne lader sig måle. I de forebyggende interventioner er der altså tale om en epistemologi, hvor forebyggelsen af diabetes såvel som eksponeringen for usundhed er objektive og målbare forhold, der holdes sammen af mere eller mindre ekspliciterede kausale mekanismer.

I Danmark har Folketinget med en ny sundhedslov, der trådte i kraft 1. januar 2007 sammen med en såkaldt strukturreform placeret hovedansvaret for forebyggelse af folkesygdomme hos kommunerne. Den danske regering har med sit folkesundhedsprogram opstillet overordnede principper for kommunernes forebyggelsesindsatser. Tilsvarende programmer ses i Norge, Sverige og Storbritannien (Magnussen, Vrangbæk, og Saltman, 2009; Tjora og Melby, 2013; Vallgård, 2001). Fælles for programmerne er, at der lægges vægt på de forhold, der kan tilskrives borgerens sundhedsrelaterede adfærd.

## **Problematisering som teoretisk analytisk optik**

Dette kapitel adskiller sig fra beslægtet forskning om borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme ved at fokusere på nogle af de praktiske implikationer af effektforskningens epistemologi

og hvad der sker, når den kollektive sundhedsomsorg er henvist til at gå vejen over den individuelle selvomsorg i konkrete forebyggelsestiltag som at reducere prævalensen af diabetes. Problemet for megen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse synes at være, hvordan den medicinske og sundhedsfaglige vilje til evidens håndterer det individuelle niveau (Greenhalgh, Howick og Maskrey, 2014; Timmermans og Berg, 2003). Sagen er nemlig, at det har vist sig svært at ændre borgeres livsvaner og adfærd gennem oplysning alene. Sundhedspædagogikken som det herskende sundhedsregimes diskursform kan kun udøves gennem den individuelle borgers sundhed, og derfor tager bekymringen for den kollektive sundhed form af en ansvarliggørelse af den personlige sundhed.

Som det vil fremgå af den empiriske case, er forebyggelse af type 2 diabetes et eksempel på en socialhygiejnisk magtstrategi, der sætter sig igennem som en individualisering af det kollektive ansvar (Schmidt, 1999, s. 176). Nærmere end at fastlægge forebyggelsens effekter er ærindet med udgangspunkt i Foucaults begreber om problematisering (Foucault, 1997; Foucault, 1998a; Foucault, 1985) og dispositiv (Foucault, 2007; Foucault, 1995), at anlægge et relationelt analytisk blik (Emirbayer, 1997) for at kunne beskrive den uforudsigelighed og kompleksitet, der er involveret i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Jeg vil indledningsvist introducere kort til Foucaults begreber for derefter gennem den empiriske case at vise, hvordan dette analytiske blik kan være nyttigt for at begribe magtformer, som umiddelbart skjuler deres styring ved at præsentere sig som antiautoritære, medinddragende, og frisættende; at magten, for ikke at virke kontraproduktiv, må være immanent i forhold til dens genstand – her ved at indskrive sig i borgeres dagligliv, sociale relationer og selvidentitet (for nærmere definition af magtbegrebet, se kapitel 4). Michel Foucault har ikke nogen egentlig teori, som

vi ellers kender det fra sociologiske teoribyggere som Bourdieu og Habermas. Af samme grund er det ikke muligt som sådan at «anvende» Foucault empirisk, da hans blik gennem hele forfatterskabet har været rettet mod at belyse og problematisere særlige typer af menneskelig væren for derved at rykke ved vores aktuelle måde at forstå og håndtere sygdom og død på, hvordan vi opfatter seksualitet, og måden vi indretter skoler på. Ikke desto mindre vil jeg i det følgende argumentere for, at hans problematiseringsbegreb giver særlige muligheder for at analysere et givet genstandsfelt. Specifikt er den teoretiske kundskabsambition gennem min empiriske case at operationalisere problematiseringsbegrebet i forhold til en analyse af, hvordan folkesygdomme som type 2 diabetes konstrueres som en epidemi, der må forebygges gennem regulering af borgernes usunde adfærd.

## Fra befolkningspolitik til mikropolitik

I en Foucaultsk optik betyder det at problematisere noget, at et fænomen dels gøres til et problem, men derudover at problematiseringen skaber både forskelssætninger/distinktioner og løsninger. Problematiseringsbegrebet kan betragtes som Foucaults metodiske efterrefleksion over sine analyser over galskab, forbrydelse og seksualitet:

What I intended to analyze in most of my work was neither people's behavior (which is something that belongs to the field of social history), nor ideas in their representative values. What I tried to from the beginning was to analyze the process of «problematization» – which means why certain things (behavior, phenomena, processes) became a problem. Why for example, certain forms of behavior were characterized and classified as «madness» while other similar forms were completely neglected at a given historical moment; the same

thing for crime and delinquency, the same question for the problematization of sexuality (Foucault, 1998<sup>a</sup>, s.17).

Ud over at være en måde, hvorpå besværligheder omdannes til problemstillinger, er pointen, at problematiseringsbegrebet involverer og legitimerer bestemte løsninger. Forskerens opdrag i denne sammenhæng er at dekonstruere problematiseringerne og de «sandheder» der ligger bag. Problemativering som tilgang handler derfor om at undersøge følgende:

Hvorfor noget gøres til et problem?

Hvordan det gøres til et problem?

Hvordan legitimerer problematiseringen bestemte løsninger?

Problematiseringer medfører, at subjektet vurderes efter bestemte normalitets- og afvigevurderinger og underlægges reguleringer (eksempelvis gennem disciplin), samt ledes i retning af bestemte selvteknologier (eksempelvis i styringen af seksualiteten) (Foucault, 1985, s. 11–12). Svaret på givne problematiseringer tager typisk form af teknologier, der opererer på tre forskellige niveauer (Rabinow, 1991):

1. de videnskabelige klassifikationer
2. adskillelsespraktikkerne og
3. selvteknologierne

Den videnskabelige klassifikation som teknologi handler om, hvordan videnskabeliggjorte discipliner konstituerer subjektet som videnskabeligt objekt, som tillægges universelle egenskaber og værdier (Rabinow, 1991, s. 10). Individet er målet for videnskabelige klassifikationer, der så efterfølgende kan legitimere og lede typer af sociale praktikker.

Den anden teknologi foregår gennem *adskillelsespraktikker/dividing practices*, dvs. kulturelle og institutionelle

adskillelsespraktikker, der subjektiverer individet som patient, sygt, seksuelt afvigende eller kriminel. Endeligt fører adskillelsespraktikkerne til institutionelle praksisser, der normaliserer, stigmatiserer og skaber individet som institutionelt objekt og dermed lægger op til visse typer af *selvteknologier*. Begrebet selvteknologi kan forstås som et redskab, som subjektet kan gøre brug af til at forme sig selv, idet de «tillader individer at udføre, ved egen hjælp eller med hjælp fra andre, en bestemt række operationer på deres egne kroppe og sjæle, tanker, adfærd og eksistensmåde, for at transformere dem selv med henblik på at opnå en bestemt tilstand af lykke, renhed, perfektion eller udødelighed» (Foucault, 1988, s. 18). Selvteknologier giver os altså mulighed for at studere, hvordan subjektet isolerer bestemte aspekter i sig selv som videns- og styringsobjekter.

Begrebet *dispositiv* kan forstås som et apparatur, en anordning eller en forbindelseslinje (Fogh Jensen, 2005; Raffnsøe, Gudmand-Høyer, og Thanning, 2008). Dispositivet kan således ses som et dybere lejret rationale, der fungerer ledende for, hvordan problemforståelser og forskelssætninger konstrueres og defineres i bestemte historiske perioder. En forskelssætning (system of differentiation) kan forstås som en adskillelsespraktik (dividing practice) og er en form for objektivering, hvor «..the subject is either divided inside himself or divided from others. This process objectivizes him» (Foucault, 1982, s. 777–78). For at forstå dette, må vi gribe til fænomenerne inklusion og eksklusion, idet inklusion er betinget af eksklusion af andre/andet. Inklusion opstår derfor ikke som en selvstændig formation, men i stedet som en moddefinition til – og eksklusion af andre/andet. Dette er ifølge Agamben (1998: 131) en af den moderne biopolitik grundlæggende karakteristika; altså behovet for at skelne og forskelssætte mellem, hvad der er udenfor og indenfor et givet domæne og dermed, hvad der skal være det konkrete mål for styringen. Adskillelsen kan således

iagttages som en udelukkelsesprocedure (Foucault, 1998b), hvor der sættes en forskel mellem a) det tilladte fra det forbudte, b) det normale fra det afvigende, c) det sande fra det, der konstitueres som ikke-sandt. Problemforståelser og forskelssætninger kan dermed fungere som udelukkelsesprocedurer, der adskiller det, der bør inkluderes, fra det der bør ekskluderes. En iagttagelse af problemforståelser og forskelssætninger i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme kan på denne måde kaste lys over, hvad der (i en given periode) betragtes som inkluderet henholdsvis ekskluderet i forsøget på at udrydde en mulig ambivalens, som kunne undergrave eller forstyrre en bestemt social orden.

I Foucaults genealogiske arbejde kan findes en forklaringsramme for det, man kunne kalde forebyggelsesdispositivet. Med indførelse af begrebet biopolitik beskriver Foucault, hvordan den statslige magtudøvelse i stigende grad orienterer sig mod at styre befolkningers liv. Der er tale om en produktiv magt, der producerer problemfelter for intervention og forbedringsmuligheder for disse problemfelter. Biomasse udtrykker det forhold, at individer begribes som biologiske størrelser. I forbindelse hermed har statistiske metoder og modeller en særlig rolle, da de er forudsætningerne for at kunne begrebsliggøre og beskæftige sig med hele befolkninger (Foucault, 1991, s. 99). Biopolitikken kan således intervenere på såvel befolkningsmæssig som mikropolitisk niveau; gennem love, forordninger, regulativer på et generelt plan, og gennem tilskyndelser på et individuelt plan. Den stigende politiske opmærksomhed på sundhed og forebyggelse kan derfor fortolkes som udtryk for de tendenser, som Foucault peger på. I forebyggelse tager man typisk udgangspunkt i en specifik ontologi ved at besvare spørgsmål som: Hvad er bedst for den fysisk inaktive borger? Hvilke metoder egner sig bedst til at få borgere til at ændre kostvaner?



I modsætning hertil lægger det, at analysere *problemforståelser* af borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse op til en deontologiserende tilgang. Forehavendet er med andre ord ikke at evaluere effekten af den konkrete indsats som led i det sundhedspædagogiske arbejde, men nærmere at problematisere problemforståelser i det forebyggende og sundhedspædagogiske arbejde, hvor identificerede prædiabetikere bliver lovet kontrol over deres risikoprofil, hvis de blot ændrer livsstil.

I kapitlet gøres brug af den såkaldte nutidshistoriske tilgang (Hultqvist og Petersson, 1995) som analysestrategi til at iagttage problemforståelser og forskelssætninger, der markerer grænserne mellem det tilladte/forbudte, det fornuftige/det ufornuftige og det rigtige/forkerte (Foucault, 1998b); med andre ord det, som positioneres som en sand videnskabeliggjort måde at tale om forebyggelse og sundhedsfremme på, og dermed udgrænser anden viden som ufornuftig og usand. Denne tilgang til at arbejde med problematiseringsbegrebet genfindes inden for forskning i folkesundhed (Dahlager, 2005; Nexø Andersen, 2005) og handicap studier (Verstraete, 2009; Yates, 2005).

I problematiseringsprocessen gives bestemte former for svar på situationer, erfaringer, eller vanskeligheder, der dukker op, og som inviterer til forskellige løsninger:

It is problematization that responds to these difficulties, but by doing something quite other than expressing them or manifesting them: in connection with them, it develops the conditions in which possible responses can be given; it defines the elements that will constitute what the different solutions attempt to respond to. This development of a given into a question, this transformation of a group of obstacles and difficulties into problems to which the diverse solutions will attempt to produce a response, this is what constitutes the point of problematization and the specific work of thought (Foucault, 1997, s. 118).

## Metodiske forhold

Den empiriske case, som er udgangspunktet for dette kapitel er dels tekst- og dokumentanalyser med henblik på at frem-analysere, hvordan den videnskabelige klassifikation prædiabetes er blevet artikulert gennem tiden. Desuden er gennemført nogle fokusgruppeinterviews som afslutning på et forskningsprojekt, der i 2010 undersøgte mulighederne for forebyggelse af diabetes i almen praksis i Danmark. Interventionen var indrammet som en screening og diagnosticering af den praktiserende læge efterfulgt af tre–fire konsultationer over en periode på knap et halvt år mellem praksissygeplejeren og patienten, hvor der blev givet råd til, hvordan patienten kunne vælge mellem at ændre kostvaner eller blive mere fysisk aktive. Jeg foretog fokusgruppeinterviews med de i alt 13 sundhedsprofessionelle (syv læger og seks sygeplejersker) et år efter interventionens afslutning. Disse interviews inddrages i analysen af de selvteknologier og det etiske arbejde, som forventes af den diagnosticerede prædiabetiker.

I analysen har fokus været på, hvordan de tre typer af teknologier kan fremskrives i forhold til forebyggelse af diabetes og casen viser, hvordan denne klassifikation er en moderne statslig styring af borgeres (prædiabetikers) livsstil, der via konkrete adskillelsespraktikker fordrer nogle helt specifikke selvteknologier for de klassificerede subjekter i deres dagligliv ved at love dem mere handlekraft og frihed, hvis blot de ændrer livsstil.

## Resultater

### Diagnosticering som klassifikationsredskab

Potentialet for og gennemførligheden af forebyggelse af en folkesygdom som diabetes afhænger af identificerbare og modificerbare risikofaktorer (Green og Tones, 2010), så indtræden af

«rigtig» diabetes med deraf følgende komplikationer og følger kan afværges. Etablering af kausale sammenhænge med epidemiologiske metoder ses derfor som nødvendige i det forebyggende arbejde. Retter vi blikket mod epidemiologien, angives type 2-diabetes at være forårsaget af overlappende risikofaktorer, hvoraf den mest fremtrædende er overvægt og fedme. Mindre opmærksomhed rettes mod de mindre naturaliserede risikofaktorer som genetik, fattigdom, sundhedspolitik og politiske barrierer (Chaufan, Constantino og Davis, 2011; McNaughton, 2013). For at kunne etablere et kausalt forhold mellem sundhedspædagogik og borgers sundhedsrelaterede adfærd kræver det derfor, at man konstituerer sundhedspædagogikken/undervisningen såvel som den enkeltes adfærd som objekter. Først vil vi dog se på, hvordan klassificeringen prædiabetes er opstået.

## Adskillelsespraktikker i diabetesklassificering

Hvor man i den vestlige medicinske tradition længe har erkendt diabetes som en sygdom (Rock, 2003), har kriterierne for, hvordan sygdommen bedst diagnosticeres, skabt megen debat blandt fagfæller de seneste 40 år. Der er enighed om, at diabetes defineres som en høj koncentration af sukker i det cirkulerende blod. Sukkerniveauer dækker dog et kontinuerligt spektrum på en skala. Det skal altså bestemmes, hvilket niveau, der betragtes som normalt og hvilket niveau, der betragtes diagnostisk for diabetes (Garber mfl., 2008). For flere årtier siden, udviklede National Diabetes Data Group (NDDG) i USA et forsøg på en konsensus om, hvad der skulle være diagnostiske kriterier for diabetes (1979). Intentionen var, at disse kriterier skulle have status af global standard. Selv på dette tidspunkt bemærkede imidlertid NDDG (National Diabetes Data Group, 1979: 1050)

følgende: «There is no consensus as to the dividing line between normal and diabetic glucose levels» og anerkendte hermed, at værdierne var arbitrært fastsatte.

I slutningen af 1990'erne anbefalede Expert Committee on Diagnosis and Classification (1997) at sænke et af de diagnostiske målepunkter; FPG, fra 7,8 mmol/l til 7,0 mmol/l. Argumentet var, at den hidtidige grænse ikke opfangede et tilstrækkeligt antal borgere i risiko for diabetes. I 2010 tilføjede American Diabetes Association (ADA) en ny diagnostisk test og medfølgende grænseværdier for diabetes og prædiabetes som et alternativ til den hidtidige procedure (Cohen, Haggerty og Herman, 2010). Ændringen skabte forvirring blandt forskere og klinikere (Borch-Johnsen og Colagiuri, 2009), og betyder, at der i skrivende stund gøres brug af forskellige diagnostiske tests verden over. En vigtig pointe er her, at en omdefinering af diagnostiske kriterier omdefinierer sygdommens sværhedsgrad og indebærer, at «a transatlantic trip may cure or cause diabetes simply as a result of small but important differences in diagnostic criteria» (Borch-Johnsen og Colagiuri, 2009, s. 2247). I relation til at koble diabetes til en epidemi betyder dette også, at når de diagnostiske kriterier omdefineres, omdefineres også problemets alvor og dermed ændres på, hvor stort behovet er for at forebygge sygdommen (Hindhede og Aagaard-Hansen, 2014).

For at opsummere, er klassifikation af et specifikt segment af borgere; nemlig prædiabetikerne en måde at håndtere en øget forekomst af en sygdom som diabetes på, og dermed problemet diabetesepidemi. Borgere klassificeres gennem et resultat af en blodprøve, hvorved prædiabetikere udgrænses og kategoriseres som værende de anormale og usunde. Næste step i rækken af teknologier til at håndtere problemet på er selvteknologierne;

altså individualiseringsprocesser, som sker ved at gribe diabetesforebyggelsen an som en livsstilsrelateret intervention rettet mod den enkelte.

## Sundhedspædagogikken og selvteknologierne i diabetesforebyggelsen

For den sundhedsprofessionelle, der er involveret i en diabetesforebyggende intervention, er opgaven at få den diagnosticerede prædiabetiker til at agere mindre usundt. Fokusgruppeinterviews med de sundhedsprofessionelle viste, at for de sundhedsprofessionelle oplevedes risikodiagnosen «prædiabetes» som et effektivt værktøj i forhold til, hvordan man i lægepraksis hidtil havde håndteret livsstilsrelateret rådgivning overfor patienter. Succes i forebyggelse af diabetes måles i vægttab, da et bestemt vægttab har vist at kunne halvere antallet af tilfælde med «unormalt» blodsukker. Den anden halvdel er imidlertid ikke i stand til at mindske deres risiko på trods af vægttab. Ikke desto mindre, som forklaret af en af de praktiserende læger, fik patienterne at vide: «Du har prædiabetes, men du kan gøre noget ved det» (GP3), hvilket implicerer, at de deltagende patienter gøres til ansvar for om blodsukkeret falder eller ej.

På spørgsmålet om erfaringen med at gennemføre livsstilssamtaler med de diagnosticerede prædiabetikere, var der blandt de sundhedsprofessionelle enighed om, at den «effektive» samtale med en nydiagnostiseret prædiabetiker involverer formidling af tre centrale budskaber: 1) at er tale om en alvorlig tilstand, 2) at borgeren selv kan forebygge tilstandens progression til rigtig diabetes, og 3) der derfor er behov for en livsstilsændring. Samtlige praktiserende læger understregede betydningen af at kalde en patients tilstand for prædiabetes, da dette angiveligt havde en stor

indflydelse på patientens motivation. Ingen af de involverede parter havde hidtil brugt udtrykket prædiabetes i kommunikationen med deres patienter forud for interventionsprojektet. Hidtil havde de brugt udtryk som «gråzone» og «risiko for diabetes». I deres daglige arbejde havde de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne hidtil fundet det meget svært at få den enkelte patient til at håndtere sin diabetesrisiko. At koble en prædiabetesdiagnose med et budskab om at ændre livsstil var tilsyneladende mere effektivt end blot et generelt råd: «Patienterne synes lettede over at få diagnosen. Nu er det tid til at gøre noget ved det. Diagnosen legitimerer dette» (GP6). En anden læge bemærkede, hvordan hun fandt udtrykket «prædiabetes» nyttigt i at få budskabet igennem: «Prædiabetesdiagnosen motiverer patienten til at gøre en indsats – det er ligesom et våben» (GP1). Disse udsagn illustrerer den antagelse, at den videnskabelige objektivitet i kraft af en blodprøve øger diagnosens gennemslagskraft, og at denne viden efterfølgende danner grundlag for patientens «sunde valg». Gennem institutionelle magtteknologier som screeningsprogrammer beherskes og dirigeres det prædiabetiske subjekt med henvisning til normen for det «rigtige» blodsukker, hvorved der legitimeres i videnskaben. Screeningsprogrammerne kan på denne måde anses som en del af forebyggelsesdispositivet, altså ikke-diskursive praktikker, som er med at understøtte diskursen.

Der syntes at være enighed om, at den genererede frygt, som diagnosen for de fleste af de screenede patienter førte med sig, bevirkede den ønskede adfærdsændring: «Diagnosen skaber frygt i første omgang. Men der er en løsning, så frygten bliver til noget positivt» (N4). I de sundhedsprofessionelles evaluering af interventionen, var det tydeligt, at livsstilsændringer blev side-stillet med undgåelse af sygdom nærmere end nedsættelse af risiko. I epidemiologi er definitionen på relativ risiko den risiko, som den enkelte har for at udvikle en given sygdom i forhold til

eksponering. Relativ risiko fortæller derfor kun lidt om den enkeltes reelle risiko (Green og Tones, 2010). Effektivitet på populationsniveau kan derfor ofte indebære usikkerhed på det individuelle plan. Ikke desto mindre viste udsagnene fra de praktiserende læger, at en epidemiologisk relativ risiko blev oversat til en individuel absolut risiko, som derefter blev præsenteret for patienten. Vender vi os igen mod lægevidenskaben, lærer vi, at sukkerniveauer i blodet er påvirket af andet end kostrelaterede faktorer, såsom køn, genetik og alder, som den enkelte ikke har indflydelse på at påvirke. I en forebyggende indsats som denne, hvor risikoen for diabetes kobles direkte til livsstil, er en af implikationerne, at den identificerede prædiabetiker kommer til at betragte sig selv som den største trussel mod egen sundhed. Komorbiditet, forstået som når en person har mere end én kronisk sygdom, forekommer hyppigt hos diabetikere. Dette aspekt af diabetesepidemiologien blev ikke nævnt af nogen af de sundhedsprofessionelle. Tvært imod nævnte en sygeplejerske (N), at de hidtidige dårlige resultater med at få folk til at ændre livsstil skyldtes manglende accept af ansvaret for ens egen sundhed: «Det har at gøre med benægtelse – de ønsker ikke at ændre deres forståelse af livskvalitet. De tror, at lægen løser problemet, men i dette tilfælde skal de gøre det selv» (N2). Hermed udtrykkes, at de, som efter en livsstilsændring ikke er i stand til at præstere et fald i blodsukkeret, anses som værende skyldige i ikke at tage ordentligt vare på sig selv.

For både sundhedsprofessionelle og de kategoriserede prædiabetikere påvirker en sådan type screening og efterfølgende diagnose bevidsthedsniveauet i forhold til den enkeltes risiko for fremtidige komplikationer. Men da tærskelværdierne og dermed definitionen af prædiabetes er baseret på et arbitrært valg af en værdi på en kontinuerlig skala, forbliver grænsen mellem risikoen for en præsygdom og for selve sygdommen

sløret. En af konsekvenserne er, at definitionen af prædiabetes ændrer sig i forskellige kliniske og diagnostiske praksisser (lægepraksis, laboratoriet, nationalt og internationalt). Det kan betragtes resultatet af kontroverser og stridigheder over «sandhed». Udgangspunktet er, at patienter diagnosticeret med prædiabetes ikke har symptomer, men kun risikoprofiler, hvilket betyder at sygdommen har karakter af en tavs, diskret risiko. Det betyder samtidig, at screeningen udvider lægens diagnostiske magt til et tidspunkt før sygdommen rent faktisk viser sig som kropslige symptomer (Jutel, 2011). Eksemplet illustrerer den heterogene proces, hvorigennem en kategorisering af borgere som prædiabetikere bliver formativ i forhold til vedkommendes selvværdsfølelse og dagligdag gennem etiske selvpraktikker, hvilket betyder, at prædiabetikeren gør sin adfærd og sit selv til genstand for moralsk problematisering. Forhøjet blodsukker er den biomedicinske markør for og linket til den sygdom, der ønskes forebygget. En sådan type intervention, hvor borgere screenes og diagnosticeres og derefter bliver del af en forebyggende intervention, udgør en voksende del af den vestlige sundhedspolitik. Sådanne forebyggende aktiviteter er baseret på en forestilling om, at det er muligt at reducere risikofaktorer og forbedre folkesundheden. De er derfor ofte designet til og fremstillet som praktikker, der er i stand til at genoprette kontrol over den snigende sygdom. Implicit i det sundhedspædagogiske arbejde og en af årsagerne til, at interventionerne ser ud til at lykkedes er, at de praktiserende læger overfortolker de relative risici og overdriver effekten af at ændre på sin livsstil. For at disse interventioner er effektfulde fordres, at de opererer ikke på populations-, men på individniveau – nærmere på det klassificerede prædiabetiske subjekt, der gennem pædagogisk intervention transformeres og reformeres til at være sund og normal igen.



## Opsummering og diskussion

Ambitionen med dette kapitel har været at give et eksempel på, fokusere på nogle af de praktiske implikationer af effektforskningens epistemologi og hvad der sker, når den kollektive sundhedsomsorg er henvist til at gå vejen over den individuelle selvomsorg i konkrete forebyggelsestiltag som at reducere prævalensen af diabetes.

I den vestlige verden generelt set, men måske særligt i den nordiske kontekst, har en strategi til at håndtere problemet med et stigende antal diabetikere været, at søge at forhindre progression fra et præsygdomsniveau til et reelt sygdomsniveau. Dette gøres ved gennem screening og blodprøvetagning at identificere de borgere, der er mere i risiko end andre for at udvikle type 2 diabetes. Denne objektivering af specifikke individer gør det muligt at sammenligne, klassificere og forudsige større mængder af individer. Tendensen til diagnosticering kan ses som en tidstypisk samfundsmæssig tendens (Jutel, 2011). Diagnosen kan betragtes som et kategoriseringsredskab med hvilken medicinen kan udtrykke sin bekymring og sætte sine dagsordener. Særligt interessant er, at diagnostiske kategorier er blevet mindre afgrænsede med nye kategoriseringer af potentielle sygdomme og risikofaktorer (Jutel og Nettleton, 2011), hvormed risikopatienter gennem adskillelsespraktikker udgrænses fra ikke-risikopatienter efter bestemte normer, der udstanser den syge fra den raske, det normale fra det patologiske; altså varianter over den klassiske moralske skelnen mellem det gode og det onde.

Prædiabetes er et eksempel på en sådan risikodiagnose. Dens opkomst skyldes en til stadighed mere detaljeret viden om mennesket. Diagnosen defineres ved et blodsukkerniveau, der er højere end et «normalt» niveau, men ikke højt nok til at

være type 2-diabetes. Den præ-symptomatiske person diagnosticeres ved hjælp af et testresultat fra en blodprøve, hvorved diagnosen tages ud af lægens hænder og ind i laboratoriet (Salter mfl., 2011). Ligesom tilstande såsom forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, er prædiabetes altså baseret på en tærskelværdi. Denne værdi er opstået af at fokusere på grænsen mellem, hvad der anses for normalt og patologisk (Canguilhem, 1991). Som vist, er denne kategorisering dog ikke en a priori ontologisk enhed, men snarere betinget og afhængig af en særlig type viden og værdier samt politiske og sociale prioriteringer. På denne måde er den Foucaultske problematiseringsvej til at se på borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse velegnet til at rejse spørgsmål om eksempelvis målgruppens ontologiske status. Inden for en kausal epistemologisk ramme er målgruppen forestillet som en entydigt defineret gruppe af borgere med en eksistens forud for den forebyggende indsats. Anvendelsen af denne «risiko»-diagnose har betydning for, om individer og hele befolkningsgrupper kan eller ikke kan betragtes grundlæggende sunde. Kategoriseringen kan betragtes som en teknik til at forudsige handling, der vil resultere i sine egne effekter: Mennesker diagnosticeret med prædiabetes bliver påvirket af den viden, de præsenteres for om deres egen menneskelige art med det formål at handle anderledes, end de ellers ville have gjort.

Præsentationen af en talværdi er dog ikke en neutral eller simpel overførsel af information; der er altid en fortolkning og værdibaseret estimering knyttet til risikokommunikation. Som foreslået af Skolbekken (1998), bør resultater af tests derfor fortolkes i sammenhæng med den usikkerhed, der er involveret. For eksempel er nogle mennesker metabolisk overvægtige, på trods af at have et BMI inden for normale grænser, og kan derfor udvikle diabetes (Florez, 2012). Desuden kan mange gå fri i en

screening for diabetes og alligevel udvikle diabetes sidenhen (Simmons, Unwin, og Griffin, 2010). Så mens risikoadfærd manifesteres på individniveau, genereres og forstærkes den i en social kontekst, og er stærkt relateret til sociale determinanter, hvor eksempelvis socioøkonomisk dårligere stillede segmenter af befolkningen i relativt ressourcestærke lande som de nordiske bliver uforholdsmæssigt hårdt ramt af «folkesygdomme» (Diderichsen mfl., 2012).

Når der i forebyggelsesøjemed derfor tales om dokumenteret viden, henvises der i lighed med den evidensbaserede medicin til statistiske sandsynligheder og risikokalkulationer på populationsniveau. Det viser, hvordan privilegeringen af en særlig vidensform kalder på en særlig form for intervention. Denne går ud på at objektivere nogle forhold på en målbar facon. Der indskydes med andre ord et tidsrum mellem disse, hvilket muliggør en kausal proces. Som det empiriske eksempel har vist, udskilles nogle af forholdene af patientens hverdagsliv og tilskrives særlig betydning. Således opstilles et kausalt forhold mellem mangel på viden om den «rigtige» livsstil og forekomsten af prædiabetes. Løsningen er derfor en sundhedspædagogisk intervention, hvor prædiabetikeren tilskyndes til at tage ansvar for sit eget helbred ved at spise mere korrekt og være mere fysisk aktiv.

## Referencer

- Borch-Johnsen, K. og Colagiuri, S. (2009). Diagnosing diabetes – time for a change? *Diabetologia*, 52(11), s. 2247–2250.
- Canguilhem, G. (1991). *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- Chaufan, C., Constantino, S. og Davis, M. (2011). «It's a full time job being poor»: Understanding barriers to diabetes prevention in immigrant communities in the USA. *Critical Public Health*, 22(2), s. 147–158.

- Cohen, R. M., Haggerty, S. og Herman, W. H. (2010). HbA1c for the diagnosis of diabetes and prediabetes: Is it time for a mid-course correction? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95, s. 5203–5206.
- Dahlager, L. (2005). *I samtalens rum – en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Phd-afhandling, Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., . . . Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378(9785), s. 31–40.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., The Working Group of the Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen, A., Marie Nybo, Bach, E., . . . Søgaard, J. (2012). Health inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), s. 12–105.
- Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a relational sociology. *American Journal of Sociology*, 103(2), s. 281–317. <https://doi.org/10.1086/231209>
- Florez, H. (2012). Beyond the obesity paradox in diabetes: Fitness, fatness, and mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 308(6), s. 619–620.
- Fogh Jensen, A. (2005). *Mellem ting, Foucaults filosofi*. Frederiksberg: Det Lille Forlag.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1997). Politics, polemics, and problematizations. I: P. Rabinow (red.), *The essential works of Michel Foucault, 1954–1984, vol. I, ethics: Subjectivity and truth*. London: Allen Lane.
- Foucault, M. (1998a). History of the present – on problematization. Berkeley.
- Foucault, M. (1998b). The will to knowledge. The history of sexuality: Volume one. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (2007). Security, territory and population - lectures at the collège de france 1977–1978. I: A. I. Davidson (red.), *Security, territory and population - lectures at the collège de france 1977–1978*. London: Palgrave Macmillan.

- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), s. 777–795.
- Foucault, M. (1985). *The history of sexuality. Vol. 2, the use of pleasure* (R. Hurley Trans.). London: Penguin.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The foucault effect, studies in governmentality* (s. 87–104). London: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1995). *Discipline & punish* (A. Sheridan Trans.). New York: Vintage.
- Garber, A., Handelsman, Y., Einhorn, D., Bergman, D., Bloomgarden, Z., Fonseca, V., . . . Nesto, R. (2008). Diagnosis and management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia – when do the risks of diabetes begin? A consensus statement from the American college of endocrinology and the American association of clinical endocrinologists. *Endocrine Practice*, 14(7), s. 933–946.
- Gillies, C., Abrams, K., Lambert, P., Cooper, N., Sutton, A., Hsu, R. og Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 334(7588), s. 299.
- Green, J., og Tones, K. (2010). *Health promotion*. London: SAGE Publications Ltd.
- Greenhalgh, T., Howick, J. og Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 2014; 348:g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Hindhede, A. L. og Aagaard-Hansen, J. (2014). Risk, the prediabetes diagnosis and preventive strategies: Critical insights from a qualitative study. *Critical Public Health*, s. 1–13.
- Hultqvist, K. og Petersson, K. (red.). (1995). *Foucault – namnet på en modern vetenskaplig och filosofisk problematik*. Stockholm: HLS Förlag.
- Jutel, A. (2011). *Putting a name to it*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Jutel, A. og Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73, s. 793–800.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K. og Saltman, R. (red.) (2009). *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy changes*. Berkshire: Open University Press.

- McNaughton, D. (2013). «Diabesity» down under: Overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus. *Critical Public Health; Critical Public Health*, 23(3), s. 274–288.
- National Diabetes Data Group (1979). Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*, 28(12), s. 1039–1057.
- Nexø Andersen, S. (2005). *Det rette valg. Dansk abortpolitik i 1930'erne og 1970'erne*. Phd-afhandling, Københavns Universitet.
- Perreault, L., Pan, Q., Mather, K. J., Watson, K. E., Hamman, R. F. og Kahn, S. E. (2012). Effect of regression from prediabetes to normal glucose regulation on long-term reduction in diabetes risk: Results from the diabetes prevention program outcomes study. *The Lancet*, 379(9833), s. 2243–2251.
- Rabinow, P. (1991). *The Foucault reader*. London: Penguin Books.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. og Thanning, M. S. (2008). *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rock, M. (2003). Sweet blood and social suffering: Rethinking cause-effect relationships in diabetes, distress, and duress. *Medical Anthropology*, 22(2), s. 131–174.
- Salter, C. I., Howe, A., McDaid, L., Blacklock, J., Lenaghan, E. og Shepstone, L. (2011). Risk, significance and biomedicalisation of a new population: Older women's experience of osteoporosis screening. *Social Science & Medicine; Sociology of Diagnosis*, 73(6), s. 808–815.
- Schmidt, L. (1999). *Diagnosis II: Socialanalytiske fatninger*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.
- Simmons, R. K., Unwin, N. og Griffin, S. J. (2010). International diabetes federation: An update of the evidence concerning the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(2), s. 143–149.
- Skolbekken, J. (1998). Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. *BMJ*, 316, s. 1956–1958.
- Tabák, A. G., Herder, C., Rathmann, W., Brunner, E. J. og Kivimäki, M. (2012). Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379, s. 2279–2290.
- The Diabetes Prevention Program Research Group (2005). Intensive lifestyle intervention or metformin on inflammation and coagulation in participants with impaired glucose tolerance. *Diabetes*, 54(5), s. 1566–1572.

- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20(7), s. 1183–1197.
- Timmermans, S. og Berg, M. (2003). *The gold standard; the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.
- Tjora, A. og Melby, L. (2013). *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vallgård, S. (2001). Governing people's lives. *European Journal of Public Health*, 11(4), s. 386–392.
- Verstraete, P. (2009). Savage solitude: The problematisation of disability at the turn of the eighteenth century. *Paedagogica Historica*, 45(3), s. 269–289.
- WHO (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>
- Yates, S. J. (2005). Truth, power, and ethics in care services for people with learning difficulties. I: S. Tremain (red.), *Foucault and the government of disability*, s. 65–77. Detroit: University of Michigan Press.





# 7

## Rehabilitering - praksiser og diskurser om normalisering

Søren Gytz Olesen <sup>a)</sup> (1. forfatter) og Marte Feiring <sup>b)</sup>

### Rehabilitation - practices and discourses of normalization

This chapter is a critical discourse analysis of legal and professional texts. Between 1960 and about 2015 we identified three social practices: those of revalidation, expanded revalidation and rehabilitation. We see three different forms of normalizing the public. From 1960 to the 1970s, revalidation practices are about discourses of training, and ‘back to normal’ work situations. The professions look at their patient or client as an object. In the period spanning 1980–2000, during years of expanded revalidation practices, we identify shifts in the discourses of normalization, where the public, patient or client is placed in the centre of the revalidation practice. These two different rationalities integrate

---

a) Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse/University College Nordjylland

b) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

after 2000 in rehabilitation practices. A new discourse emerges, concerned with prevention, intervention, and activation. This is linked to discourses of governing, bureaucratization, strategies, regulations and standardizations. The new policies have the aim of encouraging the client or user to be more active in the rehabilitation process.

## Innledning

I boken *Profession, stat og rehabilitering* utforsker Feiring (2016) tre sosiale praksiser omtalt som revalidering, utvidet revalidering og rehabilitering i dansk etterkrigstid, mens Gytz Olesen (2016) analyserer fram skiftende normaliseringsdiskurser i samme tidsperiode. De to studiene er basert på ulikt tekstlig materiale, Feiring har nærlest politiske og juridiske dokumenter, mens Gytz Olesen gjennomgått fire profesjonsfaglige tidsskrifter i en periode på over 50 år. Med hovedvekt på historiske diskurser omkring normalisering skrives disse to studiene her sammen i en norsk språkdrakt. Slik sett er dette kapitlet en bearbeiding og videre tolkning av den danske publiseringen (Gytz Olesen, 2016).<sup>21</sup>

Med sosiale praksiser mener vi «mer eller mindre stabile og varige former for sosial aktivitet som gjennom felles artikulering konstituerer sosiale felter, institusjoner og organisasjoner» (Bourdieu og Waquant, 1992; Fairclough, 2012, s. 454). Sosiale praksiser som revalidering og rehabilitering er altså koblet sammen i nettverk av aktører og institusjoner som eksisterer i en form for interessefellesskap, der det kjempe om ressurser, kunnskap, status og makt. Det analytiske

---

21 Vi takker Rehabiliteringsforum Danmark og Helsefonden for faglig, økonomisk og praktisk støtte til denne studien.

begrepet for slike nettverk er *sosiale felt*, og det *byråkratisk feltet* er her et analytisk begrep for statens myndighetsområde (Bourdieu og Waquant, 1992; Fairclough, 2000). Vi betrakter sosiale praksiser som tekstuert medierende og diskursive, slik at deres representasjoner kan spores både i politiske og faglige tekster.

Dette kapitlet anlegges et diskursivt perspektiv, i den betydning at sosiale praksiser eller aktiviteter skaper ulike representasjoner for hva som ansees som normalt i en bestemt sammenheng og tidsperiode. I tråd med dette inneholder enhver sosial praksis «semiotikk» i betydningen språk, tegn, genre, representasjoner og symbolske posisjoneringer (Fairclough, 2000). Diskurser om normalisering studeres altså ved å se på hvordan den normale kroppen, normer og verdier samt normaliserende tiltak er representert og presentert i både politiske og faglige tekster.

Inspirert av Foucault skriver Stiker (1999) at rehabilitering som idè og som begrep er et produkt av historiske, sosiale og kulturelle tiltak overfor personer med handicap. Rehabiliteringens fødsel, eller ideen om dets tilblivelse, tidfestes gjerne til første verdenskrig, selv om det er mange eksempler på tidligere praksiser. I de første tiårene av det 20. århundre var Europa åstedet for to store kriger, og samfunnet sto da brått overfor nye tallrike grupper av skadede og syke personer. I tillegg til de mange krigsskadede var det et økende antall som ble skadet i industrien, i trafikkulykker, og et betydelig antall ble rammet av alvorlige smittsomme sykdommer som poliomyelitt og tuberkulose. Samlet sett er slike hendelser i Stikers historiske studie eksempler på en vekst av pasientgrupper med behov for rehabiliterende tiltak for å reintegreres i arbeidsliv så vel som samfunnsliv for øvrig. Dette kapitlet er opptatt av ulike former for normalisering av

befolkningen, og det innebærer et rehabiliterende blikk og en forventning om at pasienten kan «komme seg». Rehabilitering er i Stikers perspektiv uttrykk for en regulering av forhold som kan sies å være begrensende for at borgeren kan leve et såkalt normalt liv, inkludert det å forsørge seg selv, delta aktivt i samfunnet, og slik sett ta ansvar for seg selv.

Bourdieu's begrep om «det byråkratiske felt» anvendes for å analysere rehabiliteringens oppbygging og normaliserende virke (Wacquant, 2012, 2014). Rehabiliteringens tilknytning til staten studeres som et sosialt rom preget av to interne kamper. De vertikale kampene mellom den dominerende markedsorienteringen (neoliberal politikk) og de dominerte som ønsker å bevare velferdsstatens beskyttelse av befolkningen (Wacquant, 2014, s. 97). Samtidig består feltet av horisontale kamper mellom to forskjellige mekanismer som ivaretar både styring og beskyttelse. Pierre Bourdieu (1998) omtaler dette som statens høyre og venstre hånd. Den høyre hånden er de økonomiske og administrative beslutningstakerne i departementer, etater, regioner og kommuner, som implementerer og utfører endringer i velferdsstaten. I tillegg kommer militære, politiet og rettsvesenet. Den venstre hånden representeres gjennom velferdsprofesjonene i undervisning, helse, sosiale og kulturelle tiltak, som samtidig finansieres av den høyre hånden, og derfor er avhengig av statens samlede politikk for utdanning, sosialisering og normalisering av sin befolkning (Bourdieu, 1998).

Prinsippet bak denne formen for statlige regulerende mekanismer knyttes også til begrepet styringsmentalitet (Foucault, 1991), det vil si en styringspraksis med utgangspunkt i de måtene man produserer «sannheter» på, og ved rehabilitering betyr det sannheter om hvordan befolkningen integreres og normaliseres som subjekter i samfunnet. Normalisering er også

en moralsk prosess idet prinsippene for styringsmentalitet betyr at subjekter føres, dirigeres og guides med utgangspunkt i gitte normer, og der de som styrer, betrakter menneskelig atferd som noe som kan reguleres og kontrolleres, samtidig med at de personene som styres, antas å kunne regulere og kontrollere seg selv og sin atferd (Dean, 2006, s. 43; Wacquant, 2014, s. 72). Slik sett blir styringen knyttet til selvledelse og dermed disiplinering og ansvarliggjøring av egen atferd. Et blick på styring som mentalitet og en form for politisk rasjonalitet handler derfor om hvordan man i et moderne samfunn kan regulere, kontrollere, definere og lede subjektet, enten det er en innsatt i et fengsel eller en pasient i et sykehus som skal rehabiliteres.

Styringsmentalitet er et relevant analytisk begrep, fordi det utfordrer tradisjonelle oppfattelser av relasjonen mellom borger og stat, enten som et politisk-byråkratisk forhold eller som et forhold mellom forskjellige former for profesjonell kunnskap, det vil si perspektiver der maktforholdet mellom vitenskapelige teknologier, stat og borger defineres enten ovenfra eller nedenfra (Harrits og Anderschou, 2014). Vårt utgangspunkt er at staten i høy grad både regulerer, styrer og definerer profesjonenes virksomhet så vel som borgenes livsførsel, men på en måte som borgerne og de profesjonelle medvirker til selv ved å utføre de tiltakene og reguleringene de er underlagt. Gjennom styringsteknologier og klassifikasjonsverktøy som alder, kjønn, etnisitet eller diagnoser former myndighetene mentale strukturer som utgjør felles prinsipper for intervensjon, klassifikasjoner og tenkemåter (Bourdieu, 1977, 1996).

Kapitlet baserer seg på tekstanalyser av danske politiske og juridiske dokumenter og av fire danske profesjoners fagtidskrifter fra 1960–2013. De politiske tekstene er primært lovdokumenter fra fire tidsperioder: 1960 (revalideringsloven), 1976 (bistandsloven), 1998 (aktivloven, retssikkerhedsloven og serviceloven) og

2005 (sundhedsloven) (Socialministeriet, 1960, 1976, 1998a, 1998b; Sundhedsministeriet, 2005). I tillegg til lovtekstene er det vist til sekundærlitteratur som omtaler revalidering, rehabilitering og gjenopptrening samt begreper som klassifiserer hvem tiltaket er ment for, det vil si vanføre, invalide, handikappede og så videre. Alle tekster der revalidering, rehabilitering og gjenopptrening forekommer, er lest og fortolket. De faglige tekstene er tidsskriftene fra: ergoterapeutenes og fysioterapeutenes fagblader, *Socialrådgiveren* og *Ugeskrift for læger*. Til sammen er 1623 artikler valgt ut og kodet.

Både de politiske og de faglige tekstene er studert med Faircloughs diskursanalytiske tilnærming. I analysen betrakter vi dokumenter som objektive gjenstander som eksisterer som ting i den sosiale verden. De er skapt i institusjonelle sammenhenger, produsert på et gitt tidspunkt og for en spesifikk målgruppe. Dokumenter har en sosial, ideologisk og symbolsk reproduserende hensikt, de er kollektive og sosiale produkter, og det er også sentralt å analysere selve produksjonsprosessen (Gytz Olesen, 2016). Dette er språk i bruk, og dokumenter forstås i vår analyse som diskursive praksiser (Fairclough, 2003, 2008). Vi har vektlagt empiriske begreper som kan knyttes til prosesser som teoretisk er beskrevet som normalisering (Foucault, Stiker), byråkratisering (Weber, Bourdieu) og biopolitikk (Foucault), i tillegg til ord som styringsregime, kunnskapsregime og profesjonsregime (jf. Feiring, 2009; Gytz Olesen, 2016).

Nedenfor presenterer vi noen utvalgte eksempler på slike sosiale praksiser og faglige logikker, slik de kommer til uttrykk i sysselsettingspolitikk, sosialpolitikk og helsepolitikk. Vi identifiserer diskurser om normalitet knyttet til det «yrkesaktive mennesket», «det hele mennesket» og «det aktiviserte og ansvarliggjorte mennesket».

## Revalidering som fysisk opptrening og arbeidstilrettelegging

Etter andre verdenskrig reformerte myndigheter og profesjoner sine tjenester for handikappede og yrkeshemmede (*erhvervs-hæmmede*) i de nordiske landene (Feiring, 2009). Et sentralt skille mellom revalideringstiltakene og den tidligere særomsorgen for døve, blinde og vanføre er at «kjernepasientene» nå har tilegnet seg funksjonstapet etter ulykker, krigføring eller smitte av alvorlig sykdom, altså tilstander som rammer hele befolkningen. Stiker (1999) skriver at samfunnet ikke lenger ser på innesperring og atskillelse som relevant, men er opptatt av integrering av de handikappede i samfunnet «som om normale». Med dette uttrykket mener Stiker at samfunnet har til intensjon at de skadede og syke skal tilbake til normal sosial fungering (Harlem, 1949; Feiring, 2009).

De nye danske revalideringsklinikkene var godkjente av Sosialministeriet i henhold til § 5 i lov nr. 170 av 29. april 1960 om revalidering (Socialministeriet, 1960). Klinikken hadde til formål å gi yrkeshemmede pasienter funksjonsopptrening og arbeidstilvenning, samt å observere og vurdere arbeidsevne og arbeidsmuligheter med henblikk på yrkesrettet revalidering. Argumentasjonen for arbeidstilpasningen i 1960-årene tar utgangspunkt i oppfattelsen av at utestenging fra arbeidsmarkedet er uheldig. For mye unødvendig omsorg er med på å forhindre at den som revalideres, kan påta seg plikter og ansvar, er parolen. Diskursen er dogmatisk, forstått på den måten at den uttrykker den medisinske profesjonens krav og forventning om bedre tilpasning til yrkeslivet; den som revalideres, må ikke lure seg unna, men påta seg et personlig ansvar:

Efter at man har fået bedre behandlingsmetoder, er det også blevet iøjnefaldende, at selve sygehusopholdet har eller kan have en

uheldig virkning på psyken, når det strækkes ud over en vis tid. Patienternes tilværelse på sygehuset er meget beskyttet, der bliver sørget for alle deres fornødenheder, og de bliver i høj grad avlastet for ansvar for egen færden og adfærd og avvænnnet fra erhvervsmæssigt arbejde. Denne beskyttede tilværelse vil, efterhånden som opholdet udstrækkes, have tendens til at gøre patienterne mindre skikkede til at klare sig på egen hånd i tilværelsen. Den uheldige virkning av denne isolation i en beskyttende tilværelse modvirker man ved i så høj grad som muligt at tilrettelægge milieuet og arbejdstherapie efter de samme mønstre som i tilværelsen uden for sygehuset, d. v. s. patienterne skal have pligter og ansvar, og arbejdet skal give en virkelig arbejdsstræning (Overlæge, Nordisk Medicin, nr. 42, 20. okt. 1960).

Den medisinske profesjonen problematiserer her et område som ikke er umiddelbart i klinisk medisinsk. Rehabilitering handler i denne perioden primært om å bli satt i stand til å komme tilbake til arbeidsmarkedet, ikke om å bli helbredet for en lidelse, idet rehabiliteringen knytter seg til en diskurs om gjenopptrening, det vil si nettopp ikke om helbredelse, men kompensasjon, adaptasjon og integrasjon (Stiker, 1999).

Forutsetningen for å kunne rehabilitere eller revalidere en befolkning er at man har tilstrekkelig kunnskap og innsikt i de områdene som skal klassifiseres, det vil si at styring og disiplinering avhenger av mulighetene for å overvåke fenomenet. Disiplineringen krever et særlig rom, et sted som er noe i seg selv (Foucault, 2002). Revalideringsklinikkerne med de spesialiserte personalgruppene og sykehusene var uttrykk for dette. Her kunne man ikke bare organisere kunnskap om fenomener, men også sikre at ethvert individ kom på rett plass, og at det var plass til ethvert individ. Prosessen innebærer både screening for



den kroppslige utfoldelsen, det psykiske og sosiale engasjementet, og samtidig sikres det man kaller en kontinuitet mellom hospitalets og revalideringssenterets logikker. Det hviler på «den medisinske logikk» som stiller seg til rådighet for det endelige målet – en tilværelse så normal som mulig:

Ved et nært samarbejde med Revalideringscentret i København er der skabt mulighed for at danne bro mellem hospital og center og derved kontinuitet i en revalideringsproces, når klinikken efter en vel gennemført og nylig avsluttet lægebehandling skal formidle den enkeltes tilbagevenden til erhverv eller til en så normal tilværelse som mulig. En hovedopgave for klinikken er at vurdere erhvervshæmningen hos det henviste klientel på en almen socialmedicinsk baggrund. Den snævre kontakt med hospitalets specialavdelinger og speciallæger samt en alsidig udbygget bistand fra speciallæger inden for andre relevante områder går dette muligt. Med de specielle observationsmuligheder inden for vidt forskellige arbejdsområder kan den erhvervshæmmedes praktiske muligheder observeres og hans evne til at indleve sig med sit handicap opøves. Derved formes det medicinske skøn så realistisk som muligt til brug for den videre revalideringsproces og i nært samarbejde med revalideringskonsulenter og specialkonsulenter på et bredt socialt erhvervsmæssigt grundlag (Lege, Ugeskrift for læger, 1966, 128/1, s. 26).

Beskæftigelsesterapeutene (senere ergoterapeutene) legger seg i begynnelsen av velferdsstatens etablering tett opp mot de normene og verdiene som rådet på arbeidsmarkedet. Det framheves samtidig av leger at terapeuten ikke må intervjuje pasienten om dens sykdom. Hun skal lytte, registrere pasientens spontane uttalelser, men ikke diskutere sykdom med vedkommende. Samtidig kan hun, på bakgrunn av samtaler om arbeid, veilede i slike spørsmål (Beskæftigelsesterapeuten, 1961, nr. 3, s. 26). I 1964

beskriver en overlege medisinsk revalidering på følgende måde i samme fagblad:

Revalidering er genopbygning af den invalideredes fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige funktioner med henblik på placering i samfundet med så stor personlig og økonomisk uafhængighed som mulig. Medicinsk revalidering er den 3. fase i behandlingen af vore patienter forud gået af den forebyggende og curative medicin og kirurgi, og er den sidst tilkomne af de 3 i den form, vi kender den i dag. Den omfatter den periode, hvor den akutte sygdom eller de umiddelbare følger efter ulykkestilfælde er overstået, men hvor patienten stadig ikke er i stand til at vende tilbage til normalt liv og normalt arbejde på grund af et eller andet handicap, forårsaget af sygdom eller ulykkestilfælde (Overlæge, Beskæftigelsesterapeuten, 1964, nr. 2, s. 2).

Dette innlegget er interessant fordi det er skrevet av en lege i ergoterapeutenes tidsskrift, og fordi det både understreker et flerfaglig perspektiv i form av fysisk, psykisk og sosial intervensjon og et mål om normalisert livsførsel.

Et annet eksempel på den medisinske logikks definisjonsrett sees i et innlegg i Danske Fysioterapeuter om det faglige skjønn.

Den tid er forbi, hvor fysioterapien hviler på ren empirisk basis. De sidste årtiers forskning har givet en dybere indsigt i menneskets fysiologi og patofysiologi, således at de fysioterapeutiske behandlingsformer, man i dag råder over, helt anderledes end tidligere kan institueres på fysiologisk velbegrundet basis. Det er muligt helt anderledes nøje end forhen at tilpasse behandlingsprogrammet efter patientens aktuelle symptomer og patofysiologi, men et sådant individuelt tilpasset og stadig ajourført fysioterapi-program stiller store krav til sine udøvere, blandt andet krav om dybere fysiologisk indsigt, og det medfører også diagnostiske

opgaver for de behandlende fysio- og beskæftigelsesterapeuter, hvilket senere skal diskuteres. Den tid burde for længst være forbi, hvor dette eller hint øvelsesskema blot køres igennem over for en bestemt sygdom. Terapiassistenterne af i dag skulle gerne stå rustet med en sådan fysiologisk indsigt og forståelse af sygdomssymptomer og terapiformer, at de er i stand til at sammensætte et adækvat behandlingsprogram, specielt et øvelsesprogram overfor selv ukendte sygdomstilfælde, og også er indstillet på stedse at modificere behandlingen efter patientens aktuelle symptomer, færdigheder og funktionsevne (Overlæge, lektor, Tidsskrift for Danske Fysioterapeuter, 1964, s. 452).

Språket er karakteriseret ved utstrakt bruk av superlativer som forsterker synspunktene og samtidig suggererer logikk og rasjonalitet. Budskapet bæres ikke fram av argumenter eller henvisninger, men primært av en sterk overbevisning – det er tilstrekkelig at avsenderen framstår som en medisinsk autoritet.

Dilemmaene er tydelige, fysioterapeutene stiller på den ene siden spørsmålstegn ved kompetansefordelingen, på den annen side sees fordelene ved å være knyttet til den medisinske rasjonalitet. I forhold til likestilte profesjoner stiller man seg gjerne kritisk og hevder sin rett, samtidig med at man anerkjenner den medisinske autoritet:

Vi må stå sammen om det fælles mål: at tegne foreningens ansigt. Lige så vigtig som kommunikationen indadtil er kommunikationen mellem læge – fysioterapeut, som desværre lader meget tilbage at ønske. I dette spørgsmål har vi været alt for tilbageholdende. Lægernes viden om fysioterapi er meget begrænset, ja, men har vi da i tilstrækkelig høj grad gjort os den ulempe at gøre dem opmærksomme på vore faglige kvalifikationer og den udvikling, der har fundet sted inden for vort fag? Nej, vi råber bare højt og i vrede

på større ansvar og høyere plassering, men vi får intet forærende; et bedre samarbejde, og hvad deraf måtte følge, kræver indsats fra vor side (Tidsskrift for fysioterapeuten, 1969, s. 248).

Fysioterapeutene var i likhet med ergoterapeutene opptatt av en mer selvstendig posisjon i det medisinske hierarkiske systemet. Det er den faglige kompetansen og kvalifikasjonene som er hovedargumentet her.

Framhevingen av en særskilt faglig metode finner vi hos sosialrådgiverne (norsk: sosialarbeider/sosionom). I januar 1965 skriver lederen i Dansk Socialrådgiverforening følgende:

Der er i de senere år sket en erkendelse af værdien af metodisk behandling af sociale problemer, hvilket også har givet sig udtryk i en betydelig ændring i skolens undervisning. Som ved bogstavelig talt alle europæiske skoler blev også eleverne tidligere alene undervist af specialister inden for de forskellige undervisningsområder. Skolen gav i mange år eleverne lidt juridisk, lidt psykologi og lidt lægelig menneskesyn, men ikke noget socialrådgiversyn på mennesker (Socialrådgiveren, januar 1965, s. 4).

Den sosialdemokratiske politikeren Bent Rold Andersen, som var hovedmannen bak de danske sosialreformundersøkelsene i 1970-årene, hadde en ambisjon om å heve utdannelsesnivået for sosialarbeiderne, forstått på den måten at han var kritisk overfor en for markant amerikansk-britisk psykologisk orientert utdannelsesprofil til fordel for arbeidet med de problemskapende sosiale betingelsene (Dalgaard, 2014). Rold Andersen sier det slik i 1971:

Da socialrådgiverne skal brede sig over en lang række forholdsvis forskellige arbejdsfunktioner, kan der være god grund til at give mulighed for større specialisering i socialrådgiveruddannelsen. Men selv med en sådan specialisering, er der mening i at stille

spørsmålet, hvor hovedvægten af indsatsen kommer til at ligge, og dermed hoved-kravene til faglige kvalifikationer. I denne forbindelse vil jeg gerne komme med nogle bemærkninger og definitionen af social behandlingsindsats og om min oplevelse af forholdet mellem en psykologisk indsats og en indsats over for de sociale og økonomiske omgivelser for det enkelte individ eller den enkelte familie. Der findes mange måder at definere en social behandling på. Jeg tilslutter mig følgende definition: En social behandlingsmæssig indsats er en indsats, der på grundlag af en analyse af klientens sociale problemer søger at løse disse på en sådan måde, at vedkommende bliver i stand til at fungere socialt, herunder eventuelt erhvervsmæssigt (Socialrådgiveren, maj 1971, s. 109).

Utover i 1960- og 1970-årene er det fysioterapeuten som sammen med legen legger mest vekt på behandling og opptrening, mens ergoterapeutene og sosialrådgiverne er mer opp-tatt av arbeidstrening og sosial fungering. Samtidig er både fysioterapeutene og ergoterapeutene underlagt den medisinske logikken og legenes autoritet med hensyn til diagnose og sykdomsbehandling.

I samme periode er diskusjonen om pasienter og klienter klart formulert som forventninger om normalisert atferd: en atferd som utspiller seg i forholdet mellom egne uregulerte behov som skal temmes, og samfunnets forventning om tilpasning. De tidlig skadede unge sees som drevet av drifter som skal tøyles ved hjelp av trygghet og stabilitet kombinert med behavioristiske redskaper som straff og belønning. Normaliseringen skapes gjennom internalisering av rådende moralske normer:

Der synes i alle tilfælde at være enighet om, at en vis trygghet og stabilitet i omgivelserne er befordrende for, at barnet nogenlunde skadesløs slipper igennem konfrontationen mellom egne uregulerte behov og omgivelsernes pres i retning av tilpasning. Gennem

belønning og oppmuntring over misbilligelse og straff motiveres barnet for at innlære de adferdsregler, som avstikkes av de voksne. Man må antage, at adferdsreglerne først og fremmest fremtræder i barnets opplevelse som, ofte umotiverede, udefrakommende press og krav, men at der gjennom en fremadskridende identifisering med de voksne, etterhånden finner en internalisering av de forhåndenværende normer og spilleregler sted, således at disse ender med at oppleves som egne værdivurderinger på godt og ondt, riktig og forkert, skønt og uskønt (Referat fra psykiatrimødet på Statshospitalet, Beskæftigelsesterapeuten, 1966, nr. 1, s. 4).

For sosialrådgiverne handler det om å finne fram til det de betegner som «de egentlige årsakene» til at for eksempel barn institusjonaliseres. De ser deres sosialiseringarbeid som et bidrag til psykologene, der det gjennom det metodiske arbeidet (sosialdiagnosen) gjøres klart hvor problemene ligger. Diagnosen er et redskap som sammenfatter en beskrivelse av de problemene klienten har, den situasjonen han er i, problemenes årsaker samt klientens «personlighet». Diagnosen er det redskapet som sosialrådgiveren gjennomlyser og beskriver pasienten med, og som dermed skaper forutsetningene for kategoriseringer. Samtidig skal klienten medvirke så mye som mulig, så hans oppfattelse av problemene inngår i sosialrådgiverens vurderingen av behov for innsats.

Sett fra systemets side ser man reguleringen av det sosiale området som en administrativ og byråkratisk myndighetsoppgave – eller det samtiden kalte «et apparat». Sosialrådgiveren er i dette perspektivet et redskap som er plassert i den «sosiale frontlinjen». Det militære vokabularet understreker et særlig blikk for at «baklandet», bestående av de strategiske beslutningstakerne, er fundamentet for seire og nederlag i frontlinjen. Det sosiale området omskapes med slike metaforer til en krigsskueplass, som samtidig illustrerer at beslutningstakerne og

deres teknokrater betrakter oppbygningen av velferdsstatens sosiale nettverk som en rasjonell strategisk og taktisk oppgave.

Socialrådgiverne indgår som et led i et samlet socialt hjelpeapparat, som er hovedhjørnesteinen i den praktiske socialpolitik. Det sosiale hjelpeapparat består av en lang rekke institusjoner, strækende fra ministerier, direktorater, kommuner, administrasjonskontorer til diverse behandlingsinstitusjoner, folkevalgte råd. Betragter man dette apparat som et socialt system, hvis formål er at løse en bred rekke av sosiale problemer for individer eller grupper, kan det være praktisk at opdele apparatet i to undersystemer, nemlig «den sosiale frontlinje» og «det socialpolitiske bagland». Den sosiale frontlinje består i alle de punkter i det sosiale hjelpeapparat, hvor borgeren møder apparatet. Det kan være den kasse, hvor han får udbetalt underholdshjælp, den institusjon, hvor han opholder sig igennem en længere tid, det terapirum, hvor han modtager en dyberegående behandling osv. Baglandet udgøres av alle de institusjoner, personer og funktioner, som ikke direkte kommer i kontakt med borgeren, men som skaber rammer for frontlinjens arbejde, forsyner frontlinjen med ressourcer og udstyrer den med et legalt regelsæt som grundlag for arbejdet. Den sosiale frontlinje er naturligvis fuldstændig avhængig av funktionen i det sosiale bagland. Det er i baglandet, de vigtigste politiske beslutninger træffes. Her avgøres prioriteringspørgsmål, ressourcefordeling, socialpolitik på længere sigt, opbygning av uddannelsesressourcer, behandlingsressourcer mv. (Forskningsleder, cand. polit, Socialrådgiveren, maj, 1971, s. 108).

Formuleringer som dette understreker samtidig de dilemmaene som karakteriserer sosialrådgivernes rolle og funksjon. Deres plassering i frontlinjen som representanter for velferdsstatens fotsoldater medfører ikke noen politisk eller ideologisk bevisstjørelse, tvert imot. Det er imidlertid ikke kun klientene

som normaliseres; også sosialrådgiverne selv er et produkt av den samme prosessen.

Utover i 1970-årene skjer det et mer markant skifte fra en medisinsk dominert treningsdiskurs til en mer sosialfaglig språkbruk. Dette representeres ved nye måter å håndtere klientene på og ny kunnskap av sosialt orienterte profesjoner samt flere psykososiale lidelser hos klientene. De sosialfaglige metodene blir etter hvert dominerende faglige praksis ved mange revalideringsinstitusjoner (Feiring, 2016). Dette ledet ifølge Mik-Meyer (2004) til en psykologisering av revalideringen og en omdreining mot faglige metoder som vektlegger personlig utvikling og privat livssituasjon.

## Revalidering utvides til sosial livsveiledning

Hvem som besitter de dominerende maktposisjonene innenfor et sosialt felt, krever analyse. Ved de fysisk orienterte revalideringsklinikene var de tidligere kjernepasientene nesten «utryddet» på grunn av ny medisinsk kunnskap som førte til kontroll over de store epidemiene. I tråd med denne utviklingen samt en politisk orientering mot kommunale ordninger ble det politisk bestemt å legge ned de statlige revalideringssentra med hjemmel i bistandsloven av 1976. Samtidig er det sosialkontorene som har koordineringsansvar for utvikling av revalideringsarbeidet.

Idealene om frigjøring av individet, slik det framtrer i fagbladene i 1980- og 1990-årene, knytter begreper som helhetssyn, frigjøring og normalitet til hverandre – de blir hverandres forutsetning. Fagfolkene utøver i dette perspektivet en intervensjon som er både moralsk så vel som profesjonelt begrunnet. Slik forbindes moral til kunnskap – en kunnskap som er nøkkelen til



sannheten, der det gode forenes med det sanne. Vi snakker her om makt som er basert på konstruerte sannheter om borgerne/klientene/pasientene – og som står i motsetning til en reduksjonistisk sykdomsforståelse; subjektet skal med fysioterapeutens aktive handlinger finne tilbake til sine tapte kvaliteter – finne sin egen normalitet:

Jeg må nemlig fastholde den oppfattelse, at vi er, hvad vi gør, og ikke hvad vi siger, vi gør. Helhedssynet skal praktiseres i den daglige fysioterapi mellem patient og fysioterapeut, – ikke som ord, men som handling. Og konsekvensen kunne så blive, at vi lærte at bruge og udøve vort enestående kropslige fag ud fra et formuleret helhedsorienteret kropssyn og en formuleret ikke-reduktionistisk sygdomsforståelse (Danske fysioterapeuter, 1987, nr. 4, s. 14).

De profesjonelle gjennomfører en moralsk disiplinering gjennom sine tilbud om hjelp og støtte (Järvinen, Larsen og Mortensen, 2002, s. 23), og profesjonens etiske grunnlag bidrar til normaliseringen så pasienten «kan bli seg selv» på en autentisk måte. Det handler om holdninger og dermed moral, og «møtet» med pasienten, som her framstilles som et nesten eksistensielt prosjekt, avkrever samtidig åpenhet og aksept: Forventningen om at pasienten aksepterer spillereglene, går hånd i hånd med moralske fordringer. Prinsipielt er hele pasientens livssituasjon så vel som «tro på seg selv» brakt i spill; blotelsen er total. «Skal vi hjelpe deg, skal vi vite alt om deg», er parolen:

Etik er at have holdninger til sit fag og sin behandling. For mig handler det om at møde patienten, hvor han er med en åben og accepterende holdning. Man skal tale et sprog patienten forstår, være «nærværende» i kontakten og kunne rumme patientens og hans problematik. Det handler om at kunne sætte symptomer i relation til patientens hele livssituation — i forhold til arbejde,

til ægtefælle og familie — og til patientens egen kontaktevne, måde at sette grænser på, selvtillid og tro på sig selv, [...] Sammen med patienten skal man finde mål for de forandringer, patienten må gjøre for at blive sig selv, autentisk og handlekravtig med bedre identitet og velbefindende til følge (Danske fysioterapeuter, 1998, nr. 19, s. 16).

Makten over livet er ikke kun uttrykt som strev og utestenging, men er i høy grad også en produktiv disiplinering av subjektene, så de vedlikeholder deres evner. Disiplineringen av kroppen, dressuren av legemet og forbedringen av dets evner knytter seg til en generell regulerende kontroll i form av en befolkningens biopolitikk (Foucault, 1978, s. 143). Biopolitikken uttrykker en rasjonalisering av administrasjonen av livet som sådan, i form av sunnhet, hygiene, fødselstall, dødelighet, etnisitet og så videre, samt de geografiske, økonomiske, sosiale, kulturelle forholdene, der mennesker forplanter seg, lever og dør, og dermed familielivet, boligforhold og livsstilen generelt (Dean, 2006).

Helseområdet og ikke minst befolkningens behov for helsehjelp er ikke direkte styrbart; behovet følger den teknologiske og biomedisinske utviklingen, og det samme gjør utgiftene. Derfor blir forebygging et vesentlig element i helsepolitikken, og med forebygging forstår vi initiativ som fremmer at befolkningen selv tar ansvar for egen helse. Reguleringen kan ikke iverksettes med tradisjonelle medisinske teknologier eller medikamenter. Tvert imot er de store folkehelseprogrammene fra 1970-årene et resultat av denne idéen, at enhver styring og ledelse av individenes helse må gå gjennom individenes eget valg av livsstil (Larsen, 2011, s. 153).

Den profesjonelle innsatsen skal ta utgangspunkt i pasientenes situasjon, og dermed sees et skifte fra en paternalistisk til en relasjonell ansats der man ser på den profesjonelle relasjonen

som en frigjørelses- og samarbejdsproces med pasientene. Slik skriver en ergoterapeut om dette:

De fremtidige behandlere vil acceptere det faktum, at vi mennesker og menneskebørn fra naturens rundhånd er udstyret med individuelle fintmærkende følelser og sanser inklusive den sjette, hvormed vi i stor udstrækning kan registrere egen og andres velvære, følelser og behov. Denne gamle viten genopdager mange i disse år og tager trin for trin ansvaret for eget liv og helbred. Man indser i stigende grad, at krop, følelser, tanker og sociale relationer hænger nærmest parallelt sammen og skal behandles og bearbejdes sammen. Mange søger nye veje som tager højde herfor. Vi må gribe i egen barm og tænke nyt på vej mod sundhed år 2000. Vi skal lave og koordinere behandlingssystemer, som arbejder mere udadrettet og tilpasser sig klienterne i stedet for omvendt. En stor del av behandlings- og hjælpearbejdet kan og bør varetages av fleksible, tværfaglige, decentrale, forebyggelses- og hjælpe teams, som sætter det ligestillede samarbejde med klienten i højsædet og løfter helheden omkring den enkelte på en anden måde. Vi skal lægge større vægt på at styrke mennesket bredt, i stedet for kun at behandle symptomerne. Læger må fritages for en del av deres suverænitet og avlastes i en ny form for ligestillet arbejdsfællesskab med andre faggrupper. Vi må alle tage større ansvar for sund levevis og for at få skavanker, problemer og kriser vendt og bearbejdet i helhed inden sygdom opstår. Min første opgave — som repræsentant for behandlingssystemet — skal være at LYTTE. LYTTE til klientens/familiens ord, signaler, symptomer og ikke mindst de problemer, følelser og tanker som ligger bag. Klienten ved ofte bedre end jeg, hvor skoen trykker og, hvor nøglen til problemet ligger (Ergoterapeuten, 1988, nr. 3, s. 109).

I 1980- og 1990-årene sees flere artikler i fagtidsskriftene *Ergoterapeuten*, *Danske fysioterapeuter* og *Socialrådgiveren* om faglighed, samtidig som ord om helhetssyn og livskvalitet er

sentrale, om enn færre i antall. I slutten av 1980-årene sees de første artiklene som argumenterer at effekten av det faglige arbeidet kan måles og dermed dokumenteres. Dette intensiveres gjennom 1990-årene, da fysioterapeuters arbeid i stigende grad blir preget av krav om dokumentasjon av effekt. Økonomiske innstramminger med følgende effektivisering av arbeidet gjør det nødvendig at man arbeider med effektmåling, kvalitetsutvikling og forskning, er argumentet fra fysioterapeutene. Tonen skifter, og fysioterapi sees nå som en investering som skal gi en avkastning.

Som en sundhedsfaggruppe bidrager vi via vores faglige udvikling og forskning til, at vores indsats i større og større omfang også skal omhandle forebyggelse. Udvikling af faget er en del af fysioterapeutens hverdag: Fysioterapeuter, der for eksempel arbejder med at forbedre arbejdsmiljøet/udarbejder rapporter, vurderer effekten af deres indsats, deltager i konferencer og udvikler nye og bedre metoder. Fysioterapeuter, der arbejder med behandling beskriver levende deres behandling, og her er den fysioterapeutiske arbejdsjournal et vigtigt redskab. Lige så vigtigt er det, at fysioterapeuterne også nedfælder deres resultater i selve journalen. Levende faglig udvikling skal suppleres med forskning. Det er nødvendigt på videnskabelig vis at kunne dokumentere, at fysioterapi er en god investering (Jubileumsforedrag, april, Danske Fysioterapeuter, 1993, nr. 10, s. 7).

Innlegget representerer en naturalisering, en *illusio* (Bourdieu, 2000, 1999, s. 16.), det vil si at aktørenes engasjement i det profesjonelle spillet er nødvendiggjort av det medisinske feltets konkurranse og dynamikk, som bidrar til at feltet oppleves som meningsfullt. Fysioterapeutenes engasjement viser seg ved deres aksept av utviklingskravene slik de ble implementert i 1980- og 1990-årene. Fysioterapeutene utviklet strategier som legitimerte

den tette tilknytningen til den medisinske logikken, og som samtidig oppfylte fagets egne ambisjoner om å «følge med utviklingen», strategier som er knyttet til en karakteristikk av fysioterapeutene som borgerskapets døtre, som er kommet fram i verden ved å være nøysomme, flittige og oppfinnsomme, samtidig med at de har oppnådd en relativ sterk fagidentitet (Danske Fysioterapeuter, 1993, nr. 10, s. 17).

I eksemplet nedenfor kan man lese at forandringene også skal skje gjennom kulturendringer. Helsetiltak og forebygging skal naturaliseres i hverdagens praksis og blir på den måten en livsforsikring, en forsikring mot det usunne som her likestilles med døden:

Fysioterapeut [...] forsøker at ændre kulturen på institutionerne, hvor de voksne lærer at forstå, hvad bevægelse gør ved mennesker, og hvorfor det er så vigtigt at få mere bevægelse ind i hverdagen. Bevægelse skal fremover være en naturlig del av hverdagen i institutionen og behøver som sådan ikke at blive skemalagt. Den bedste livsforsikring er bevægelse (Fysioterapeuten, 2003, nr. 8, s. 12).

Beskrivelsen av et sosialt fenomen fordrer at man gjennomlyser, måler, vurderer og sammenligner enkeltelementer med hverandre. Forutsetningene for inngripen og intervensjon er dokumentasjon og kategorisering. Når man har klassifisert elementene, kan man også hierarkisere dem og gjøre dem til gjenstand for intervensjon. Intelligens er et fenomen som er knyttet til en vitenskapelig rasjonalitet. Forutsetningen for å kunne skape et skolesystem er kategorisering av befolkningens kunnskap, forstått på den måten at kunnskap er det som avgrenses og gjøres målbart, på en måte der det også kan hierarkiseres. Kunnskap er slik sett forutsetningen for å kunne oppdele og disiplinere elever og studenter; kunnskap er forutsetningen for utøvelse av makt i dette perspektivet.

I eksemplet nedenfor, som handler om overvekt, rangordnes deltakernes motivasjon på en skala fra 1–10. Etter denne rangordningen vurderes kroppene samlet sett som vekt, omfang og konstitusjon, som grunnlag for intervensjonen – alt sammen drevet av deltakernes motivasjon og de profesjonelles veiledning.

Deltagelse i projektet bevilges etter en visitationssamtale, hvor deltagerens motivasjon måles med en række spørsmål, der placerer den på en skala fra 1 til 10. Når deltagerne er visiteret, testes de i forhold til bl.a. vægt, fedtprocent og helbred generelt. Selve den fysiske træning foregår på hold. Forløbets samlede varighed er på 28 uger. I den første del av perioden er deltagerne på centret fire dage om ugen, hvor der trænes hver dag. Herudover får de kostvejledning, og der foregår vejledning i forhold til erhverv og uddannelse og gennemgås psykologiske temaer som for eksempel stress og selvværd (Journalist, Fysioterapeuten, 2006, nr. 21, s. 32).

Et annet tema i 1990-årene kan knyttes til etableringen av distriktpsikiatrien i amtene og tiltak av personer med psykiske lidelser. Dette ledet til en heftig diskusjon om legenes rolle i den nye konstruksjonen. Distriktpsikiatrien var en nydannelse og brøt delvis med legenes monopol på regulering av hele psykiatrien. Med opprettelsen av desentrale døgn- og daginstitusjoner med tilbud om terapi ble det skapt et nytt psykiatrisk tilbud som ikke i samme grad var institusjonalisert og under medisinsk kontroll. Medisinaldirektør Juul-Jensen siteres slik:

«Det er væsentlig at fastslå, at psykiatri fortsatt er et lægevitenskabeligt speciale, og at psykiatrisk behandling kun kan foretages av psykiatere med den rette uddannelse. Dertil må tilføjes, at det er nødvendigt, at man i de distriktpsikiatriske teams opnår den fornødne balance, så den ene faggruppe ikke dominerer den anden.» Dette citat satte gang i debatten, men der blev fra flere sider advaret mod at bruge for meget energi på grænsestridigheder

faggrupperne imellem, men i stedet arbejdede med de muligheder for udvikling til gagn for patienterne, der ligger i en om-struktureringstid (Socialrådgiveren, 1990, nr. 6, s. 12).

Det var ikke bare en kamp om legenes fortsatte monopol som var på spill; også betegnelsene for de menneskene som behøvde psykiatrisk behandling og tilbud, var gjenstand for en intern maktkamp. Legene holdt fast på kategorien «pasienter», mens de samme menneskene i distriktskykiatrien ble betegnet som «brukere», og ble dermed mindre stigmatisert. I dag anvendes betegnelsen «borger» om de menneskene som mottar psykisk helsehjelp i kommunene, og med betegnelsen «borger» har man på papiret fullført normaliseringen og likestillingen, da alle jo er borgere i samme samfunn. Distriktskykiatrien var tenkt som et annerledes tilbud der terapi og rådgivning tok utgangspunkt i «hverdagens gjøremål». De institusjonelle rammene i døgn- og daginstitusjoner ble karakterisert som å være innrettet på en ikke institusjonell måte, der personalet ikke hadde hvite frakker, men hverdagsklær, og dermed var likestilt med de menneskene de skulle hjelpe.

## Rehabilitering med borgeren som aktiv samarbeidspartner

I dagens rehabiliteringspraksiser er den dominerende språkbruken like rettigheter og aktivering av borgerne, samtidig som den sentrale strategien handler om å integrere alle borgere i samfunnet. Dette peker både på en aktiveringsdiskurs og en ny type individualisert ansvar. Samtidig styres rehabiliteringstiltakene av kommunale myndigheter gjennom økonomiske intensiver og en byråkratisk veileder utviklet av fire ulike departementer i fellesskap (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet, 2011).

Sysselsettingspolitikken er, fra 2000 og framover, et sentralt nasjonaløkonomisk verktøy for å få alle ut i jobb. I begynnelsen handler det om oppbygning og utvikling av nye tilbud til ledige og sykemeldte, brobygging mellom yrkesskoler og arbeidsmarked og visjoner om utdanning for alle. Noe senere blir denne tjenesten lagt om og basert på sentralt besluttede politiske prinsipper samt målsetninger om sikker drift og effektiv innsats. Hele perioden er preget av idealer om aktivt medborgerskap, og borgerne gjøres ansvarlig for å skaffe seg arbeid og komme seg ut av en situasjon med sykefravær, og det vedtas reformer om dagpenger, førtidspensjon, fleksijobb og sykepenger, med den hensikten å holde borgerne på arbeidsmarkedet samt sikre tilførsel av ny arbeidskraft med vekt på ungdom. Alle tiltakene bygger på kunnskapsbaserte retningslinjer.

Rehabilitering står helt sentralt ved slike tiltak der arbeidsmarkedspolitik, sosialpolitikk, sunnhetspolitikk og utdanningspolitikk integreres i hverandre: Veien til arbeid er utdanning og en sunn livsførsel, samtidig som et sunt liv forbindes med å ta utdanning og komme i arbeid. Retorikken om borgerne har skiftet, og det snakkes nå om et skifte fra kommunen som yter tjenester overfor borgerne som kunder, til et perspektiv der borgerne oppfattes som aktive medspillere sammen med fagfolkene i kommunen, og der samhandlingen mellom borger og ansatt kjennetegnes ved likeverdig samarbeid og dialog (Lykke, 2014). Dette er klar og tydelig retorikk: Forholdet mellom borger og myndighet omdefineres gjennom språklige formuleringer om borgerne som «medspillere», det vil si at borgeren blir et sentralt omdreiningspunkt i sin egen rehabilitering. I en dansk kommune omtaler arbeidsmarkedsavdelingen dette slik:

- Vi tror på, at borgeren gerne vil opnå selvforsørgelse, og vil tage ansvar for egen indsats.



- Mindsteindgrebsprincippet: borgeren har viljen, evnen og mulighetene – vi hjelper hvor det er et reelt behov.
- Utgangspunkt i borgeren – understøtte borgerens vei til selvforsørgelse slik (Viborg kommune, 2015)

Arbeidsmyndighetene beskriver sin egen praksis som en måte der den rehabiliterte borgeren ikke møter et ekspertsystem, men en samarbeidspartner: Utgangspunktet er en antakelse om at borgeren ønsker å bli rehabilitert, samtidig med at den ene parten, nemlig myndighetene, suverent definerer og treffer avgjørelsen om de økonomiske og sosiale ytelsene til borgeren. Retorikken er spent ut mellom to motpoler. På den ene siden beskrives individet som borger og samarbeidspartner, og på den annen side er individet et samfunnsobjekt som skal gjenopptrenes til en «normal» arbeidssituasjon.

## Avslutning

De tre sosiale praksisene som vi har identifisert her, er omtalt som revalidering, utvidet revalidering og rehabilitering. Vi ser tre ulike eksempler på normalisering av befolkningen. Fra 1960- til 1970-årene handler revalideringspraksisen om opptrening og tilpasning til arbeidsmarkedet. Legene, terapeutene og sosialrådgiverne ser på borgeren som pasient eller klient og dermed et objekt. I neste periode, 1980–2000, er omtalt som utvidet revalidering, ser vi et skifte i retning av at borgeren, pasienten, klienten blir et sentralt omdreiningspunkt for normaliseringen, og hver profesjon utvikler sitt syn på denne tilpasningen. For legen er det normale å være «frisk» eller «ikke syk», mens fysioterapeuten og ergoterapeuten endrer fra å betrakte borgeren som pasient til å «forstå» borgeren i «et helhetsperspektiv», det vil si finne fram til «mennesket» i pasienten, klienten eller brukeren. Sosialrådgiveren er mer opptatt av utviklingen av profesjonelle

metoder, evaluering og faglighet, det vil si at klienten skal normaliseres og dermed frigjøres gjennom kunnskapsbasert intervensjon. De forskjellige rasjonalitetene fra periodene 1960–1980 og 1980–2000 integreres etter 2000 i det vi her omtaler som rehabiliteringspraksiser. Her ser vi diskurser om aktivisering og ansvarliggjøring som forener seg i en styringsdiskurs om strategier, regulering og standardisering. Dette skjer på måter som skaper forutsetninger om at borgeren kan rehabilitere seg selv gjennom aktiv endring av egen livsstil. Vi identifiserer samtidig aktivitet med utgangspunkt i «borgerens eget perspektiv».

## Referanser

- Bourdieu, P. (1979). Symbolic Power. *Critique of Anthropology*, 4(13–14), s. 77–85.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1998). *Acts of Resistance. Against the New Myths of Our Time*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. og Waquant, L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Dalgaard, N. (2014). Socialrådgiverprofessionen - den svære kamp for status. I G. S. Harrits, M. B. Johansen, J. E. Kristensen, L. T. Larsen, og S. G. Olesen (red.), *Professioner under pres: status, viden og styring*. Aarhus: ViaSysteme.
- Dean, M. (2006). *Governmentality: magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.
- Fairclough, N. (2000). Discourse, social theory, and social research: The discourse of welfare reform. *Journal of Sociolinguistics*, 4/2, s. 163–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9481.00110>
- Fairclough, N. (2012). Critical discourse analysis. *International Advances in Engineering and Technology (IAET)* 7 (july), s. 452–487.
- Feiring, M. (2016). Rehabiliteringsfeltet i Danmark – en begrebshistorie. I: S. Gytz Olesen (red.), *Profession, stat og rehabilitering*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret.

- Feiring, M. (2009). *Sources of Social Reforms, 1870–1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. PhD-avhandling, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I: G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The Foucault Effect*. London: Harvester.
- Gytz Olesen, S. (2016). *Profession, stat og rehabilitering*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, Marselisborg Centret.
- Harlem, G. (1949). *Innstilling fra Komiteen for delvis arbeidsføre*. Oslo.
- Harrits, G. S. og Anderschou, S. B. (2014). Mellem viden og styring. En analyse af teknologiske forandringer i relationen mellem stat og profession. I: G. S. Harrits, M. B. Johansen, J. E. Kristensen, L. T. Larsen, og S. Gytz Olesen (red.), *Professioner under pres: status, viden og styring*. Aarhus: ViaSysteme.
- Järvinen, M., Larsen, J. E. og Mortensen, N. (2002). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Larsen, L. T. (2011). *Guvernamentalitet og profession: Sundheds- og Socialreformer i et guvernamentalitetsperspektiv*. Aarhus: Via Systeme.
- Lykke, M. (2014). Kommunens nye klæder. Hentet fra <http://denoffentlige.dk/>
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels forlag.
- Stiker, H.-J. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Wacquant, L. (2012). Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism. *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20(1), s. 66–79. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2011.00189.x>
- Wacquant, L. (2014). Tre trin til en historisk antropologi om den reelt eksisterende neoliberalisme. *Praktiske Grunde Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, (1–2), s. 91–102. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2014-wacquant-trin.pdf>

## Øvrige referanser

- Beskæftigelsesterapeuten (1961). 22(3), s. 26
- Beskæftigelsesterapeuten (1964). 25(2), s. 2
- Beskæftigelsesterapeuten, (1966). 27(1), s. 4
- Danske fysioterapeuter (1987). 69(4), s. 14

- Danske fysioterapeuter (1993). 75(10), s. 17
- Danske fysioterapeuter (1993). 75(10), s. 7
- Danske fysioterapeuter (1998). 80(19), s. 16
- Ergoterapeuten (1988). 3, s. 109
- Fysioterapeuten (2003). 85(8), s. 12
- Fysioterapeuten (2006). 88(21), s. 32
- Tidsskrift for fysioterapeuter (1969). s. 248
- Tidsskrift for danske fysioterapeuter (1964). s. 452
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*. [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx). Lest november 2016
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2005). *Sundhedsloven, Lov nr 546 af 24 juni 2005*. <http://www.rhpharm.org/Sundhedsloven%202005.pdf>  
Lest november 2016
- Nordisk Medicin (1960). 42 (20. oktober)
- Socialministeriet (1960). *Lov om revalidering (revalideringsloven)*. LOV nr 170 af 1959.
- Socialministeriet (1976). *Lov om sosial bistand (bistandsloven)*. LOV nr 333 af 1974.
- Socialministeriet (1998a). *Lov om aktiv sosialpolitik (aktivloven)*. LOV nr 454 af 10/06/1997.
- Socialministeriet (1998b). *Lov om social service*. LOV nr 454 af 19/06 1997.
- Socialrådgiveren (1990). 52(6), s. 12
- Socialrådgiveren (1971). 33, s. 108
- Socialrådgiveren (1965). 27, s. 4
- Viborg kommune (2015). *De beskæftigelsespolitiske principper for indsatsen i Jobcenter Viborg* (31. marts 2015).
- Ugeskrift for læger (1966). 128(1), s. 26

# 8

## Transformasjon av en profesjon – sykehuset mellom penger og pasienter

*Jorunn Andrea Brænd* <sup>a)</sup> (1. forfatter) og *Kristian Larsen* <sup>b)</sup>

### **Transforming a profession – hospitals between economy and patients**

New Public Management is not only a way of organising health treatment and care, but it also affects professionals' thinking. We have critically reviewed the nursing profession on the basis of interviews with 30 hospital professionals. Nearly all the informants claimed that NPM had caused a significant change in their understanding and practice of professionalism, placing a greater focus on individual patient needs. However, the nurses had less time available for each one of them. Work practice and attention is prescribed by

- 
- a) Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
  - b) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

standards and hospitalization programs, and some professional matters which felt important to patients fall outside these. The risk of formal complaints from demanding patients and relatives meant that nurses gave these patients more attention. The majority of the interviewed nurses found the standard of professional ethics to be as strong or stronger than before, and they claimed that the emphasis on economy had strengthened their professional performance. This is in contrast to several previously published papers. Many nurses appeared relieved to have more distance to the patient's emotions, and said they were comfortable working while keeping a professional distance. From a sociological perspective, NPM may cause the professionals to individualize criticism and direct it towards themselves.

## Innledning

En profesjon springer ut av en lære eller studie der eksklusiv fagkunnskap og yrkesetikk styrer arbeidet. Fra et slikt synspunkt fester erfaring den enkelte i disiplinens verdigrunnlag. Molander og Terum (2008) karakteriserer at profesjonelle med høy autonomi tar ansvar for kvalitet og utviser skjønn i lojalitet til faget, dets etiske retningslinjer og kolleger. Lojaliteten til egen profesjon er ofte sterkere enn til organisasjonen de arbeider i (Broadbent og Laughlin, 2002). Profesjonskunnskap og etikk endres og utvikles som svar på, eller etter krav fra, samfunnets skiftende verdier og normer. De to største profesjonene i sykehus, leger og sykepleiere, har tradisjonelt virket i en tredelt rolle som representant for pasientens interesser, advokat for egne faghensyn og utøvere av offentlig helsepolitikk (Grund, 2000). En rekke studier redegjør for hvordan profesjoner utvikler seg, og hva som karakteriserer disse (Molander og Terum, 2008). I en norsk og internasjonal kontekst ser vi et

skifte i organisasjoner der profesjoner er virksomme. Det skjer endringer i offentlig styring av helse, men også i andre sektorer, som i sosial- og undervisningssektoren.

Organiseringen av helsesektoren i de nordiske landene har i de siste tiårene gjennomgått store endringer, i tråd med New Public Management. I Norge introduserte helseforetaksloven<sup>22</sup> (2001) ikke bare sterkere statlig kontroll, men også vekt på markedsorientering, med nye økonomiske begreper, klassifikasjoner og logikker. Behandlingskapasiteten er høynet, og over de siste 20 årene er liggetiden nær halvert og antall sykehussenger mer enn halvert ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). I helsevesenet blir hver minste undersøkelse, inngrep, behandling eller annen profesjonell intervensjon beskrevet, kategorisert og taksert slik at prisen på arbeidet kan regnes ut, sammenlignes og gi anledning til konkurranse. I helsesektoren er en rekke klassifikasjonssystemer virksomme. Økonomiske takster på det faglige arbeidet kan sammenlignes mellom tilbydere, for eksempel mellom offentlige og private sykehus, mellom sykehus eller mellom sykehusavdelinger. Produktivitet og effektivitet blir stadig mer styrende for arbeid utført av helsepersonell (Larsen og Esmark, 2013). Man kan hevde at faglighet på et strukturelt nivå i stadig større grad forskyves fra å ha bakgrunn i profesjonell opparbeidet viten til å bli styrt av generelle standarder.

Disse transformasjonene av velferdsstaten med dens organisasjonsmåter og institusjoner har dermed stor betydning for profesjonene og profesjonelt arbeid. I denne artikkelen analyseres hvordan sykepleie, som er en av de største velferdsprofesjonene, er under transformasjon og utfordres gjennom endringen av velferdsstaten. Det er snakk om en

---

22 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

relativt gammel, kvinnedominert velferdsprofesjon med overveiende offentlig ansatte. Gjennom en lang historie fra antikkens etikk, middelalderens kristne hospitaler og Nightingale (1860) sitt kliniske arbeid vokste det i forrige århundre frem et profesjonelt sykepleiefag med egen utdanning (Fause og Micaelsen, 2002). Ut fra profesjonens egen beskrivelse består kunnskapsgrunnlaget i hovedtrekk av klinisk observasjon av den syke, teori om hvordan man forebygger sykdom og hjelper pasienter, samt praktiske metoder. Faggruppen har dessuten utviklet profesjonsinterne yrkesetiske retningslinjer (ICN 2006; Norsk Sykepleierforbund, 2007). Norsk Sykepleierforbund har lenge arbeidet med å løfte sykepleierprofesjonen frem til noe mer enn en medisinsk assistentfunksjon (Melby, 1990; Slagstad, 2006; Høst, 2007). Det er dessuten arbeidet strategisk gjennom mange år for å erobre en sterkere posisjon på helseområdet, for eksempel via bestrebelse for å akademisere sykepleiefaget (Krøger, 2016). En del leger kan likevel anse sykepleiere som utøvere av lavt prioritert legearbeid, en holdning som kan være en kime til konflikt (Jørgensen, 2007).

## Studiens kritiske blikk

I artikkelen spør vi om hva som er sykepleierprofesjonens innhold, og om hvordan det har endret seg i nyere tid. Sykepleierprofesjonen er under løpende påvirkning av samfunnets krav til effektivitet og pågående endringer i helsevesenet.

En rekke norske publikasjoner har beskrevet at sykepleierprofesjonens etiske mandat står i konflikt med NPMs kostnadseffektive drift. Publikasjonene fremstår vesentlig som profesjonsinterne vurderinger og er overveiende negative til utviklingen. De er ofte mer spesifikke på uheldige konsekvenser



enn på hva endringene konkret består i. Wyller mfl. (2013) skriver at offentlige sykehus med mange kontroll- og rapporteringssystemer ikke fremelsker tillit og ansvar hos helseprofesjonene. Under trykk fra et rasjonelt og effektivt tenkesett løsner sykepleieprofesjonens sterke bånd til humanistiske og medisinske fagområder, skriver Martinsen og Wærness (1991). Nortvedt (2013) hevder at det ropes fra alle kanter at nedskjæringer og nedprioriteringer av individuelle omsorgshensyn er gått for langt, og at det etiske og faglige grunnlaget for forsvarlige tjenester er truet. Nortvedt (i Hærnes 2004) hevder at økonomiens økende dominans i sykehusene fratar sykepleiens fag og etikk en nødvendig uavhengighet, og at dette setter sykepleiere i et kontinuerlig etisk dilemma. Kolstad (2009) peker på at høynet effektivitet i sykehus reduserer sykepleieres tid til personlig kontakt. Det utarmer deres erfaring med pasienter og pårørende og resulterer i svakere kvalitet på behandlingen. Kirkevold mfl. (2013) påpeker at kravet om økt produktivitet har ført til flere pasienter per sykepleier. Et teknisk-økonomisk språk har preget tanke og handling hos stadig flere. Dette har satt et tradisjonelt verdigrunnlag under press. Sykepleierens etiske dilemma er at de må spre knappe ressurser på stadig flere pasienter, og at de ikke har makt til å definere kvaliteten i tjenestene. Ifølge Nordhaug (2013) er et kjennetegn ved en profesjon at den forvalter et politisk legitimert samfunnsmandat over et felles gode. Hun hevder at dersom faglig kvalitet skal være i tråd med sykepleieres forvaltningsansvar i klinikken, bør sykepleiere tillegges større faglig autonomi og mindre ansvar for, og hensyntagen til, overordnede prioriterings- og ressursproblemer. Nordhaug (2013) mener at utviklingen i så måte går i gal retning. Fjeldbraaten (2010) hevder at det ikke er samsvar mellom hva sykepleiere burde gjøre i møte med pasienten, og mulighetene de blir gitt. Avgrensede oppgaver blir mer vektlagt enn

mellommenneskelig kontakt. Denne utviklingen er en trussel mot den institusjonelle kjernen i sykepleieres profesjonelle selvforståelse, konkluderer hun. Røsok og Øie (2013) finner at økonomiske verdier knyttet til NPM dominerer over andre verdier som sykehusansatte betrakter som vesentlige i arbeidet. Hensynet til effektivitet og produktivitet reduserer muligheten til å utføre en jobb av høy kvalitet og står i enkelte tilfeller i veien for å forvalte offentlige midler godt.

En rekke analyser tar slik for seg spenningene mellom stat, organisasjon, profesjon, etikk, ledelse/styringsformer og pasientpleie. Analysene viser med utgangspunkt i historiske, sosiologiske, profesjonsteoretiske, etiske samt organisasjonsteoretiske ståsteder at det er utfordringer og store skifter med transformasjonene av velferdsstat og det profesjonelle arbeidet. I denne artikkelen består den kritiske analysen av en teoretisk-empirisk intervjuundersøkelse av hvordan prester, avdelingssykepleiere og sykepleiere fra seks sykehus i Norge opplever forandringer av velferdsstaten, profesjonen og pleie- og omsorgsarbeidet i forbindelse med NPM. I den forbindelse presenteres et historisk blikk på hvordan stat, styring, profesjon, etikk og verdier endres, ikke minst under inntog av NPM. Et objektiverende blikk gjør rede for hvordan disse forandringer erfares forskjellig og delvis motsattrettet innenfor sykepleieprofesjonen, både mellom avdelingssykepleiere og sykepleiere, men også innenfor hele sykepleiergruppen. Sentralt står et kritisk perspektiv på hvordan disse transformasjonene, særlig med vekt på New Public Management, er med på å forme, utfordre og kanskje også fokusere pleie- og omsorgsarbeidet og de profesjonelle i norske velferdsinstitusjoner.

Vi vil med basis i empiri fra førsteforfatters studier i relasjon til norske sykehus beskrive og diskutere hva som kjennetegner pågående endringer i sykepleieprofesjonen og yrkesutøvernes

forståelse av egen profesjon, en profesjonstransformasjon. Det særlige bidraget i denne artikkelen er å vise spenninger mellom organisasjonformer og profesjon samt å vise hvordan det innenfor en profesjon er både ensartede fortolkninger av transformasjonene, men også forskjeller og motsetninger i hvordan profesjonsutøvere oppfatter NPM og forandringene av sykehushens rammevilkår. Kunnskap om forandringen er generelt viktig for profesjonsutøvernes selvforståelse, for organisasjonen de arbeider i, og for samfunnet for øvrig. Mer spesifikt vil slik kunnskap også gi et kritisk blikk på om sykepleiere i større grad står i etiske dilemmaer i dag enn tidligere, slik Nortvedt (i Hærnes 2004), Kolstad (2009) og Fjeldbraaten (2010) beskriver, og om det i et større perspektiv er rett at arbeidets kvalitet har sunket, slik Kirkevold mfl. (2013) og Nordhaug (2013) har hevdet. Det kritiske blikket retter seg derfor både mot endringen av profesjonen og innenfor denne, samt mot tidligere vurderinger rundt dette.

## Metodikk

For å undersøke profesjonskarakteristika kan man se for seg ulike forskningsmetoder, som spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse og intervju. Førsteforfatter valgte å intervju enkeltvis et strategisk utvalg erfarne informanter ansatt i norske sykehusavdelinger med høy gjennomstrømningstakt, det vil si mange innleggelser og utskrivninger. Informanter med stor eksponering mot pasienter og derav et robust erfaringsgrunnlag ble valgt ut. Med inspirasjon fra Weber (1922) kan man si at hensikten i denne typen studier er å beskrive og fortolke hvordan forhold henger sammen. En slik tilnærming ble valgt for å adressere den åpne problemstillingen om profesjonskarakteristika og endringer i disse. Med inspirasjon fra relevant forskning på området inneholdt intervjuguiden

spørsmål som: (i) Hvorledes opplever du at markedstenkning i sykehus har virket inn på din utøvelse av yrket? (ii) Vil markedsføring i form av økt vekt på kundeservice kunne fremelske en profesjonell holdning der man lettere ser pasienten på sine egne premisser og derav ivaretar ham bedre? (iii) Opplever du at krav om effektivisering kan ha medført dårligere service overfor pasientene, eller er det motsatte tilfelle? For full intervjuguide, se Brænd (2014). Det ble under intervjuene tilstrebet å holde en viss nøktern og nøytral holdning til forandringene av sykehusdriften med tanke på markedstenkning, kundeservice og effektivisering med videre. Hensikten var å være deskriptiv snarere enn normativ i tilnærmingen, hvilket ble støttet av utdypende spørsmål som «vil du si mer om dette?», «har du noen eksempler på dette?» eller «kan du nevne både fordeler og ulemper ved ...?».

Tretti informanter fra tre store og tre mindre sykehus som er geografisk spredt i Norge, ga mangfold i svarene (Brænd 2014). En klynge på fem informanter ved hvert sykehus – en avdelings-sykepleier, en prest og tre sykepleiere – ga svar og beskrivelser omkring oppgitte temaer. Metoden kalles «strategiske utvalg ved skjønnsmessig klyngeutvelgelse» (Hellevik, 2002). I denne artikkelen er det primært lagt vekt på sykepleie som profesjon, og intervjuutskrifter av hvordan profesjonen prester opplever forholdene, trekkes inn og forteller hvordan prester tolker forandringer om og i sykepleieprofesjonen.

Intervjuene ble gjennomført i 2006–2007. Tre av sykehusene var negativt omtalt i media i denne perioden. Det syntes å virke inn på informantenes svar. Et sykehus skiftet ofte ut faste sykepleiere og hadde en høy andel midlertidige sykepleiere fra bemanningsbyråer. Et annet var satt under skjerpet kontroll og stramme budsjettammer og sto i fare for å miste kjernevirksomhet. En avdelingsleder var nyutdannet bedriftsøkonom og syntes å inneha en reformiver som preget avdelingens driftskultur. Selv om

datainnsamlingen ligger noen år tilbake i tid, har NPM virket både før og etter, og derfor har retningen på endringer i profesjonsforståelse og adferd sannsynligvis fortsatt i de påfølgende årene.

Informantene viste stor fortellerglede med rike beskrivelser. Disse resulterte i et fyldig samlet datamateriale. Alle intervjuer ble tatt opp elektronisk. Fortløpende notater og lydopptak ble transkribert og analysert i henhold til hva Ricoeur (1976), Giorgi (1985) og Malterud (2003) anbefaler for kvalitativ dataanalyse. Selv om studien ikke hadde et kvantitativt design, åpnet svarene på enkelte spørsmål likevel for å registrere forekomst. Fenomenologiens grunnlegger Edmund Husserl (1859–1938) tok utgangspunkt i livsverdenen slik den viser seg i bevissthetsstrømmen hos et individ. Målet er å skildre umiddelbar opplevelse, noe som gir fenomenologi relevans for et kvalitativt intervju (Bengtsson, 1998; Kvale og Brinkmann, 2009). Arbeidet var inspirert av fenomenologi, som representerer en filosofi og en empirinær forskningsmetode som søker å forstå og beskrive umiddelbare opplevelser slik de erfarer (Alvesson og Skjöldberg, 1994). Til dette er det knyttet empirisk viten om medisinsk felt, helseprofesjoner, organisasjoner og klienter fra andre nordiske land samt sosiologisk tenkning som søker å beskrive og forklare subtile prosesser mellom makro, meso og mikronivå, herunder åpne for analyser av dominans og maktrelasjoner. Oppå og innvevd i dette ligger et kritisk blikk.

## Empiri, resultater

Sykepleiere og prester erfarte gjennomgående at sykehusledelsen tenker mer økonomi og effektivitet enn tidligere. Samtidig mente de fleste at effektiviteten lider av mangel på samhandling

i organisasjonen både horisontalt og vertikalt. Informantene mente også at nedskjæringer i bemanningen ble foretatt raskere enn gevinsten i effektivitet tilsa.

## Profesjonell holdning

Nesten alle informanter var enige om at markedsføring med mer vekt på kundeservice vil fremelske en profesjonell holdning der man lettere ser den individuelle pasienten. «Markedsføring krever profesjonell fremferd av sykepleiere. Den gir pasienten trygghet og tillit. Dette tjener både sykepleiere og pasienter på. I profesjonell sammenheng er en også omsorgsfull», uttalte en sykepleier. Sykepleiere var derimot delt i synet på hvorvidt markedsføring og mer kundeservice vil gi en profesjonell holdning som ivaretar pasienten bedre: Omtrent like mange svarte ja, nei og nøytralt på spørsmålet.

## Kunder, service og pasient

De aller fleste avdelingssykepleiere og sykepleiere var kritiske til å bruke begrepet «kunde» selv. Dette står i kontrast til positive utsagn om at markedsføring stimulerer deres profesjonalitet. Man kan undres om de positive erfaringene med markedsføring som hver enkelt har, kolliderer med et ønske om å gi noe mer enn bare en tjeneste: «Jeg vil ikke se på pasientene som kunder. De er pasienter for meg, og jeg ønsker å møte dem på det.» «Det er rart å koble pasienter og penger i tankene mine.» Alle sykepleiere beskrev nøytralt eller positivt at pasienten transformeres til kunde og etterspør mer service: «Det er greit at de krever mer av oss. Det må være likeverd mellom pasient og pleier. Pasientene skal ikke være redd oss lenger.» Det handler om kompleksitet og flere nivåer der markedsføring, kunde og

profesjonalitet står på dagsordenen. Det sentrale er at det med og gjennom disse begrepene og intervju spørsmålene åpnes for en ganske stor diskrepans mellom informantene og synspunktene, men også hos den enkelte informanten. Det er for eksempel mulig at en person svarer at det på et visst nivå er faglig styrkende å støtte seg til markedsføring og dens vekt på for eksempel informasjon, service eller kundeservice. Men samme person kan godt ha en motvillighet mot at pasienten langsomt erstattes av begrepet kunde, med de implikasjoner det kan tenkes å medføre. Mange sykepleiere gjenga hvordan mer service slår gunstig ut på tjenestekvaliteten. Representative utsagn er: «Jeg bruker bevisst mer tid på informasjon nå, fordi jeg vet at det er så viktig», «Alle kommer mer i konkurranse. En blir mer våken og observerende og må tilby det beste» og «Jeg blir mer engasjert på grunn av kundetenkning, fordi det er mer fokus på det beste».

De aller fleste sykepleiere erfarte at pasienten alltid er i sentrum, uavhengig av økonomisk styresett. «Noen sykepleiere søker høy grad av nærhet med pasienter, andre ikke. Dette er situasjonsbetinget og uavhengig av markedsføringen.» En slik respons fra sykepleiere kan forklares med at ideologien bak og mantraet under utdanning om at «pasienten er i sentrum», står sentralt i profesjonen. Det kan være at observasjonsstudier ville vist noen nyanser som ikke har kommet frem gjennom individuelle intervjuer. En gjennomgående beskrivelse fra alle avdelingssykepleiere var at sentralisert makt har medført skjerpet økonomisk kontroll av sykepostene og snevret inn avdelingssykepleieres ansvarsområde og handlingsrom. Det var en utbredt oppfatning at det ikke lenger er tid til stort utover det mest nødvendige. En avdelingssykepleier sa: «Markedstenkingen har virket inn på min yrkesutøvelse som både et ja og et nei. Før gjorde vi ikke bare de viktige tingene. De kunne drevet mer effektivt den gang.» Det er verdt å merke

seg at forskjellige posisjoner innenfor sykepleien var utslagsgivende for forskjeller i oppfatninger av faglighet og grader av autonomi. Det var tydelig at alle avdelingssykepleierne, som mellomledere i store organisasjoner, særlig erfarte at sentralisert makt og derav skjerpet økonomisk kontroll av sykepostene hadde snevret inn deres ansvarsområde og faglige handlingsrom. Avdelingssykepleierne er posisjonert høyere i sykehusets organisatoriske hierarki enn sykepleierne, og man kan derfor anta at de er mer eksponert for hvordan nye styringsinstrumenter virker.

## Ledelse og medmenneskelighet

Enkelte sykepleiere opplevde at ledelsens prioriteringer medfører at menneskelige hensyn i mange situasjoner forsvinner. «De som styrer, sitter så langt unna ... De snakker et språk og gjør noe annet. Dette mangler en logisk sammenheng.» Omsorg er blitt til tall på papir for sykehusledere, tall som ledere slipper å føle som menneskelige konsekvenser på kroppen, hevdet de. Og det er blitt for travelt til å gi psykisk omsorg. «Pasientene får ikke dårligere behandling, men de får dårligere komfort og psykisk behandling – som empati. Pasienten har det tøffere på sykehus nå enn før.» Flere avdelingssykepleiere rapporterte at tilbudet til pasientene er mer generelt utformet i dag som følge av økt hensyn til økonomi med løsninger som må passe alle. «Vi kan ikke lage standardpakker som også ivaretar individualitet, som før. Dette blir feil for sykepleiere som er opplært til å tenke individuell tilpasning av tjenestene.» Igjen viste undersøkelsen hvordan forskjellige posisjoner i organisasjonen avstedkom forskjellige synspunkter: Sykepleiere var mindre opptatt av rammevilkår og økonomiske handlingsrom enn avdelingssykepleiere, og mer opptatt av muligheter, eller mangel på slike, i yrkesutøvelsen. At relativt mange sykepleiere erfarte at de var mer engasjerte i



arbeidet under strammere økonomiske rammer og med økt oppmerksomhet om utvalgte områder som standarder og informasjon, er interessant empirisk i forhold til andre(s) studier. Det er dessuten komplekst fordi transformasjonene via økonomi og NPM simultant virker inn på og gir anledning til transformasjon av arbeidet, profesjonen og identiteten som knytter seg til arbeidet. Opplevelsen av økt engasjement kan dermed også forklares med at selve arbeidet er blitt mer snevert innrammet og mer fokusert ut fra sjekklister og standarder.

## Yrkesutøvelse

Overordnet er det mange og også motsatt rettede perspektiver på hvordan yrkesutøvelsen er påvirket av endret styring og organisering av det profesjonelle arbeidet. Fem av 18 sykepleiere svarte at deres yrkesutøvelse er uendret som følge av at tjenestene moderniseres og er mer preget av økonomiske hensyn. Flere opplevde at de i dag gir flere inngående svar som samsvarer mer med hva pasientene etterspør, enn tidligere, og at de har fått et mer profesjonelt, og mer humoristisk, forhold til pasientene. Sykepleiere er blitt mer treffsikre på tilbudet: «Det er snakk om enkeltmennesker som ikke bare skal behandles som en i rekken av mange.» «Vi ønsker fornøyde kunder!» Informantene er mer konsentrerte om her- og nåsituasjoner og er motiverte til å innhente kunnskap som tjener formålet: «Fagpersoner blir mer skjerpet og faglig orienterte, oppdaterte som en følge av dette.» Fokus på dokumentasjon av faget er større: «Jeg blir veldig opp-tatt av å dokumentere. Jeg er mye mer skjerpet i dag.»

Sykepleiere kan oppleve at markedstenkning i sykehus har virket både positivt og negativt inn på deres yrkesutøvelse. Både tid og økonomi ble nevnt som begrensende faktorer. Derimot uttrykte alle prester at sykepleierne er blitt merkbart travlere. En del sykepleiere beskrev at tiden ikke strekker til,

og de var opptatt av hva dette gjør med pasientens situasjon: «Vi må løpe enda mer, det er hektisk å få endene til å møtes», «Faglig forsøker jeg så godt jeg kan. Men det er så travelt, jeg løper og gjør en dårlig jobb», «Hektiske hverdager kan gjøre oss veldig overfladiske for å imøtekomme tempoet som kreves i avdelingen», og: «Det tenkes økonomi hele tiden. Vi bruker mye energi på dette [...]. Jeg er lei av det. Ved sykdom blant personalet får vi ikke leie inn ekstravakter. Det fører til at pasienten får dårligere oppfølging.»

Alle informanter svarte at deres vennlighet blir satt på prøve når det er travelt. For mange er ekte vennlighet forbundet med overskudd. Flere sykepleiere avviser henvendelser for å beskytte seg. De blir aggressive og får «noe vondt i seg» som kan smitte over på kolleger og pasienter. For å spare krefter er flere selektive med hvem de viser vennlighet til. «Jeg er ikke så vennlig når jeg springer rundt på tre rom samtidig. Det stopper en gang. Når jeg kommer hjem, så kjenner jeg på at jeg ikke har fått gjort jobben min.» Noen sykepleiere opplevde at de alltid er vennlige og høflige uavhengig av tidspress. Et godt arbeidsmiljø demmer opp for negative effekter av et høyt stressnivå og stimulerer deres effektivitet. Det er tydelig at å fremstå vennlig under tidspress er en bredt erfart utfordring, men ingen av sykepleierne koblet dette opp mot at det var bedre før. Kanskje er problemstillingen iboende i et krevende serviceyrke? Likevel, en prest sa at stemningen blant sykepleiere var bedre før. «Det blir mindre vennlig på vaktrom på grunn av sukk, færre samtaler, mer misnøye nå. Det blir kos med misnøye over matpakken fremfor at vi har hatt en god dag på jobben i dag. En påtakelig mindre vennlig tone.» Det er bred enighet blant sykepleiere om at forpliktelsen til å hjelpe ikke er svekket som følge av travlere dager. «Jeg strekker meg mer, jobber mer

for å innfri forpliktelsene. Jeg har ikke lenger samme tid, men jeg har den samme forpliktelsen.»

Det foreligger både erfaringer som er positive til endringer av det profesjonelle arbeidet, for eksempel omkring en opplevelse av økt vekt på og konsentrasjon om her-og-nå-situasjoner og økt motivasjon for å oppsøke og formidle kunnskap. Men det er også prester, som kan betrakte sykepleierne med antropologers øyne, som er ganske kritiske til hva som skjer på sykehusene. Prester forteller om sykepleiere som har det stadig mer travelt, og at tiden ikke strekker til, hvilket også noen sykepleiere erfarer gjennom at de må løpe enda mer, at de blir overfladiske, at pasientene ikke blir tilstrekkelig fulgt opp, og at det er høyt stressnivå. Det virker overordnet som om sykepleierne står sterkt på opplevelsen av at forpliktelsen til å hjelpe ikke er sviktet, men da mulighetsrommet er begrenset, må de strekke seg lenger for å møte forpliktelsene. De har ikke lenger samme tid til rådighet for det faglige arbeidet, som så også er transformert.

## Fagetikk og prioritet av og interaksjon med pasienter

Et tydelig funn er at alle avdelingssykepleierne mente at både fagetikk, folkeskikk og respekt står like sterkt eller sterkere enn før blant leger og sykepleiere. De var samstemte om at det er flere etikk-diskusjoner i sykehusavdelingene enn for bare få år tilbake. Derimot spriker sykepleiernes forståelse av hvor sterkt etikken står i egen yrkesgruppe. Tre omtrent like store grupper mente at etikk (i) er svekket i travelheten som følger markedstenkning, (ii) er uendret eller (iii) er styrket som følge av effektivitetskrav og risiko for klagesaker. Kontrasterende utsagn fra disse gruppene var: «Sykepleiere blir så opphengt i retningslinjer og prosedyrer at

den individuelt tilpassede omsorgen faller ut», «I det siste så har jeg tenkt at jeg bare orker litt, andre får ta resten. Jeg gir mer blaffen, jeg orker ikke, ting må bare skure og gå litt her og nå», og på den positive siden: «Markedstenkning har gjort meg mer faglig bevisst på å unngå klagesaker for manglende service og faglighet. Økt yrkesstolthet er en følge av økt etisk og moralsk oppdatering. Pasientene skal ikke svi for vår manglende tid.» Flere sykepleiere er blitt reddere for å gjøre, og bli tatt for, feil. De er mer på vakt og mer bevisst juridiske konsekvenser av å behandle pasienter galt enn før. En sykepleier sa: «Før var det godhet, omsorg og fag. Jeg er mer juridisk bevisst nå.» Noen sykepleiere erfarte at faglig skjønn forsvinner når sykepleiere i større grad er pålagt å følge faste prosedyrer og juridisk korrekt metode.

Det er også sosiale og etiske implikasjoner av markedsføring, om man betrakter hvordan sykepleierne prioriterer. Sykepleiere har stor respekt for ressurssterke pasienter og pårørende og hjelper ofte pasienter med «høyest stemme» og de tydeligst uttalte forventningene først (Brænd, 2014). Sykepleiere frykter negative medieoppslag og erstatningssaker og imøteser derfor sterke pasienter, uavhengig av hensynet til prioritet, i frykt for anklager om at de leverer for dårlige tjenester. De forteller at pasienter «uten stemme», ofte den eldre som ikke forventer mer enn det han «tilfeldigvis» får, kan bli avspist med mindre hjelp av denne grunnen. Dette er sentralt i en drøfting av hvordan styringsformer og velferdsstatene relaterer seg til ulikhet i helse (Larsen, 2008). Det er problematisk ut fra et likhetsperspektiv at velferdsstaten – som har som sentralt prinsipp å støtte de svake og at sterke skuldre må bære mest – svikter de svakeste. Hvis styrende prinsipper tidligere har vært at helseprofesjoner har rettet spesiell oppmerksomhet, støtte, hjelp, omsorg og sykepleie mot de pasientene som har hatt størst behov, er mest sårbare og har færrest sosiale, kulturelle eller økonomiske

ressurser, så er det problematisk at den nye styringen, strukturelt sett, medfører at den profesjonelles oppmerksomhet forskyves mot de som «har stemme», er yngre, sterke, har ressurser og som krever de profesjonelles oppmerksomhet. Det er til og med en ekstra utfordring når frykten for pasientklager, vel vitende om at noen har ressurser og overskudd til å klage, motiverer til at enkelte pasienter får ekstra oppmerksomhet.

Markedstenkning har effekter ikke bare på utøvelse av profesjonell holdning, kunder og service, ledelse, medmenneskelighet og faglig utøvelse, men også på etikk og jus. På den ene siden snakkes det mer om etikk i sykehusavdelingene. Det betyr at den symbolske delen har fått en høyere plass, ifølge avdelingssykepleierne. Samtidig rekonstrueres det at etikken både kan tenkes å være svekket i travelheten, uendret og også at den er styrket som følge av effektivitetskrav og risiko for pasientklager. Alle disse utsagnene kan sies å ha en sannhetsverdi, hvilket kan relateres til (a) posisjonen som aktøren står i (avdelingssykepleier versus sykepleier), (b) profesjonell identitet og yrkesstolthet koblet til etisk oppdatering versus klassisk omsorgstenkning, (c) det etiske nivået, (d) typer av praksisområder (informasjon versus kommunikasjon med pasient), (e) type og ressurser hos pasienten (sterke versus svake pasienter), (f) pasientsituasjoner (akutt versus kronisk situasjon) eller (g) tid og sted på sykehuset. Under alle omstendigheter viser analysen at markedsgjøring av det profesjonelle arbeidet har implikasjoner også i de eksplisitte og implisitte prioriteringer som pågår, og som utgjør det profesjonelle arbeidet i spenn mellom organisasjon, kolleger og pasienter.

## Diskusjon

Det skjer forandringer i statlige institusjoner, hvilket i denne artikkelen er beskrevet ved markedsgjøring av norske sykehus,

med en rekke likheter med øvrige nordiske offentlige sykehus. Staten kan tenkes som et byråkratisk felt som er oppsplittet i rom av krefter som kjemper om retten til å definere og fordele offentlige goder (Wacquant, 2014). Bourdieu (2010) viser hvordan høyrehåndsstaten (finans, politi, rettsvesen, økonomi) dominerer venstrehåndsstaten (sosiale, pedagogiske og helsemessige områder) og dens profesjoner og institusjoner. Når vi ser på staten, vil man med Bourdieu (2010) si at helsesektoren, samt andre sektorer som utdanning eller vitenskap, har fått redusert autonomi på grunn av effekter fra en økonomisk-byråkratisk logikk. De utfordres av begreper, klassifikasjoner og logikker fra den økonomiske verden. Det faglige arbeidet er transformert ved at enkelte orienteringer – nemlig det som bestemte standarder, styringer og evidens tilsier – blir viktige, mens andre områder, som i prinsippet kan ha like så vital betydning for pasient og profesjonell, får mindre plass. Mange sykepleiere opplever derfor en overveldende strøm av pasienter, og de ønsker ikke å være tilgjengelige alltid. De kommer til kort fordi de ikke rekker å innfri alle. Mange «moderne» pasienter og pårørendes fremtreden harmonerer med Rose (1996) sin teori om at avansert liberalisme har lyktes i å koble ny normativ forståelse av individet som fritt og selvrealiserende sammen med politisk styring. Rose hevder at en oppfatning av individet som en autonom aktør virker inn på dets forståelse av politikk, etiske dilemmaer og egne liv. Individets moral er ikke lenger bare et produkt av tradisjon, men også streben etter å realisere seg selv. Individet står i dag i henhold til Rose (1996) fritt til, både ideologisk (det vil si at man prinsipielt kan) og moralsk (at man skal og bør), å forvalte egne ressurser og rettigheter. I dette tilfellet kan man tenke at alle skal være sin egen helses smed. Men økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser er ulikt fordelt, og mange kan

komme til kort og oppleve at de ikke har nødvendige krefter til å hente ut mer av sitt ideal-jeg. At de pasientene som krever mest, er de som får mest, kan slik analyseres til å være ugreit ut fra klassiske idealer om velferdsstaten og dens institusjoner og profesjoner. Det strider imot alle de presenterte velferdsstatlige og etiske idealene.

I løpet av de siste 20–30 årene er det kommet nye styrings- og organisasjonsformer. I helsevesenets beskrivelser brukes i stadig mindre grad helsetermer som livskvalitet, etikk, verdighet, menneskesyn, demokratisk medvirkning eller dannelse til helse (salutogenese) med tilhørende klassifikasjoner og logikker, for eksempel om helse som verdi i seg selv (Larsen, 2016). Likevel viser dette studiet at særlig avdelingssykepleiere mener at etikk i større grad enn før er på dagsordenen på ledelsesnivå. Generelt snakkes og ageres det i tiltakende grad, med referanse til Wacquant (2014) og dominans av høyrehåndsstaten, ut fra begreper som bunnlinje, kost-nytteanalyser, effektmålinger, standardisering, evidensbasing og employability. Transformasjonene, herunder av velferdsstaten, har kommet gradvis inn både i den brede mediedebatten og i helsesektoren. Samtidig viser det empiriske materialet at en del sykepleiere erfarer at fagetikken står like sterk eller sterkere enn før, at mange opplever at de har fått et mer profesjonelt forhold til fagutøvelsen, og at en sterk vektlegging av økonomi har virket positivt inn på deres yrkesutøvelse. Dette står i en viss kontrast til beskrivelsene og slutningene til Nordtvedt (2013; i Hærnes 2004), Kolstad (2009), Fjeldbraaten (2010), Røsok og Øie (2013), Kirkevold mfl. (2013) og Nordhaug (2013), som referert tidligere. At de aller fleste sykepleiere sier at pasienten fremdeles er i sentrum, og at mer service under NPM slår gunstig ut på tjenestekvaliteten, tyder på at sykehusreformen i det store er blitt akseptert av yrkesgruppen. Nordhaug (2013) sitt synspunkt om at det ikke er

sykepleieres ansvar å sørge for kostnadseffektiv drift, står i kontrast til hvordan sykepleierne beskriver sin profesjonsforståelse. Svarene tyder på at de har erfart at å virke under et mer økonomisk orientert styresett har gått greit for dem, og at NPMs språk og tenkemåte uproblematisk er blitt assimilert i deres profesjonelle virke. Man kan altså analysere at noen sykepleiere aksepterer de nye styringformene, og at de ser fordeler ved dem. Men det kan være at de nye styringsformene har bidratt til å nøytralisere kritikk mot ulikhet i helseytelser, at de sterkeste pasientene får mest oppmerksomhet, at en stadig mer innholds- og tidsstrukturert interaksjon mellom profesjonell og pasient har noen utfordringer, eller at pleie og omsorgsarbeid i stadig større grad er blitt avbrutt, intensivert, spesialisert, arbeidsoppdelt og registrert. Den nye styringformen bidrar til å styre arbeidet, men også kritikken. Kritikkk skal i denne sammenheng primært rettes mot de helseprofesjonelle selv (individualisering) og ikke mot styringen (organiseringen av arbeidet). I en sosiologisk analyse er det derfor ikke tilstrekkelig å studere hvordan informantene oppfatter virkeligheten, men man må også fortolke og forklare vilkårene som former deres oppfatning. Man må bryte med deres spontane oppfatninger og tillegge en analyse som viser hvordan og hvorfor de oppfatter den nye virkeligheten som de gjør. Det vil si en analyse av vilkårene som former deres kriterier for å oppfatte den. Det vil blant annet si å analysere hvordan NPM ikke bare tilsier en «ytre» måte å organisere behandling og pleiearbeid på i nordiske sykehus. Analysen skal også vise hvordan NPM installerer en hel tenkemåte der også de ansatte, og ikke kun ledelsen, tenker på økonomisk produktivitet, kostnytte og effektivitet.

Metodisk kunne det ha vært interessant å undersøke dypere hvordan sykepleiepraksis gjennomføres, via observasjonsstudier. Det kunne gitt litt andre typer av informasjon hvis



transformasjonene av organisasjonene var fulgt på detaljnivå. Tidsstudier kunne for eksempel vist hvordan den konkrete tiden i møtet mellom sykepleier og pasient, og det gjensidige kjennskapet mellom dem, er blitt redusert de siste 20 årene. Dessuten ville det ha vært interessant å følge nærmere hvordan pasienter og pårørende erfarer sykehusets ytelser i samme tidsperiode. Pasientgrupper er stadig mer heterogene, men det kunne vært empirisk belegg for at intensiverte, standardiserte forløp har både fordeler og ulemper.

## Avslutning

Sykepleiere beskriver gjennomgripende endringer i sin profesjonsforståelse og profesjonsutøvelse før og etter NPM, med nyorganisering og sterkere økonomisk styring av sykehusene. Samtidig med at gjennomstrømningstakten har økt og liggetiden er halvert, opplever mange sykepleiere at endringene har virket positivt inn på deres yrkesutøvelse, og at fagetikken står minst like sterkt som før. Det ser ut som at effektiviteten ikke utfordrer profesjonsverdiene, men at etikken underordner seg effektiviteten. Noen distanserer seg fra arbeidet, mens andre er mer engasjerte enn før. Mange er lettet over å slippe å komme nært pasienters følelser og mener å opptre med profesjonell distanse. Det er dessuten forskjeller både mellom sykepleiere og mellom avdelings- sykepleiere og sykepleiere. Avdelingssykepleiere, som er plassert tettere på ledelsen, er overveiende positive til markedsføring, mens sykepleierne og prestene i høyere grad er kritiske overfor denne.

Markedstenkning har effekter på utøvelse av det profesjonelle arbeidet som inkluderer holdninger til kunder og service, ledelse og medmenneskelighet, faglig utøvelse, etikk og jus.

Med markedsføring trekkes de profesjonelles praksis og oppmerksomhet mot forhold som gjøres tydelige med standardiseringer og innleggelsesprogram, på godt og ondt. Og tilsvarende er det faglige områder, som for pasienten kan oppleves som viktige, som faller utenfor de profesjonelles og standardenes oppmerksomhet. Det er også en strukturell effekt at sterke pasienter og pårørende tiltrekker seg særlig oppmerksomhet fordi de stiller større krav og raskere leverer pasientklager. Organisatoriske forandringer inngår i en større sammenheng med nye vitensregimer (krav om evidens i profesjonelles arbeid) og nye standardiseringsregimer (krav om standarder knyttet til intervensjoner), og de tre faktorene bidrar til en omkalfatring av relasjoner for avdelingssykepleiere og sykepleiere: nye identitetsmuligheter for sykepleiere, etiske utfordringer, nye praksisområder, nye pasientsituasjoner. Markedsføring av det profesjonelle arbeidet har implikasjoner i prioriteringer som pågår, og som utgjør det profesjonelle arbeidet i spennet mellom organisasjon, kolleger og pasient. Fra et sosiologisk perspektiv blir det sentralt å stille spørsmål til den utformingen og sosialiseringen som de nye styringsformene initierer og installerer i kropp og sjel på administrator, leder, organisasjon og pasient. De nye styringsformene definerer på dette vis også, både implisitt og eksplisitt, at kritikk er noe man retter mot seg selv – det individualiseres. Det ser man for eksempel i den store økningen av sykefravær og stress på offentlige arbeidsplasser i helsesektoren<sup>23</sup>. Kritikk er ikke noe man retter mot de nye styringsformene. De nye styringsformene virker dermed ikke bare i det ytre som måter å organisere behandling og pleie på, men de er også virksomme tenkemåter som stiller økonomisk produktivitet, kost-nytte og effektivitet fremst.

---

23 [www.dsr.dk/bladetframunden](http://www.dsr.dk/bladetframunden)

## Referanser

- Alvesson, M. og Skjöldberg, K. (1994). *Tolkning og reflection. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Didalos.
- Bourdieu, P. (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. *Praktiske Grunde*. Nr. 1–2, s. 113–120.
- Broadbent, J. og Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the New Public Management. Control of the professions in the public services. I: E. Ferlie, K. McLaughlin og S. Osborne, *New public management: current trends and future prospects*, s. 95–108. London: Routledge.
- Brænd, J. A. (2014). *Nær penger og pasienter. Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften*. PhD-avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Fause, Å. og Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet: Sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjeldbraaten, E. M. (2010). *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer spesialisthelsetjenesten*. PhD-avhandling, Aalborg Universitet.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red), *Phenomenology and Psychological Research*, s. 8–22. Pittsburgh PA: Duquesne University Press.
- Grund, J. (2000). Sykehus - hvordan bør de styres? *Magma*, 3(5).
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hærnes, N. (2004). Etik i klemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 92(2), s. 16–18.
- Høst, H. (2007). *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960–2006*. PhD-avhandling, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Jørgensen, E.B. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje. Om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem. For lægeerhvervet er perioden 1736–1937 og for sygeplejeerhvervet er perioden 1863–1957*. Danmark: Forlaget Hexis.

- Kirkevold, M., Holter, I. M., Brurås-Leine, C. og Nereng, M. K. (2013). Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag! *Sykepleien*, 5, s.64–65.
- Krøger, C. (2016). Et fag på ville veier. *Prosa. Tidsskrift for sakprosa*. <http://prosa.no/essay/et-fag-pa-ville-veier/>
- Kolstad, B. (2009). *Verdier under press i Helse Norge. En kritisk teorianalyse av NPM inn i et profesjonsetisk miljø*. Masteroppgave i Profesjonsetikk og diakoni, Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Inter Views. Introduction til et håndverk* (2. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2008). Kroppe - sundhed og social ulighed. I: S. Glasdam (red.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, s. 188–218. Dansk sygeplejeråd Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Larsen, K. (2016). En modfortælling: Paradokser om stat, sundhedsvæsen, professioner, viden, sygdom og sundhed. *Social Kritik*, 148, s. 16–31 og *Tidsskrift for social analyse og debat*. Tema: Det neoliberale sundhedsvæsen
- Larsen, K. og Esmark, K. (2013). Velferdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. *Praktiske grunde*, s. 7–14. *Norsk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 1–2. 7 årgang. [www.hexis.dk](http://www.hexis.dk) ISSN 1902–2271.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. og Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg*. (2. utg.). Oslo: Pax Forlag.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelen Forlag.
- Molander A. og Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing. What it is and what it is not*. New York: Appleton & co. (Oversatt til norsk i V. Skretkowics (red.) (1997), *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.)
- Nortvedt, P. (2013). Få helsearbeidere har tid nok. *Tidsskriftet Sykepleien*, 101(14), s. 70–71.
- Nordhaug, M. (2013). *Which Patient's Keeper? Partiality and justice in nursing care*. PhD-avhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Texas: Christian University Press, Forth Worth.

- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Røsok, E. og Øie, L. (2013). *Verdier i endring. Hvor står det offentlige etos og offentlige organisasjonsverdier i dag?* Masteroppgave, Handelshøjskolen i København.
- Slagstad, R. (2006). *Kunnskapens hus* (2. utg.). Oslo: Pax.
- Wacquant, L. (2014) Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra. *Praktiske Grunde* 1–2, s. 103–110.
- Weber, M. (1922) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen.
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen, I. og Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133, s. 655–9.

## Øvrige referanser

- DSR: Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbeidsliv. [www.dsr.dk/bladetframunden](http://www.dsr.dk/bladetframunden)
- Helseforetaksloven (2001). *Lov, 15. juni 2001 nr. 93, om helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- ICN (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses 2006*. Geneva, Switzerland.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.



# 9

## Etik på grænsen - at vælge donor

*Stine Willum Adrian* <sup>a)</sup>

### **Borderline ethics - selecting a donor**

This chapter discusses how ethical boundaries are challenged and transcended when fertility travellers receive fertility treatment in Denmark with donor sperm. After legislation on assisted reproduction in Denmark was changed in 2012, it has become possible for doctors to treat women with sperm from both anonymous and non-anonymous donors, as well as donors with extended profiles that include information such as psychological tests, personal descriptions, baby pictures and voice recordings. The possibility of using donor sperm with extended profiles consequently led to criticism in the Danish media. Bioethicists argued that the use of donors with extended profiles would lead to parents expecting to be able to design their own child. Based on 27 semi-structured interviews with fertility travellers the premises of the bioethicist are rejected within this chapter. Instead I illustrate how fertility travellers negotiate laws and ethics at the national boundaries, fuelled by a desire to create the best opportunities for their future child. Inspired by Donna Haraway, I develop a situational ethics, based on

---

a) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

the concept of "accountability". The chapter thus examines ethics in practice and creates a framework to discuss a situated ethics, in this case selecting a sperm donor in a responsible manner.

## Indledning

«Det bør være forbudt at udvælge en sæddonor ud fra oplysninger om hans baggrund og egenskaber. Donoren bliver en slags avlstyr, når man vælger ham ud fra, om han eksempelvis er medicinprofessor eller topatlet», siger Jacob Birkler.

Han mener, at det udtrykker en forfejlet holdning til det at få et barn.

«Allerede inden undfangelsen lægger man et enormt forventningspres på barnet om at blive noget og ikke blot være noget», siger han. (Sørensen, 2012)

I forbindelse med at lovgivningen om assisteret befrugtning i 2012 var under behandling i Folketinget i Danmark, opstod en debat om de udvidede donorprofiler i medierne. Det var en debat, hvor spørgsmål blev rejst om anvendelsen af de udvidede profiler ville føre til «designerbørn», eller til at forældre, der havde anvendt den type donor, ville udsætte børnene for et ødelæggende psykisk stort pres. Spørgsmålet blev blandt andet rejst af den tidligere formand for Det Ethiske Råd, Jacob Birkler.<sup>24</sup>

Da denne diskussion fandt sted, var jeg i gang med et forskningsprojekt om globalisering af dansk sæd. Jeg var optaget af den stigende danske sædeksport og de mange fertilitetsrejsende, der kom til Danmark for at blive fertilitetsbehandlet<sup>25</sup> med sæddonation. Jeg udførte derfor feltarbejde på en privat sædbank og en privat fertilitetsklinik.

<sup>24</sup> Det Ethiske Råd, har ikke nogen officiel magt i Danmark.

<sup>25</sup> I dag er ikke bare in vitro fertilisation (IVF), men også insemination medikaliseret gennem anvendelse af hormonbehandling og ultralyd. Derfor anvendes termen behandling når insemination og IVF beskrives.



De teknologietiske diskussioner i medierne om designerbørn førte dog til, at jeg blev optaget af den diskrepans, jeg oplevede mellem de etiske problemer, der blev diskuteret i medierne, og de etiske problemer jeg hørte om og så under mit feltarbejde. Jeg undrede mig blandt andet over Birklers præmis for hans udtalelse om, at forældre, der anvender sæddonation, forventer, at de kan designe deres børn. Det var en præmis, jeg ikke så udfoldet i praksis, men som kan virke stigmatiserende i forhold til de forældre, der vælger at anvende donor med en udvidet profil.<sup>26</sup> Jeg blev derfor optaget af, hvordan teknologietik kan diskuteres på måder, der ikke bygger på stigmatiseringer af teknologiske brugere, og samtidig er empirisk funderet. Jeg har derfor fundet inspiration hos Willems og Pols (2010) og Haraway (2013). De udfordrer den normative etik, der adskiller etik fra politik, praksis og vidensproduktion. I stedet argumenterer de for betydningen af at situere den teknologietiske debat i praksis da de etiske udfordringer, der debatteres i medierne, sjældent er dem, der konkret er i spil for anvendere af teknologien.

Dette kapitel har derfor til formål både at undersøge, hvordan fertilitetsrejsende vælger sæddonor, når de søger behandling i Danmark, og at skabe refleksioner over hvordan teknologietisk kritik kan formuleres ansvarligt.

Jeg vil følgende forklare hvordan Haraways forståelse af *accountability* adskiller sig fra den måde etik i øvrigt diskuteres på i medierne. Efterfølgende vil jeg uddybe, hvorfor og hvordan jeg skriver mig ind i den empirisk-etiske vending, og metodisk har undersøgt hvordan de fertilitetsrejsende har valgt deres sæddonor. For at situere de fertilitetsrejsendes donorvalg, beskriver jeg

---

26 Birkler har igennem årene som formand været en aktiv debattør, se for eksempel Birkler (2012). Mit formål, er dog ikke at problematisere Birkler, men den måde etik bliver praktiseret på i de offentlige medier, de tidligere debatter om enlige og lesbiske adgang til behandling i Danmark kunne problematiseres på samme vis.

hvordan de oplever at rejse til Danmark efter behandling, for at vise hvordan den fysiske rejse er med til at skabe de valg, de fertilitetsrejsende tager. Herefter analyserer jeg historier om valget af anonyme donorer eller ikke-anonyme donorer med udvidede profiler bestilt over nettet. Afslutningsvis diskuterer jeg, hvad et fokus på accountability og en situeret empirisk etik kan tilføje den etiske diskussion af teknologier som sæddonation og hvilke væsentlige spørgsmål den kan rejse.

## En ansvarlig etik?

Birklers tilgang til etisk debat er ikke unik, men derimod et godt eksempel på den måde, etik ofte debatteres i de danske medier. Særligt er de reproduktive teknologier igennem årene blevet endevendt. Ofte har medlemmer fra Det Etske Råd været særdeles aktive i debatterne. Det skyldes den rolle, Rådet fik, da det blev oprettet i 80'erne efter, at det første barn i Danmark blev skabt ved hjælp af in vitro fertilisation (IVF). Rådet har til formål at skabe offentlig debat og rådgive politikere i forhold til bioteknologierne (Det Etske Råd 2017). I de teknologietiske diskussioner, der finder sted i medierne, trækkes der ikke nødvendigvis på eksisterende viden på feltet. I forbindelse med debatten om «designerbørn», mangler der mere viden om hvordan kvinder og par vælger donor. Det var derfor jeg påbegyndte dette studiet. På trods af litteraturen er sparsomt findes der dog nogle studier, der kunne have informeret debatten (Schmidt og Moore, 1998; Daniel og Golden, 2004; Kroløkke, 2009; Adrian, 2010; Almeling, 2011; Layne, 2013; Mohr, 2014; Golombok, 2015).

Det var en mediedebat der foregik distanceret fra de teknologiske brugere. En distance der har været gældende i forbindelse med tidligere debatter. Tidligere har etiske debatter om assisteret befrugtning for eksempel ført til, at enlige kvinder og lesbiske i

Danmark mistede retten til lægelig behandling i perioden 1997–2007 (Bryld, 2001; Stormhøj, 2002; Albæk, 2003; Adrian, 2006), hvilket også har fundet sted i lande som for eksempel Sverige og Norge (Liljestrand, 1995; Spilker, 2007). Andre gange, har det i medierne været donorerne, der er blevet fremstillet som suspekte (Adrian, 2006, 2010). Disse eksklusioner af brugere eller stigmatiseringer af grupper, der er involveret i anvendelsen af teknologien bliver mulig på grund af den måde etik og emner, der opfattes som etiske, typisk konceptualiseres på. Når etik diskuteres, trækkes der oftest på dydsetikken, konsekventalismen eller pligtetikken, der med en samlet betegnelse omtales som den normative etik (van de Poel 2011). Fælles for den normative etik er, at der er universelle normer for, hvad der er rigtigt og forkert. Det betyder også, at udsigeren af det etiske argument, kan etablere sine præmisser for argumentationen gennem en distance til genstandsfeltet, der adskiller subjekt og objekt. Denne adskillelse har forskellige konsekvenser. For det første er det etiske problem defineret på distance fra den teknologiske anvendelse. Det vil sige, at etikken defineres uafhængig af den konkrete praksis, og kan ende med, at være langt fra de konkrete etiske problemstillinger, som de, der er involveret i den teknologiske anvendelse, møder. Derfor kan de etiske diskussioner, der rejses, være helt ved siden af de problemer, der er i spil i praksis, og i værste fald, kan de argumenter, der tages i brug, have stigmatiserende effekt (Haraway, 2003).

Det er begrundelsen for, at denne tekst skriver sig ind i den empiriske etik (Willems og Pols, 2010). Ved at undersøge hvilke moralske udfordringer, der i praksis opstår, når valg af donor finder sted, bliver det muligt at formulere spørgsmål, der udspringer af de etiske problemer, der udfolder sig i praksis, i stedet for at skabe en debat på de forkerte præmisser. Samtidig bliver det gennem en empirisk tilgang også tydeligt at etik ikke kan adskilles fra domæner som økonomi, politik og videnskab.

Det andet problem ved den normative etik er, at det etiske ansvar kun beskrives i forhold til genstandsfeltet, dvs. de kommende forældre, donorer eller klinikkere. Den der udsiger den etiske position, står ikke til ansvar for hvordan de påvirker de teknologiske brugere. Det bliver altså ansvarsfrit at tale etik i medierne. Birkler kommer for eksempel ikke til at stå til ansvar for den stigmatisering af brugere af sæddonation med udvidede profiler, som kan følge af hans præmisser om at denne gruppe af forældre ønsker designerbørn og opfatter donorer som avlstyre. Det er derfor jeg eksplicit trækker på Haraways feministiske situerede position, der fastholder et ansvarsbegreb, der inkluderer forskeren/etikerens.

Haraways udvikling af begrebet *accountability* er en måde at understrege forskerens eller etikerens ansvar for den viden, der skabes, og de kulturelle forestillinger, der diskuteres. Begrebet kan ikke oversættes fuldstændig til dansk, fordi det på engelsk er flertydigt. *Accountability* betyder både at tage ansvar, at stå til regnskab, men samtidig peger det mod at forskeren også bør berette, forklare og udrede den viden, der opstår under forskning (Haraway, 1991, s. 193–196). *Accountability* fokuserer således både på at tydeliggøre og udfordre de uligheder, der er i spil i en konkret teknologisk praksis som sæddonation, og på at gøre forskeren ansvarlig for effekterne af sit arbejde.

## At undersøge sæddonation i praksis

Men hvordan undersøger man etik i praksis, i dette tilfælde sæddonorvalg, på en ansvarlig måde? I kapitlet fokuserer jeg på fertilitetsrejsendes fortællinger om deres forhandlinger af donorvalget. På en privat dansk fertilitetsklinik har jeg udført 27 interview med enlige kvinder og par. Alle interview fandt sted foråret og sommer 2012 og foråret og sommer 2013. De første

17 interview fandt sted i 2012 samtidigt med, at en ny lovgivning blev diskuteret i Folketinget. Da informanterne alle blev behandlet af en læge, anvendte de alle på daværende tidspunkt anonym donor. De følgende 10 interview fandt sted efter lovgivningen var trådt i kraft, på et tidspunkt hvor guidelines stadig var under udarbejdelse (Adrian, 2016). Alle disse 10 informanter anvendte ikke-anonym sæddonor med udvidede profiler købt via internettet. For at forstå hvordan donorvalg finder sted, er det væsentligt at situere valget i de omstændigheder, de er taget i. I kapitlet har jeg valgt at diskutere både valg af anonyme og ikke-anonyme donorer med udvidede profiler for at vise de mange forskellige normer og forestillinger, der er i spil, når valg angående donorer finder sted, uanset hvordan donoren vælges. Gennem en narrativ analyse inspireret af Polkinghorne (1995), vil jeg vise de forskellige normativiteter, der er i spil under donorvalg, og vise de etiske udfordringer der opstår i praksis.

## Fertilitetsrejsende og mulighed for donorvalg

I 2013, blev 3,339 fertilitetsbehandlinger udført på udenlandske kvinder, der var taget til Danmark for at blive behandlet med donorsæd. De fertilitetsrejsende, der kommer til Danmark, kommer fra hele Europa for at modtage sæddonation. Størstedelen er dog fra nabolande som Sverige, Tyskland og Norge (Statens Serum Institut, 2013).

Der er mange grunde til at komme til Danmark som fertilitetsrejsende. Behandling tilbydes til kvinder uanset deres civilstatus eller seksualitet, hvilket ikke er tilfældet i en række europæiske lande. For eksempel kan man ikke få behandling i Norge som enlig kvinde, hvilket også gælder Tyskland, hvor lesbiske heller ikke kan opnå behandling. Samtidig kan brugere af

sæddonation vælge mellem både anonym og ikke-anonym donation med enten basisinformation (fænotypiske beskrivelse af donor), eller udvidede profiler, der inkluderer beskrivelser af donorerens hobbyer, deres faglige formåen, psykologiske tests, deres families sygdomshistorie, personalets indtryk af donorer, babyfoto og indtalte beskeder fra donoren. Derudover er priserne på privat fertilitetsbehandling forholdsvist lave sammenlignet med for eksempel England.

Den danske politik på området har dog langt fra altid været så liberal. For eksempel var det mellem 1997 og 2007 ikke muligt, at blive behandlet af en læge hvis man ønskede at være selvstændig mor, eller hvis man var lesbisk. Selvom det i Danmark og resten af Europa tidligere har været kutyme, at det var personalet i laboratoriet, der udvalgte donor på baggrund af den kommende sociale fars udseende dvs. højde, hårfarve, etnicitet/race, øjenfarve, vægt og blodtype, så var sæd fra danske sædbanker med udvidede profiler allerede på det danske marked fra midten af 00'erne. Denne praksis havde udviklet sig, da hverken sædbankerne, eller de inseminationsklinikker, der blev drevet af andet sundhedspersonale end læger, var underlagt behandlingslovgivningen om anvendelsen af kunstig befrugtning. Med lovgivningsændringen i 2012 blev den eksisterende praksis muliggjort i den danske lovgivning, samtidig med at alle inseminationsklinikker og sædbanker kom under behandlingslovgivningen (Adrian, 2016).

## På grænsen til Danmark

Inkens historie, er et typisk eksempel på de udfordringer, der er ved at bevæge sig over grænsen til Danmark for at få fertilitetsbehandling med sæddonor. Hendes oplevelser i forbindelse med sin rejse, har været med til at forme de valg, hun har taget undervejs. Inken er fra Tyskland, og hun besluttede sent i livet, at hun

ønskede at få et barn. På det tidspunkt var hun ikke i et parforhold, og beslutningen om at tage til Danmark var ikke det første skridt på vejen. Først havde hun forsøgt sig med at finde en donor, der ville donere direkte til hende via en webside. Hun oplevede dog, at de mænd, hun fik kontakt med, typisk ønskede at foretage «naturlige donationer» hvilket betyder at donoren vil donere via sex, og det ønskede hun ikke. Derudover var hun også nervøs for om hun kunne sikre sig forældremyndigheden over barnet. Herefter googlede Inken sig til Danmark. Det gjorde hun på trods af, at sæddonation for enlige kvinder er ulovligt i Tyskland, og at hun var usikker på, hvordan hendes familie og venner ville reagere, hvis de fandt ud af, at hun var blevet gravid på en klinik, og ikke i et heteroseksuelt forhold. Først blev Inken behandlet med donorinsemination på en jordemoderklinik, men hun fandt i den forbindelse ud af, at hendes æggeledere var blokerede, og at hun havde brug for at blive behandlet med in vitro fertilisation (IVF). IVF på distance er mere kompliceret end insemination, hvor det centrale fokus er at sikre insemination i forbindelse med ægløsning. På grund af at IVF kræver daglige indsprøjtninger med hormoner som kroppe reagerer meget forskelligt på, kræver behandlingen regelmæssig ultralydsscanninger, der kan sikre den rette medicinering, og at ægudtagningen foretages på det bedste tidspunkt. For at Inken ikke skulle rejse til Danmark mange gange i løbet af en behandlingscyklus, havde hun behov for regelmæssige besøg hos en gynækolog eller fertilitetslæge.

For Inken krævede det, at hun fandt en lokal tysk læge, der ville udføre ultralydsscanningerne. Det lykkedes hende, men fertilitetslægen ville ikke tage ansvar for behandlingen eller medicineringen, som den danske klinik stod for med udgangspunkt i billeder og informationer fra undersøgelserne. Det var derfor Inken selv, der viderebragte ultralydsbilleder og

information, som den danske fertilitetsklinik anvendte til at vurdere om Inken skulle have mere eller mindre medicin, og hvornår hun skulle til Danmark for at få taget æg ud.

Udfordringerne med at få lokale læger til at udføre ultralyds-scanninger, var det ikke kun Inken der oplevede. Det gjorde en stor del af de enlige kvinder, jeg interviewede, fra både Sverige og Norge også. Flere af de fertilitetsrejsende var nødsaget til at anvende betydelig ekstra summer af penge og transporttid på at blive scannet lokalt, hvis den lokale gynækolog ikke tolkede lovgivningen, så de så sig i stand til at udføre scanninger.

Inkens næste udfordring var planlægningen af sin rejse. Det krævede ikke mindst koordination med hendes arbejde. Hun havde valgt ikke at fortælle nogen på arbejdet om sine behandlinger i Danmark, så rejsen skulle planlægges som ferie. Det er svært, fordi der ikke på forhånd kan sættes en endelig dato for ægudtagningen, og hoteller og fly bliver ofte dyre, når man bestiller kort før afrejse. Det var derfor ikke ualmindeligt blandt de kvinder, jeg interviewede, at de følte et stort pres i forhold til at få behandlingerne til at passe ind i de aftaler, de havde i kalenderen.

Hvor Inken tog til Danmark for at få et barn, fordi lovgivningen i Tyskland ikke tillader behandling, så var det knapt så logistisk udfordrende for andre af mine informanter. For parret Sarah og Hans fra Sverige, havde det ikke været en svær beslutning at tage til Danmark for at gennemgå behandling. På grund af Hans' alder havde parret ikke mulighed for at blive fertilitetsbehandlet i Sverige, en behandling der var nødvendig eftersom Hans havde fået foretaget en vasktomi. For Hans betød det genetiske slægtskab ikke så meget, da han havde fået børn i et tidligere ægteskab. Derfor havde de valgt at anvende sæddonation ved hjælp af insemination, selvom man gennem operation muligvis kunne finde sædceller i hans testikler, der efterfølgende kunne befrugte æg taget ud gennem in vitro fertilisation (IVF).



Eftersom Danmark er en velkendt destination for fertilitetsbehandling i den sydlige del af Sverige, og der er mange private klinikker i Københavnsområdet, var de godt bekendt med de private fertilitetsklinikker i Danmark. De havde valgt en lægejet klinik for at sikre at personalet havde en god rutine, hvilket de mente var muligt med et godt flow af patienter. Derudover foretrak de anonym donation. Da Danmark var tæt på deres bopæl følte omgælsen af den svenske lovgivning ret uproblematisk for Hans: «Og Danmark er ikke udenlands. Det er som at rejse til en anden kommune. Det er som at tage til Lund i stedet for. Den opfattelse af, at man rejser udenlands, da skal man nok rejse længere væk.»

Rejsen over grænser kan således også opleves uproblematisk, og herved være med til at legitimere en behandling og donorvalg som ikke er mulig i det pågældende land. Samtidig kan rejser, der er lange, dyre, logistisk udfordrende og kræver overtalelse af lokale læger, understrege de stigmatiseringer og eksklusioner som for eksempel selvvalgte mødre og lesbiske kan opleve i mødet med samfundet.

## **Anonym eller ikke-anonym donor?**

På trods af at Hans og Sarah ikke føler, at de krydser nationale grænser ved at rejse til Danmark for at få behandling, så forhandler de i praksis ikke blot spørgsmål om Hans' mulighed for at blive far, de forhandler også spørgsmålet om anonymitet eller ikke-anonymitet. I Sverige er det nemlig ikke legalt, at anvende en anonym donor. Selvom de i Danmark kunne have valgt en ikke-anonym donor, hvis de var taget på en jordemoderklinik, har de valgt den lægejede, hvor de i foråret 2012 kun kunne anvende sig af anonym donor.

Hvor Sarah og Hans var sikre på valget af anonym donor, var der flere af de kvinder jeg interviewede, der var usikre på deres valg. Nadja fra England ønskede at blive selvvalgt mor.<sup>27</sup> Hun havde da jeg interviewede hende, været igennem 16 behandlingscykluser med insemination og tre med IVF uden at behandlingerne var endt i det ønskede barn. Hendes første behandling havde fundet sted på en jordemoderklinik, hvor hun havde sat pris på, at hun selv kunne tage valget mellem at anvende anonym og ikke-anonym donation. Det stod i modsætning til England, hvor lovgivningen, som i Sverige og Norge, kun tillader ikke-anonym donation. Igennem de mange behandlinger havde hun ændret donor og donortype. Hvor hun først havde valgt at anvende ikke-anonym donor, anvendte hun da jeg interviewede hende, anonym donor.

Gennem denne proces var jeg usikker på, om jeg ville anvende en åben donor [...] det var mest fordi, jeg vidste ikke, hvad jeg ville fortælle mit barn. Jeg vidste ikke, om jeg ville fortælle sandheden. Hvis jeg fortæller sandheden, vil han måske vide, hvem der done-rede sæden. Til sidst konkluderede jeg, at selvom det er dyrere, så ville jeg anvende en åben donor. Fornylig er jeg blevet mere skeptisk i forhold til, om det virker, så det blev også et spørgsmål om penge, jeg var allerede begyndt at overveje, om jeg skulle anvende lukket donor (anonym donor) på grund af at jeg har brug for at spare penge [...] og så hørte jeg om denne klinik. Fordi som jeg forstår det, så anvender man kun lukkede donorer i denne klinik [...] Jeg vil ikke engang tænke på hvad jeg skal sige til barnet mere, men nu hvor jeg kun kan anvende lukket donor, så må jeg forholde mig til spørgsmålet senere, når jeg har fået et barn.

---

27 Selvvalgt mor er den betegnelse mange kvinder, der vælger selv at få barn, anvender om sig selv. De vil gerne gøre op med de negative konnotationer der knytter sig til begrebet enlig mor.

Eftersom jeg interviewede Nadia i 2012, inden lovgivningen var blevet ændret, kunne læger ikke udføre fertilitetsbehandling med ikke-anonym donor. Derudover havde hun ikke råd til den dyrere ikke-anonyme sæd og den højere pris på behandling på jordemoderklinikken. Hun var derfor blevet nødt til at genoverveje spørgsmålet om anonymitet. For hende var det vigtigste, at få et barn, ikke om donoren var anonym. Etik bliver herved forment af økonomiske og juridiske rationaler og kan ikke adskilles.

## Donor på nettet

Selvom det i Danmark tidligere har været kutyme, at klinikpersonalet valgte donor, så blev salg og herved valg af sæd foretaget af forældre via websites fra ca. midten af 00'erne. Denne praksis var således allerede introduceret, da lovgivningen i 2012 blev vedtaget. Da lovgivningen trådte i kraft samme år, var det kun muligt på de lægeejede klinikker, at behandle kvinder med sæd fra en ikke-anonym donor, hvis kvinden eller parret selv bestilte sæden via sædbankernes websider.

På trods af at Inken fra Tyskland var usikker på, om hun ville fortælle sin familie om at et eventuelt barn var blevet til ved hjælp af donorsæd i Danmark, havde hun valgt en ikke-anonym donor, og har i den forbindelse bestilt sæden selv på nettet. Oplevelserne af at hendes beslutning om at blive mor alene, ikke er legitim i dele af hendes familie, omgangskreds og landets lovgivning, har på en række måder påvirket hendes donorvalg. Gennem sin beretning understregede hun, at hun ikke ønskede, at hendes kommende barn skulle udsættes for unødige udfordringer. At vokse op med en enlig mor i Tyskland, var allerede problematisk.

Hendes umiddelbare donorønske går på, at donoren skal være høj, have brunt hår, blå øjne, og så vil hun gerne have en donor, der er indenfor et velanskrevet erhverv, fordi som hun siger med et stort grin og humor: «Det gør at barnet muligvis er intelligent». I sine forklaringer tilføjer hun også hvilke fravalg hun lavede. Hun ønskede for eksempel ikke en rødhåret donor, og hun valgte ikke en mørkhudet donor, fordi hun er bange for, at det i Tyskland ville skabe problemer for hendes barn. Inken beskriver det syn der er på ikke-hvide på følgende måde:

Vi har aggressive mennesker i Tyskland, som går efter fremmede. Og det ønsker jeg ikke, at udsætte mit barn for. Det er derfor jeg vil have en kaukasiske donor, på grund af den hvide hud. Fordi ellers har du – så har du ikke de samme privilegier i samfundet. Hvis du ser europæisk ud, så har du flere fordele. Det bliver et meget lettere liv. Derfor mener jeg ikke, at man skal vælge, at få et barn der ligner en fremmed. Det skaber et svært liv. I udgangspunktet har dit barn ikke en far. Jeg tænker, det er et problem, et stort stort problem. Det skal ikke have flere problemer.

Inkens valg i forbindelse med donorens hudfarve og hendes argumenter for, at hun ikke vil sætte sit i forvejen udsatte barn i større problemer ved at vælge en donor, der er mørk i huden, skyldes en angst for at barnet vil blive udsat for racisme. Interessant nok åbner Inkens refleksioner for spørgsmål, som ikke er blevet stillet, når donoren vælges på klinikken, som da Hans og Sarah valgte donor. De tog for givet, at donoren lignede Hans, var hvid og havde neutrale kropstræk. Inkens position reflekterer ikke bare hendes egen forståelse af race og etnicitet, men skaber indblik i hvordan racialisering finder sted i samfundet. Den illustrerer, hvordan hudfarve, racisme og distribution af privilegier er knyttet sammen. Derfor bliver spørgsmålet om racialisering relevant for Inken i hendes valg af donor.

Donorvalg handler således ikke blot om at skabe familiært slægtskab. For Inken handler valget af donor ud fra parametre om hudfarve, hårfarve og information om profession om, at hun forsøger at kompensere for de problemer hendes valg som enlig mor kan skabe for hendes kommende barn. Det er også en af grundene til, at hun ligesom Nadia overvejer at fortælle omverdenen, at barnet er blevet til gennem en affære.

Samtidig med at Inkens argumentation går igen i nogle af de beretninger, mine informanter har fortalt, så er deres konkrete valg og forestillinger om donorvalg meget varierende. Det de alle på forskellige måder har til fælles er, at beretningerne er subversive i forhold til lovgivning og donorpraksis. Hvordan donorvalg eventuelt kan forme det gode liv for det kommende barn, adskiller sig således.

Hanna fra Sverige var hvid ligesom Inken fra Tyskland. I modsætning til Inken var det vigtigt, at hun anvendte en sort donor. Hun havde nemlig et barn fra et tidligere forhold med en mand med mørk hud, og gennem donorvalg ønskede hun sig at børnene ville føle sig beslægtet. Der er dog et meget begrænset udvalg af donorer, der ikke er hvide. Da Hanna havde set, at der var en donor, der passede hendes ønsker, havde hun købt sædstrå<sup>28</sup> fra ham og straks påbegyndt behandling. Det var ikke babybilledet, som hun havde fravalgt at købe, der havde gjort hende interesseret i donoren, men derimod hans psykologiske test, hans beskrivelse af sig selv og særligt beskrivelsen af hvilke sygdomme, der var i hans familie. Det viste nemlig, der ikke var mange sygdomme, og at han var en ung donor. Særligt hans unge alder og familieprofilen mente hun var gode grunde til at vurdere, at der ville være en lavere risiko for arvelige sygdomme. Hanna var således ikke så optaget af, at finde en mand hun

---

28 Et sædstrå er et tyndt rør som den nedfrosne donorsæd opbevares i.

potentielt kunne se sig selv med, hvilket var en strategi en del af kvinderne anvendte. Hendes valg handlede derimod om at skabe slægtskab mellem hendes børn, og sikre et liv med begrænset risiko for arvelige sygdomme.

Samtidig med at både Hanna, Inken og også Hans og Sarah havde været optaget af at donorens uddannelsesniveau, beskrev Kristin fra Norge, at hun ikke engang kunne huske hvad donoren havde læst eller hvad han lavede. Hun havde været optaget af, hvad han sagde på den lydoptagelse, der lå af ham på nettet, hvor han forklarede sine bevæggrunde for at være donor. Hun havde særligt lagt vægt på, at han havde beskrevet, at han så frem til at møde sine børn efter donationen.

Oprindeligt havde hun været bekymret for at anvende en ikke-anonym donor, fordi hun var nervøs for, at barnet ville blive skuffet, hvis donoren alligevel ikke ønskede kontakt. Derfor havde hun i modsætning til Hanna valgt en moden donor på 33. Hun håbede, at en mere moden donor bedre ville kunne forudse konsekvenserne af en ikke-anonym donation, hvilket samtidig ville sikre hendes kommende barn mod et potentielt svigt. Så hvor nogle kvinder og par foretrak, at donoren havde en ung alder for at nedsætte risikoen for arvelige sygdomme, så var en moden donor et væsentligt selektionskriterium for Kristin. Hvor selektionskriterierne adskiller sig, så er deres bevæggrunde den samme. De fertilitetsrejsende vælger donor ud fra, hvad de mener vil være bedst for deres barn og familie.

## **Accountability som teknologietisk greb**

Igennem dette kapitel, har jeg undersøgt, hvordan fertilitetsrejsende vælger sæddonor, når de søger behandling i Danmark. Samtidig har jeg haft til formål at skabe refleksioner over hvordan teknologietisk kritik kan formuleres ansvarligt.

Gennem 27 interview med fertilitetsrejsende kvinder og par har jeg opnået indsigt i hvordan donorseleksion finder sted. Med udgangspunkt i Haraways accountability-begreb har jeg skabt mulighed for, at de fertilitetsrejsendes valg blev beskrevet situeret. Beretningerne illustrerer meget tydeligt, at de præmisser Birkler har stillet op i den etiske diskussion i medierne i forbindelse med den nye lovgivning, ikke stemmer overens med de bevæggrunde som de potentielle forældre valgte donor ud fra. Det er fortællinger, der viser hvor komplekse sæddonorvalg er. De handler i begrænset omfang om forældre forventninger til børn, gener og teknologi, som er præmissen for Birklers argumentation for at forbyde anvendelsen af udvidede donorprofiler. Derimod bliver det i de fertilitetsrejsendes historier klart, at alt fra regulering, rejselogistik, arbejde, økonomi, drømmen om et barn, følelsen af stigmatisering, forestillinger om racisme eller racialiserede slægtskaber, alder på donor og normativiteter om relationer mellem donor, børn og de kommende forældre spiller ind i valgene på forskellige måder. Det er denne kompleksitet, der er med til at forme de fertilitetsrejsendes etik i praksis. Det er heterogene beretninger, der ikke giver noget entydigt billede af fertilitetsrejsende og mulige kommende forældre, der anvender sig af sæddonation. Dog er der en ting, der går igen som en rød tråd, og det er at forældrene har valgt og ageret på måder, som de mener vil skabe de bedste rammer for deres kommende børn.

Uanset om selektionen, der finder sted, er foretaget af klinikken eller den kvinde eller det par, der er i behandling, er selektion dog langt fra en uskyldig handling. Fortællingerne er stærkt normative. De skaber indblik i, hvordan privilegier distribueres og opfattes i vores samfund. Blandt andet bliver race centralt i alle historierne, fordi fænotyper har betydning både for slægtskabsforståelser, men også i forhold til inklusioner og

eksklusioner og privilegier i samfundet. Det blev tydeligt fordi fertilitetsrejsende navigerer i et normativt landskab, da de både anvender teknologi, der ikke kan undgå at involvere selektion af donor, samtidig med, at ikke bare nationale, men herved også de juridiske rammer for behandling overskrides og udfordres. Beretningerne lægger på den måde op til, at etiske diskussioner inkluderer de komplekse forhold som fertilitetsrejsende og andre brugere af sæddonor står overfor. Beretningerne kalder med andre ord på, at diskussioner af (teknologi)etisk karakter handler lige så meget om allerede eksisterende normativiteter og eksklusioner, som anvendelsen af teknologierne både er med til at reproducere og forandre. Beretningerne illustrerer også hvordan etik i praksis er foranderlig. Ligesom den danske lovgivning og lovgivningen omkring os har ændret sig radikalt i løbet af de senere år, ændrer fertilitetsrejsendes valg af donor sig indimellem over kort tid. Nogle gange skyldes den ændrede praksis, de indgår i, at lovgivningen ændres og muliggør en ny donationsform. Det skete for eksempel i 2012, da anvendelsen af ikke-anonym donation og donation med udvidede profiler blev mulig for danske læger. Andre gange skyldes det dog økonomiske forhold. I dag er anvendelsen af ikke-anonym donor meget dyrere end anonym donation. Beretningerne viser også, at valget af donor er væsentligt for anvenderne af sæddonation, da det er en beslutning, de mener på forskellige måder har betydning for deres kommende barn og den er svær at gøre om, efter graviditeten. Det er også tydeligt fra deres fortællinger, at det er en udfordring at navigere i de reguleringer og økonomiske rammer, der sættes.

Min pointe, er dog ikke at problematisere, at vi i offentligheden diskuterer teknologi, etik og selektiv reproduktion som Gammeltoft og Wahlberg (2014) har beskrevet reproduktionsteknologi, hvor selektion af gameter, fostre og forældre finder



sted. I stedet ønsker jeg at udfordre hvilke præmisser teknologietik og teknologikritik foregår på, og hvordan det kunne foregå på ansvarlige præmisser. Med udgangspunkt i Haraways begreb om accountability, vil jeg argumentere for væsentligheden ved at styrke den empiriske etik, der situerer de etiske diskussioner i det levede og komplekse liv, der sjældent kommer frem, når en teknologi diskuteres med udgangspunkt i universaliserede præmisser. For som beretningerne viser, er der i praksis et væld af spørgsmål og problemstillinger, der kalder på at blive diskuteret videnskabeligt, og i den brede offentlighed. Den situerede etik skaber komplekse historier og mulighed for at stille spørgsmål der rejser sig ud af livspraksis. Fortællingerne fra de fertilitetsrejsende har blandt andet åbnet op for spørgsmål som hvordan valg af donor kan tages så det bliver godt for barnet – hvilket var ønsket for alle jeg interviewede. Det er dog et spørgsmål der stadig kalder på flere undersøgelser. Udover at forskning har vist at det er i barnets interesse at få viden om at det er blevet til via donor (Daniels 2007), er der ikke noget entydigt svar på, hvad der er de mest relevante selektionskriterier, når sæddonoren skal vælges. Et andet relevant spørgsmål er hvorfor det for enlige og lesbiske kvinder fra en lang række lande, endnu ikke er tilladt at modtage behandling? Den forskning, der findes, viser nemlig, at børn af selvvalgte mødre og lesbiske kvinder klarer sig godt (Golombok, 2015). Beretningerne rejser også et langt mere grundlæggende spørgsmål om hvordan det kan være, at vi i samfundet privilegerer hvidhed i en grad så en potentiel mor bliver nervøs for, at hendes barn vil kunne opleve racisme, hvis hun vælger en donor, der ikke er hvid. Hvordan kan det være, at dette spørgsmål endnu ikke er rejst i Det Etske Råd i Danmark? Er racialisering og racisme spørgsmål, der står udenfor den etiske dagsorden? Og så kan det undre, hvorfor sæd fra ikke-anonyme donorer skal prissættes på en måde, så anvendere af

sæddonation ender med at vælge ikke-anonym donation, ikke fordi det er det, der stemmer overens med hvad de potentielle forældre ønsker, men fordi det er det, de har råd til?

## Referencer

- Adrian, S.W. (2006). *Nye Skabelsesberetninger om æg, sæd og embryoner. Et etnografisk studie af skabelser på sædbanker og fertilitetsklinikker*. Tema G. Linköping, Sweden: Linköping University.
- Adrian, S.W. (2010). Sperm Stories: Policies and Practices of Sperm Banking in Denmark and Sweden. *European Journal of Women's Studies* 17(4), s. 393–411.
- Adrian, S.W. (2016). 12. Subversive Practices of Sperm Donation: Globalising Danish Sperm. I: C. Kroløkke, L. Myong, S.W. Adrian og T. Tjørnhøj-Thomsen (red.), *Critical Kinship Studies*, s. 193–202. London: Rowman & Littlefield International.
- Albæk, E. (2003). Political Ethics and Public Policy: Homosexuals between Moral Dilemmas and Political Considerations in Danish Parliamentary Debates. *Scandinavian Political Studies* 26(3), s. 245–67.
- Almeling, R. (2011). *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*. University of California Press.
- Birkler, J. (2012). *Helt Uden Grænser*. København: Munksgaard
- Bryld, M. (2001). The Infertility Clinic and the Birth of the Lesbian: The Political Debate on Assisted Reproduction in Denmark. *The European Journal of Women's Studies* 8(3), s. 299–312.
- Daniels, K. (2007). Donor gametes: anonymous or identified? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 21(1), s. 113–128.
- Daniels, C. og Golden, J. (2004). Procreative compounds popular eugenics, artificial insemination, and the rise of the American sperm banking industry. *Journal of Social History* 38(1), s. 5–2.
- Det Ethiske Råd (2017). <http://www.etiskraad.dk/om-det-etiske-raad>, lastet ned 03.02.17.
- Gammeltoft, T. og Wahlberg, T.(2014). Selective Reproductive Technologies. *Annual Review of Anthropology*, 43, s. 201–216.
- Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Haraway, J. D. (2003). Cloning Mutts, Saving Tigers. Ethical Emergents in Technocultural Dog Worlds. I: S. Franklin og M. Lock. (red.), *Remaking Life & Death. Toward an Anthropology of the Bioscience*, s. 293–327. SAR Press.
- Haraway, J. D. (1991). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. I: Haraway, J.D. (1991), s. 183–202. *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Kroløkke, C. (2009). “Click a Donor: Viking Masculinity on the Line.” *Journal of Consumer Culture* 9(1), s. 7–30.
- Layne, L. (2013). «Creepy», «freaky» and «strange»: How the «uncanny» can illuminate the experience of single mothers by choice and lesbian couples who buy «dad», *Journal of Consumer Culture* 13(2), s. 140–159.
- Liljestrand, P. (1995). Legitimate State and Illegitimate Parents: Donor Insemination Politics in Sweden. *Social Politics: International Studies In Gender, State, and Society* 2(3), s. 270–304.
- Mohr, S. (2014). Semen: An Ethnography of Donating Sperm in Denmark. PhD-afhandling, Københavns Universitet.
- Petersen, M. N. (2009). Fra Barnets Tarv til Ligestilling: En Queerteoretisk Undersøgelse af Folketingets Forhandlinger om Kunstig Befrugtning. *Kvinder, Køn og Forskning*, 2, s. 30–42.
- Polkinghorne, D. (1995). Narrative Configuration in Qualitative Research. *Qualitative Studies in Education* 8(1), s. 5–23.
- Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: relations with technologies in health care. *Med Health Care and Philos*, 18, s. 81–90.
- Schmidt, M. og Lisa, J.M. (1998). Constructing a «Good Catch», Picking a Winner: The Development of Technosemen and the Deconstruction of the Monolithic Male. I: Davis Floyd, R og Dumit J. (red.), *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*, s. 21–39. Abingdon, UK: Routledge.
- Statens Serum Institut (2013). Assisteret Reproduktion, Tal og Analyse. Copenhagen: Statens Serum Institut, Lest 28.04 2015. <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Registre%20og%20kliniske%20databaser/Registre/Assisteret%20Reproduktion%202013.ashx>
- Spilker, K. (2007). Teknologiske Trekanter? Om assistert reproduksjon i et komplisert normativt landskap. I: B. Andersen, T. Annfelt og A. Bolsø (red.) *Når heteroseksualiteten må forklare seg*. Trondheim: Tapir

- Stormhøj, C. (2002). Queering the Family: Critical Reflections on State-Regulated Heteronormativity in the Scandinavian Countries. I: G. Söderström og J. Magnusson, *Farväl Heteronormativitet*, s. 38–56. Huddinge: Lambda Nordica Förlag.
- Sørensen, T.K: (2012). Skal sæddonoren være mægler eller violinist? *Jyllandsposten*, sektion 1, s. 8–9.
- van de Poel, I. og Royakkers, L. (2011). *Ethics, Technology, and Engineeering. An Introduction*, s. 65–108. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Willems, D. og Pols, J. (2010). *Goodness! The empirical turn in health care ethics. Medische Antropologie* 22(1), s. 161–168.

# 10

## Evidens mellom objektivering og kontekstualisering

*Guðrun Brottveit*<sup>a)</sup> (1. forfatter) og *Ingrid Femdal*<sup>a)</sup>

### **Evidence between objectification and contextualization**

The chapter highlights different ways of understanding evidence-based knowledge in light of the traditional distinction between the natural sciences- and a humanistic view of knowledge. The chapter shows how the evidence concept has moved towards a more unitary scientific view of knowledge. Because of the strong focus on evidence, the view on what is valid research, knowledge and practices have changed in recent years. This, in combination with stricter criteria for what is considered as evidence based knowledge, has moved the health and social care research and practices towards greater standardization and contributed to lose the individual out of sight. Through two stories from practice, the chapter illuminating how the context of treatment affects meeting between the professional practitioner and the

---

a) Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

recipient of help. A recurrent theme in this chapter is to show the knowledge basis of health and social sciences, what these disciplines are in need of and how we best can safeguard their uniqueness and complexity in an era of ever-changing knowledge requirements.

## Innledning

Kravet til evidens i helse- og sosialfagene har økt de siste årene i den hensikt å styrke og kvalitetssikre praksisutøvelsen. Samtidig kritiseres evidens for å være et *styringskonsept* som begrenser praksisutøvernes faglige autonomi, da den innebærer større grad av standardisering i behandlingen. Vårt utgangspunkt er at helse- og sosialfaglig forskning og praksisutøvelse springer ut av et vitenskapsteoretisk grunnsyn, som påvirker profesjonsfagenes tenke- og handlemåter. Med profesjonsfag tenker vi her på yrkesgrupper som sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, velferdsarbeidere, sosionomer og ergoterapeuter.

Flere vitenskapsteoretikere og fagfolk understreker betydningen av en større bevissthet om helse- og sosialfagenes vitenskapsteoretiske idegrunnlag (Fossestøl, 1997; Howe, 1992; Nerheim, 1995; Skjervheim, 1996). I dette kapitlet belyser vi hvorvidt dagens økte krav til evidens er forenlig med helse- og sosialfagenes kunnskapsbehov.

Kapitlet drøfter evidensbegrepets betydning i helse- og sosialfaglig forskning og praksis i lys av et naturvitenskapelig- og humanistisk kunnskapsideal (Nerheim, 1995), basert på ulike tekster om evidens. Videre fremstilles og belyses to ulike caser hentet fra forfatterens praksishverdag. Hensikten med casene er å illustrere hvordan evidens kan få forskjellig uttrykk i praksis. I den første casen møter vi Tone, en ung kvinne som er tvangsinnlagt i en psykiatrisk institusjon. Fortellingen illustrerer hvordan tvang og

standardiserte behandlingsopplegg bidrar til å skape avstand, fremfor nærhet, mellom Tone og hennes hjelpere. Den andre casen omhandler Martin, en voksen mann med diagnosen KOLS som får hjelp og oppfølging fra hjemmesykepleien. Fortellingen viser hvordan evidensbasert kunnskap og faglig profesjonelt skjønn kan kombineres på en fruktbar måte.

Gjennom vår lesning av aktuell faglitteratur om evidens og de to fortellingene fra praksis ønsker vi å belyse evidensbegrepets utvikling og i hvilken grad evidens, slik det fremstår i dag, gir mening i helse- og sosialfaglig forskning og praksis. Vi har valgt ut faglitteratur som på ulike måter tematiserer evidens, og de mest sentrale kildene er Angel (2003), Bang og Martinsen (2013), Cochrane (1972), DiCenso, Bayley og Haynes (2009), Ekeland (2014), Fossestøl (2013), Guyatt mfl. (1992), Marthinsen (2004), Martinsen (2009), Melberg (2002), Rønnestad (2008), Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson (1996), samt Terum og Grimen (2009).

Bakgrunnen for at vi stiller oss spørrende til evidensbegrepets relevans for helse- og sosialfagene, bunner i at evidensbasert praksis bygger på standardiserte behandlingsmetoder som i mindre grad åpner for erfaring og faglig skjønn i praksisutøvelsen. Sistnevnte er vesentlig i praksiser som er opptatt av medvirkning, fellesskap og av å se og møte individet kontekstuellt.

Vårt analytiske mål er derfor å belyse utfordringer som oppstår når kravene til erfaringsbasert og evidensbasert kunnskap møtes, og hvorvidt disse er forenlig i helse- og sosialfaglig forskning og praksis. Videre gis en fremstilling av evidensbegrepets fremvekst i helse- og sosialfagene de siste årene.

## **Fra vilkårlig til forskningsbasert praksis**

Det hersker bred enighet om at helse- og sosialfaglig arbeid skal være basert på forskning av høy kvalitet og ikke utelukkende

basert på den enkelte yrkesutøverens intuisjon og faglige skjønn. Intensjonen bak evidens var å hindre vilkårlighet og basere profesjonell praksis på dokumenterbare forskningsresultater (Fossestøl, 2013; Grimen og Terum, 2009). Den skotske legen Archie Cochrane betegnes som «den evidensbaserte medisins far». Allerede i 1970-årene uttalte Cochrane (1972) at bruk av randomiserte, kontrollerte studier (RCT) ville effektivisere det medisinske fagfeltet og gjøre det mer pålitelig. I RCT testes behandlingsopplegg og metoder på et tilfeldig utvalg, som igjen fordeles i en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe. Siktemålet er å sammenligne behandlingsresultatene for de to gruppene og gjøre kliniske studier tilgjengelig for metastudier (Angel, 2003; Melberg, 2002) for å avdekke hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt (DiCenso mfl., 2009).

Hensikten med den medisinske, evidensbaserte forskningen var at kunnskap, utviklet gjennom standardiserte studier av klinisk praksis, skulle implementeres i medisinsk behandling. Denne endringen i tenkemåte innebar et paradigemeskifte i medisinsk forskning og praksis. Ifølge Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten utgjør forskningsoppsummeringer en viktig bærebjelke i helsetjenestenes virksomhet<sup>29</sup> (og omtales gjerne som klinisk forskning i faglitteraturen. I Cochrane-håndboken påpekes det også at kvalitativ forskning kan styrke, nyansere og gi supplerende kunnskap til standardiserte effektstudier av behandlingstiltak (Berg og Munthe-Kaas, 2013, s. 131). Et slikt syn støttes av Sackett mfl. (1996), som understreker at evidensbasert medisin (EBM) ikke var ment å fungere som en «kokebok» for medisinsk praksis, men at praksis må integrere «the best external evidence with individual clinical expertise and patients's choice» (Sackett mfl., 1996, s. 72). Slik vi

---

29 <http://www.kunnskapssenteret.no/>



leser dette, åpner evidensbegrepet for at menneskelig erfaring og opplevelser, både fra profesjonsutøverne og de som er motakere av hjelp, kan bidra til å nyansere den evidensbaserte kunnskapen. Til tross for dette har kravene til evidensbaserte metoder basert på representativitet, målbarhet og etterprøvbare forskningsresultater økt i senere år. Dette har bidratt til større standardisering og et bredere perspektiv på manualstyrte behandlingsprogrammer, også innenfor helse- og sosialfaglige praksiser.

Når det henvises til evidens i helse- og sosialfagene, benyttes ofte begrepene *evidensbasert-* og *kunnskapsbasert praksis* om hverandre. Begge begrepene indikerer at kunnskapen som ligger til grunn for praksis, er basert på forskning. Angel (2003) påpeker imidlertid at begrepet evidensbasert skiller seg fra begrepet kunnskapsbasert ved at det innehar strengere og annerledes krav til vitenskapelighet:

Å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert (...) er ikke uproblematisk uten noen nærmere redegjørelse for hva en legger i forståelsen av kunnskap (...). Begrepet evidensbasert dreier seg om noe mer enn de tradisjonelle begrepene som dokumentert kunnskap, forskningsbasert eller vitenskapelig bevist. Det dreier seg om en helt spesiell metode hvor man stiller spesifikke krav før resultatene godkjennes. Forskningen som godkjennes i evidensbaserte programmer, bygger på randomiserte studier (tilfeldige utvalgsstudier) som legges inn i databaser hvorpå en foretar metastudier (studier av studiene) for å finne ut hvilken behandling som gir de beste resultatene (Melberg, 2002). Derfor blir det for unyansert å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert (Angel, 2003, s. 67).

Slik vi leser Angel, indikerer evidensbasert praksis, i sterkere grad enn kunnskapsbasert, at kunnskapen som legges til grunn for praksis, er basert på forskningsresultater som er vitenskapelig

dokumentert, gjennom randomisering og (re)testing (Guyatt mfl., 1992). Mens betegnelsen kunnskapsbasert praksis ikke nødvendigvis betyr at forskningen er basert på standardiserte metoder, har vært (re)testet og/eller lar seg bevise vitenskapelig.

Store deler av helse- og sosialfaglig praksisforskning er basert på humanvitenskapelige idealer, der menneskelig erfaring og subjektive opplevelser innhentes og gjøres til gjenstand for studier. Når vi her anvender begrepet praksisforskning, så peker det tilbake på kvalitativ forskning knyttet til profesjonsfagenes yrkesvirksomhet. Erfaringer fra yrkesutøvere og personer som mottar hjelp, danner her et viktig kunnskapsgrunnlag for å utvikle *idealtypiske modeller* for praksisfeltet. Selv om praksisforskning ikke baseres på randomiserte studier eller gir grunnlag for en objektivt og generaliserbar kunnskap, kan den allikevel gi verdifull viten og ha overføringsverdi til beslektede praksisfelt.

Ifølge Ekeland (2014) eksisterer det et spenningsforhold mellom kunnskapssyn med forankring i et objekt- og et subjektontologisk grunnsyn. *Objektontologien* legger mest vekt på sykdomstilstanden, eller selve diagnosen, noe som kan bidra til objektivisering av pasienter. Objektontologien bygger på randomisert empirisk forskning, der objektivitet, standardiserte metoder og generaliserbarhet står sentralt. Vi velger her å betegne denne kunnskapsformen for *naturvitenskapelig evidensbasert kunnskap*, som i sin reneste form betyr beviselig kunnskap. Dette står i kontrast til et humanvitenskapelig kunnskapsideal der *subjektontologien* har sin forankring. Her utgjør subjektivitet, kontekst og medvirkning en viktig del av kunnskapsgrunnlaget (Nerheim, 1995). Et subjektontologisk grunnsyn er opptatt av helhetstenkning, enkeltindividet og dets subjektive forståelse av egen helse og livskvalitet som en viktig ressurs i praksisutøvelsen.

Helse- og sosialfaglige praksiser er, i større grad enn medisinske fag, basert på individuelt tilpassede behandlingsopplegg som ikke egner seg for klinisk (re)testing og generalisering i samme grad. Profesjonsfagene krever fleksible metoder som fanger opp nyanser og mangfold både i praksisutøvelsen og forskning. Denne kunnskapsformen betegnes her som *humanvitenskapelig erfaringsbasert kunnskap*, nettopp fordi subjektontologien er opptatt av enkeltindividets opplevelser, subjektive behov og menneskelig erfaring.

I neste del belyser vi hvordan dagens forståelse og praktisering av evidensbegrepet forholder seg til profesjonsfaglige praksiser, samt mulige konsekvenser av en evidensbasert praksis for disse fagene.

## **Helse- og sosialfagene - mellom et naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskapsideal**

Helse i et naturvitenskapelig perspektiv forklares kausalt og klassifiseres innenfor dikotomien syk/frisk, der helse gjøres til gjenstand for diagnostisering og behandling etter objektive kriterier (Nerheim, 1995). En slik tilnærming bidrar til et distansert og objektivert menneskesyn. Mens et humanvitenskapelig kunnskapsideal innebærer synet på mennesket som selvstendige, handlende subjekter og som noe langt mer enn sin lidelse, sin diagnose og sin situasjon (Skærbæk og Nissen, 2014). Innenfor dette perspektivet utgjør kontekst og menneskers livshistorier, ressurser og medvirkning viktige fundamentet i behandlingen. En slik tilnærming til helse- og sosialfaglig arbeid innebærer derfor et brudd med predefinerte kliniske forståelsesmåter og den evidensbaserte medisinske objektiverte kunnskapssyn.

Et humanvitenskapelig kunnskapssyn fokuserer ikke i samme grad på diagnostisering og årsaksforklaringer, men er i større grad basert på medvirkning og opptatt av å forstå og fortolke enkeltindividers helse og reaksjonsmønstre i lys av konteksten de er en del av. Å betrakte enkeltindividet som medvirkende i eget behandlingsopplegg var også sentralt i opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008). Hensikten med planen var å styrke tjenestetilbudet, fremme enkeltindividets uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv og bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer (Rønnestad, 2008; Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Opptrappingsplanen ble lansert i en periode da evidensbasert praksis var i ferd med å etableres i fagmiljøene. Den var en viktig kilde til å fremme betydningen av enkeltmenneskets medvirkning i egen behandling. I artikkelen «Fra subjekt til objekt – og tilbake?» viser Ekeland (2014) hvordan opptrappingsplanen har lykket med å bidra til en sterkere oppmerksomhet om enkeltindividet. Samtidig stiller han spørsmål ved om senere års praktisering av evidens har beveget oss tilbake til en diagnoseorientering i psykisk helsearbeid. Ekeland (ibid.) understreker at et kunnskapssyn basert på moderne styringslogikker, rebiologisering, medikalisering og diagnostisering bidrar til objektivering av enkeltmennesker og øker risikoen for *inhumanitet* i behandlingen. Som en konsekvens av dette vil synet på enkeltindividet som subjekt i eget behandlingsopplegg svekkes. Å imøtekomme behovet for et helhetlig og individuelt tilpasset hjelpetilbud utfordrer profesjonsutøverens refleksive, analytiske og kommunikative evner og dennes fagprofesjonelle skjønn (Ekeland, 2014).

Store deler av helse- og sosialfagenes praksiser kan ikke baseres på forutbestemte behandlingsmanualer, men kjenne-tegnes av en *stilltiende kunnskapsmengde* (Brottveit, 2007), som

både kan bestå av *innlærte ferdigheter*, for eksempel innlærte teknikker/strategier i yrkesutøvelsen (Polanyi, 1958) og *faglig innsikt*, basert på profesjonsutøverens erfaringer, faglige skjønn og forståelse av egen praksisvirkelighet. Den stilltiende kunnskapen omtales i det videre som erfaringsbasert kunnskap. Ifølge Giddens (1984) handler mennesker ofte ut fra en umiddelbar viten (know how) om hva som «føles» riktig i en gitt situasjon, uten at deres handlinger lar seg begrepsfeste eller begrunne eksplisitt. Fossetøl (2013) understreker nettopp dette poenget når hun hevder at helse- og sosialfaglige praksiser preges av en *situativ kunnskap* som først og fremst hører øyeblikket til. Et viktig kjennetegn ved den stilltiende kunnskapen er at den er subjektiv, erfaringsnær og kontekstspesifikk, og at den derfor ikke kan studeres objektivt. Praksisforskningen handler først og fremst om å fange opp og å systematisere praksiserfaringer som kan bidra til fornyet innsikt i profesjonsfagernes praksisvirkelighet. Det er derfor viktig at kunnskaps- og metodeutvikling i praksisdisiplinene skjer i nær dialog med praksisfeltets profesjonsutøvere og de som mottar ulike tjenester (Brottveit, 2007; Nerheim, 1995).

Praksisforskningen er derfor basert på et annet kunnskapsgrunnlag enn et randomisert kontrollert forskningsdesign, der siktemålet er å studere behandlingseffekter, årsaksvariabler og kausalforklaringer, for eksempel ved utbredelse av sykdom. Den erfaringsbaserte praksisforskningen og den evidensbaserte, kliniske forskningen har begge et felles mål om å styrke profesjonell praksis. Økt innsikt i og forståelse for praksisfeltets kompleksitet, større kunnskap om den enkeltes erfaringer og behov samt utvikling av manualstyrte behandlingsprogrammer er av stor betydning for praksisfeltet. En viktig utfordring i spennet mellom erfaringsbasert og evidensbasert kunnskap er å oppdage gråsonene mellom dem og å kunne kombinere

mellommenneskelig innsikt og skjønn med formalteoretisk kunnskap og standardiserte behandlingsmetoder når det er behov for dette.

I vår lesning av faglitteraturen om evidens merker vi oss evidensbegrepets sterke forankring i et naturvitenskapelig, evidensbasert kunnskapsideal og hvordan evidensbasert praksis på relativt kort tid har spredd seg fra klinisk medisin til å omfatte stadig flere helsefaglige, men også sosialfaglige praksisfelt. Dette understøttes av Marthinsen (2004), som understreker at evidensbasert kunnskap er innovasjoner i nyere tid ved at den er bærer av nye og uttestede løsningsmuligheter som stadig flere faggrupper implementerer i sine praksiser. Manualstyrte metoder vil sannsynligvis møte sin begrensning i behandlingen av psykisk psyke og/eller sykdomstilstander som krever innsikt og kunnskap om enkeltmenneskers særegne liv og historier (Hole, 2008; Marthinsen, 2004). Marthinsen (2004) påpeker også en særlig utfordring knyttet til den evidensbaserte medisinenes sterke vekt på evidens – i betydningen bevis:

Et bevis må føres – det må argumenteres for det. Noe ikler seg bevisets drakt. Beviset inngår dermed i de sosiale konstruksjonene og står ikke uavhengig av den sosiale virksomheten. Vitenskapen har til tider forsøkt å ignorere denne påkledningen ved å opptre som «objektiv» (Marthinsen, 2004, s. 292).

Bevis relateres i denne sammenheng til jussens og naturvitenskapenes bruk av fakta som ugjendrivelige, noe som gir mindre rom for fortolkning og faglig skjønnsutøvelse. På denne måten bidrar de tradisjonelle forståelsesmåtene av evidensbaserte metoder og praksis til å bevege oppmerksomheten i retning av en naturvitenskapelig tilnæringsmåte, der randomisering, hypotesetesting og bruk av kausale forklaringsmodeller danner et viktig grunnlag for kunnskapsutvikling og praksisutøvelse.

Marthinsen (2004) understreker at konteksten lett kan bli fraværende innenfor et naturvitenskapelig kunnskapsideal, som følge av «et metodisk hierarki hvor forskningsgjennomgang av flere uavhengige randomiserte kontrollforsøk rangeres høyest. Listene det opereres med, beveger seg gjerne ned mot mer kvalitative studier, men de mest ekstreme utelater alt som ikke er såkalt empirisk forskning» (Marthinsen, 2004, s. 293).

Marthinsen (2004) stiller seg særlig kritisk til noen av de mest fundamentalistiske tolkningene av evidens og understreker at det finnes klare likhetstrekk mellom dagens evidenstenkning og naturvitenskapenes positivismebegrep, som blant annet gjenspeiles i naturvitenskapens sterke vekt på objektivisme og beviskrav. Han hevder at den evidensbaserte medisinske kunnskapsidealer har fått så stor utbredelse at det er behov for en kritisk diskusjon om hva som er gyldige kunnskapskriterier for helse- og sosialfagene (Marthinsen, 2004).

I likhet med Marthinsen (2004) stiller også Martinsen (2009) seg kritisk til senere års økte krav om evidensbasert praksis i helse- og sosialfagene. Hun betegner denne utviklingen som *evidensialisering* og understreker at evidens gir liten mening hvis det ikke relateres til den aktuelle praksiskonteksten. Fravær av kontekst gjør den medisinske tilnærmingen til evidens mindre egnet for helse- og sosialfaglige praksiser som har sin vitenskapsteoretiske forankring i humanvitenskapene, som igjen er en del av hermeneutikken. Ifølge Nerheim (1995) innebærer det hermeneutiske forståelsesidealet:

(...) evne til å «se ut over» ens egen språkkompetanse ved å mestre nye situasjoner, og å se seg selv i stand til å kommunisere med personer helt forskjellig fra en selv. Det dreier seg om noe langt mer enn en kompetanse til å beherske tolkningsprosessen mellom materialet og hypotesen (Nerheim, 1995, s. 271).

Videre understreker Nerheim at: «(...) hermeneutikken angår forholdet til erfaring og helhetsforståelse på et i prinsippet mer fundamentalt plan enn forholdet mellom en tolkningshypotese og dens materiale» (Nerheim, 1995, s. 273). Slik står det hermeneutiske forståelsesidealet i et motsetningsforhold til et naturvitenskapelig, positivistisk inspirert forklaringsideal, som baserer sine tolkningshypoteser og testinger på en «objektivt» gitt virkelighet. På bakgrunn av dette stiller vi spørsmål ved om deler av helse- og sosialfagenes praksiser står i fare for å miste sin faglige autonomi og særegne kunnskapsgrunnlag dersom profesjonsutøvelsen blir gjenstand for større standardisering? Gjennom to fortellinger, hentet fra forfatterens praksishverdag, ønsker vi å vise hvordan *kontekst* og valg av *behandlingsstrategier* kan innvirke på møtet mellom den profesjonelle og den som er mottaker av hjelp. Våre roller i møte med hovedpersonene i fortellingene er henholdsvis miljøterapeut i psykiatrisk institusjon og sykepleier i kommunehelsetjenesten.

## Fortellinger fra praksis

### Møtet med Tone - å sitte vakt

Da jeg første gang møtte Tone, hadde hun et langvarig rusmisbruk og flere tilfeller av alvorlig selvskading bak seg. Hun var tvangsinnlagt i en psykiatrisk institusjon for unge schizofrene. I perioder ble hun plassert på skjermet avsnitt, en liten enhet på lukket avdeling som ble benyttet for spesielt urolige pasienter. På skjermet avsnitt lå Tone fastspent i belter for å hindre selvskading. Rommet var lite og nakent og bestod kun av beltesengen,



et lite bord og to stoler. Terminologien som ble brukt blant miljøterapeutene som hadde ansvaret for Tone på skjermet avsnitt, var «å sitte vakt på henne». Miljøterapeuten satt som regel i god avstand fra sengen til Tone. Målet med behandlernes og miljøterapeutenes tilstedeværelse i rommet var å gi Tone medikamentell behandling, forhindre selvsykdom og å påse at skjermingstiltaket foregikk prosedyreriktig.

Tone ble klassifisert som en urolig og periodevis farlig pasient, på bakgrunn av sine symptomer og diagnose som schizofren. De ansatte ble bedt om å holde avstand til henne. Jeg satt ofte «vakt på» Tone. Begrepet «å sitte vakt på» bidrar i seg selv til å skape distanse og fravær av kontakt mellom Tone og hennes hjelpere. Avstanden mellom oss i det lille, nakne rommet var til å ta og føle på. En høstdag jeg kom inn til Tone, ropte hun ut i rommet: «Hva skal jeg gjøre nå når jeg verken kan ruse eller skjære meg?» Utsagnet opplevdes hjerteskjærende og smertefullt. Det nakne rommet, beltesengen og situasjonen Tone og jeg befant oss i, innbød i liten grad til mellommenneskelig samvær eller samtale. At både rusmisbruk og selvsykdom kan være uttrykk for «normale» reaksjoner på en vanskelig livssituasjon, eller en måte å dempe psykisk smerte på (Urnes, 2009), var ikke noe tema i møte Tone.

Behandlingen hun fikk, i tillegg til det skjermede tvangstiltaket, var rusmestring og medikamentell behandling som ofte gjorde henne «roligere» på en sløvende måte. Smerten som lå bakenfor hennes selvsykdom og rusmisbruk, ble i liten grad tematisert, og rusmestringsprogrammet besto hovedsakelig av regelmessige urinprøver og vektlegging av endring av rusvanene. Det var først og fremst hensynet til avdelingens og Tones sikkerhet som ble ivaretatt gjennom behandlingsopplegget.

## Møtet med Martin - å være i dialog

Martin hadde vært plaget med en kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS) i flere år og mottok hjemmesykepleie fire ganger om dagen. Han hadde kronisk hoste, betydelige pusteproblemer og holdt seg stort sett i ro i hjemmet sitt for å unngå ytterligere forverring ved aktivitet. Dette bidro til at Martin ble mer og mer sosialt isolert. Martin og jeg hadde flere samtaler om hans ønsker og behov med tanke på hvordan han skulle mestre hverdagen med KOLS. Gjennom disse samtalene ble det formidlet at han ofte følte seg tungsindig, trett og sliten. Han var redd for å dø fordi han opplevde å ikke få puste. I samråd med Martin kontaktet jeg en fagutviklingssykepleier for råd og veiledning om hvordan vi best kunne hjelpe Martin. Fagutviklingssykepleieren fant frem til metastudier om hvilke behandlingsmetoder som gir økt mestring hos mennesker med KOLS ved hjelp av en Cochrane-oversikt. Studiene viste at opplæring og veiledning i pusteteknikk for mennesker med KOLS og langvarige helseutfordringer har bidratt til økt livskvalitet, bedre mestring av hverdagsrutiner og færre sykehusinnleggelses (Zwerink mfl., 2014).

Det ble utarbeidet et opplæringsprogram i samarbeid med Martin, basert på kunnskap om hva som vurderes å være de beste pusteteknikkene ved KOLS. Pustetreningsprogrammet ble tilpasset Martins individuelle behov og mestringsevne, og det ble lagt til det tidspunktet på dagen da han følte seg mest opplagt. Det spesialtilpassede treningsprogrammet ble journalført slik at andre ansatte i hjemmesykepleien også kunne følge utviklingen og bistå Martin i det individuelle behandlingsopplegget. Dette styrket kontinuiteten og reduserte vilkårligheten i oppfølgingen av behandlingsopplegget med Martin. Etter noen uker ga Martin uttrykk for at han hadde det bedre og opplevde økt livskvalitet som følge av pustetreningsprogrammet.

Med de to fortellingene ønsker vi å illustrere hvordan ulike praksiser kan få helt forskjellig utfall i møte med enkeltindividet. Fortellingen om Tone er ment å vise hvordan bruk av diagnoser, i kombinasjon med tvangstiltak, medikamentell behandling og et manualstyrt rusmestingsprogram, bidro til å skape avstand og fjerne det *mellommenneskelige rommet* mellom Tone og hennes hjelpere. Hennes «rop ut i rommet» tilsa at hun hadde behov for hjelp til å bearbeide livssmerten hun sannsynligvis bar på. Likevel synes bruk av dialog og faglig profesjonelt skjønn å være fraværende i møte med Tone. Dette medførte at hun, i motsetning til Martin, ikke ble medvirkende i eget behandlingsopplegg. I stedet fikk hun tilbud om *medikamentell behandling* for å dempe uro og psykiske symptomer, adferdskontroll for å forhindre selvskading og *standardisert behandling* for sitt rusmisbruk.

Tones historie illustrerer hvordan en *objektivert tilnærming* lukker for dialog og medvirkning i eget behandlingsopplegg. Dette bidro igjen til at verdifull informasjon om hennes liv og psykiske helse gikk tapt. Tone ble en gjenganger i det psykiatriske behandlingssystemet med hyppige innleggelse når rusen, smerten og livet ble for vanskelig. Når langvarige psykisk lidelser blir gjenstand for diagnostisering, medisinerer, tvang og kontroll fremfor medmenneskelighet og omsorg, bidrar til det objektivering av den andre og til å skape inhumanitet i behandlingsopplegget (Ekeland, 2014).

Med fortellingen om Martin ønsker vi å synliggjøre viktigheten av at valg- og organisering av behandlingsopplegg baseres på dialog, klinisk skjønn og samarbeid mellom hjelper og den som er mottaker av hjemmetjenesten. Martin fremstår som hovedpersonen i eget behandlingsopplegg, der både utformingen av pusteøvelsene, treningstidspunktet og omfanget ble tilpasset hans *subjektive* behov. Selv om Martins behandlingsopplegg var manualstyrt, ble det gjort individuelle tilpasninger som skapte

trygghet og forutsigbarhet for Martin. Behandlingen viste også å ha god effekt på hans mestringsopplevelse.

Historien om Martin skiller seg fra Tones på et vesentlig punkt. Han var *frivillig* mottaker av hjelp i sitt eget hjem, mens Tone var *tvangsinnlagt* i en psykiatrisk institusjon. Felles for historiene er imidlertid at begge bar på en psykisk smerte som følge av egen helsetilstand, selv om deres livssituasjon og bakgrunn ellers var høyst forskjellig. Begge historiene viser betydningen av å bli sett og møtt som selvstendige individer av sine profesjonelle hjelpere, men i møte med Tone ble dette problematisk som følge av måten behandlingen ble gjennomført på.

Martins historie viser derimot hvordan medvirkning, bruk av dialog og mellommenneskelig profesjonelt skjønn, i kombinasjon med evidensbasert kunnskap, kan bidra til mestring og økt livskvalitet. Fortellingen om Martin er dermed et illustrerende eksempel på at evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap kan komplementere hverandre. Det er nettopp i skjæringspunktet mellom de to kunnskapsformene at grunnlaget for et relasjonelt rom, mellom den profesjonelle og den som mottar hjelp, kan skapes.

Samlet sett viser fortellingene om Tone og Martin betydningen av at praksisutøvelsen kontekstualiseres og tilpasses den som mottar hjelpen. Den profesjonelle har derfor et stort ansvar for å utøve et fagetisk skjønn og å anvende den til enhver tid mest relevante fagkunnskapen.

## Har vi mistet noe på veien?

Tatt i betraktning de siste årenes utvikling innenfor profesjonell praksis er det nærliggende å spørre om helse- og sosialfagene er i ferd med å utvikle seg i retning av en manualstyrt behandlingspraksis som gir mindre rom for å utøve faglig profesjonelt skjønn og reell medvirkning. Noe av bakgrunnen for at evidensbasert

kunnskap har fått større innpass, også i helse- og sosialfaglige praksiser i senere år, kan blant annet skyldes kritikken mot erfaringsbasert kunnskap som en usikker kunnskap fordi den ikke lar seg generalisere og objektivere på samme måte som observerbare data. Mens noe av problemet med evidens, slik vi leser faglitteraturen som stiller seg kritisk til evidensialiseringen, er at kriteriene for hva som godkjennes som evidensbasert praksis, synes å ha blitt skjerpet. En annen innvending mot evidensbasert tilnærming er at den ofte fremmes uten at dens form og innhold presiseres og/eller tilpasses den konteksten den er ment å virke innenfor. Dette bidrar både til å snevre inn begrepets betydning og til å gjøre dets meningsinnhold mer uklart.

Den sterke fremveksten av evidensbasert praksis i helse- og sosialfagene må videre ses i sammenheng med profesjonsfagenes akademiseringsprosess og kunnskapsproduksjon de siste 25 årene. Som en konsekvens av dette har kravene til kunnskapsbasert viten og dokumentert praksis økt. På den ene siden har akademiseringen bidratt til større forskningsaktivitet og en styrking av profesjonsfagenes yrkespraksis. På den andre siden har kravene til dokumentert praksis bidratt til en behandlingspraksis som ikke alltid er forenlig med profesjonsfagenes idegrunnlag (Brottveit, 2008). Sistnevnte kan ses som en følge av evidensbølgen og de strenge vitenskapelige kravene som synes å dominere helse- og sosialfaglig praksis og forskning i dag. Den tradisjonelle betydningen av evidens – i naturvitenskapelig forstand – synes i mindre grad å være tilpasset disse fagenes kunnskapsbehov.

Gjennom vår lesning av faglitteraturen om evidensbaseringen i helse- og sosialfagene merker vi oss at positivismedebatten (Øfsti, 1986), som pågikk fra 1930-årene og til langt ut i 1980-årene, er vekket til live igjen. Positivismekritikken den gang gikk ut på om det overhodet er mulig å tilstrebe vitenskapelig objektivitet, noe

som bidro til at human- og samfunnsvitenskapene fikk større legitimitet i vitenskapelig virksomhet. Debatten og den påfølgende kritikken mot enhetsvitenskapene resulterte også i at fortolkende vitenskaper, som hermeneutikken, fikk større anerkjennelse (Nerheim, 1995). Ifølge Øfsti (1986) bidro dette til et paradigmeskifte i synet på hva som er gyldig kunnskap. Til tross for dette ser vi hvordan vitenskapelig tenkning fortsatt er preget av et positivistisk grunnsyn. Dette har blitt særlig tydelig gjennom evidensbølgen og senere års tilbakevendende debatter om hva som er gyldige kriterier for kunnskap og helse og sosialfaglig forskning og praksis. Spørsmålet vi stiller oss, er om evidensialiseringen har gått for langt i en positivistisk retning, og om kritikken som i dag rettes mot evidensbasert praksis, kan leses som en følge av dette.

Som vist gjennom fortellingen om Tone vil en manualstyrt praksis i mange tilfeller komme til kort. Spesielt i tilfeller der den psykiske lidelsen har et uklart eller mangefasettert symptom-bilde. Når diagnoser og symptombehandling settes i spill uten tilstrekkelig dialog med den behandlingen omhandler, står den profesjonelle i fare for å tape helhetsspektivet av syne (Brottveit, 1995). Tranøy (1986, s. 59) understreker nettopp betydningen av å skille mellom «fagspesifikke» tilnæringsmåter og standardiserte behandlingsprogrammer i profesjonell praksis. Videre hevder han at det må utvikles fagspesifikke metoder som tilpasses profesjonsfagenes mandat og vitenskapelige virksomhet.

Som vi var inne på, plasserer store deler av helse- og sosialfagenes praksiser seg innenfor et humanvitenskapelig kunnskapssyn der yrkesutøverne står overfor krevende etiske og faglige utfordringer. Det forutsetter fagspesifikke metoder, kunnskap og innsikt som strekker seg utover en objektivert viten, fordi profesjonsfagenes yrkespraksis først og fremst handler

om å forstå og fortolke tilstander, sosiale handlinger og fenomener i lys av den konteksten de er en del av (Nerheim, 1995).

Ifølge Bang og Martinsen (2013, s. 231) må evidens, sett fra et humanvitenskapelig kunnskapsideal, ta høyde for at en praksis er perspektivrik, mangfoldig og kontekstavhengig. Videre understreker forfatterne, i likhet med flere, at det er mye som tyder på at slike verdier har en begrenset plass i dagens tradisjonelle forståelse av evidensbasert praksis, til tross for at den var ment å romme både et brukerperspektiv og faglig skjønn (Cochrane, 1972). Slik vi leser den kritiske faglitteraturen om evidens, presiseres det at den kontekstuelle og erfaringsbaserte kunnskapen må anerkjennes og gis større legitimitet. Erfaringer fra praksis utgjør, som vi var inne på, nettopp en viktig basis for utviklingen av helse- og sosialfagenes praksiskunnskap, slik Grimen (2008) understreker. For å dra veksler på erfaringsbasert kunnskap må den bearbeides og gjøres tilgjengelig for profesjonsutøverne gjennom forskning og fagutvikling. En måte å systematisere praksisforskningen på er å konstruere *prototype narratives* (Skærbæk og Nissen, 2014), som kan virke gjenkjennende for både yrkesutøvere og brukere og dermed ha overføringsverdi for beslektede praksisfelt. Narrativer fra praksis kan også utgjøre et viktig grunnlagsmateriale i utviklingen av individbaserte behandlingsopplegg – ved at de kan bidra med ny innsikt og åpner for refleksivitet i måten å nærme seg den andre på.

Til tross for utstrakt forskningsvirksomhet i de siste årene har helse- og sosialfagene fortsatt behov for en teori- og metodeutvikling som kan bidra til å styrke profesjonsfagenes handlingspraksis og identitet som selvstendige praksisdisipliner og teoretiske fagområder (Brottveit, 2007, 2008). Sett fra et praksisperspektiv fremstår en rendyrket naturvitenskapelig tilnærming til evidens som utilstrekkelig, fordi helse- og

sosialarbeideres praksisutøvelse ofte handler om å ta stilling i øyeblikket, bygge relasjoner og å utvikle individuelt tilpassede behandlingstilbud til dem det gjelder. I mange tilfeller er det verken fruktbart eller mulig å overføre vitenskapelige forskningsmetoder og behandlingsmanualer fra naturvitenskapelige disipliner, som for eksempel skolemedisin, til helse- og sosialfagene. Profesjonsfagene har behov for å utvikle egne metoder i kombinasjon med evidensbasert kunnskap, for å kunne styrke og legitimere sitt kunnskapsgrunnlag. Etter vårt syn handler profesjonell praksis om hele tiden å vurdere behovet for å integrere og tilpasse ulike kunnskapsformer med tanke på å styrke praksisutøvelsen til beste for de som er mottakere av ulike tjenester. Det er imidlertid mye som tyder på at evidensbasert kunnskap og metoder, slik disse fremstilles i deler av den utvalgte faglitteraturen og i myndighetenes retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 2), ikke er tilpasset helse- og sosialfagenes kompleksitet og særegenhet. For å si det med Fossetøl (2013, s. 57) så er kunnskapsbehovet i sosialfaglig arbeid forskjellig fra naturvitenskapelige fag.

Praksisforskningen har derfor en viktig oppgave med tanke på å styrke profesjonsfagene egenart og å utvikle det dialektiske spillet mellom helse- og sosialfagene *praksisteori*, *epistemologi* og *metateori* i nær dialog med praksisfeltet. Å utvikle profesjonsfagene metateori vil også gjøre det mulig å begrepsfeste praksis, gjennom å betrakte fagfeltet ovenfra, og å pendle frem og tilbake mellom et praktisk og teoretisk nivå i praksisutøvelsen (Brottveit, 2007).

## Evidens i fornyet drakt

På bakgrunn av hva dette kapitlet så langt har fremstilt og belyst, spør vi om det er behov for en utvidet og mer alternativ



forståelse for hva som er gyldig kunnskap og forsvarlig praksis i helse- og sosialfagene? Dersom evidensbasert og erfaringsbasert forskning og praksis blir utsatt for ensidig kritikk, bidrar dette til å opprettholde motsetningsforholdet mellom dem som to uforenlige kunnskapsformer. Slik evidensbasert kunnskap fremstilles i store deler av faglitteraturen, åpner den i liten grad for det kontekstuelle og erfaringsbaserte. Å presse helse- og sosialfaglig forskning og praksis inn i en evidensbasert støpeform kan bidra til at viktig kunnskap og metoder som ikke lar seg dokumentere, objektivere og etterprøve vitenskapelig, forkastes til fordel for klinisk testede behandlingsprogrammer og metoder som ikke imøtekommer fagfeltets kunnskapsbehov. Det vil igjen få konsekvenser for helse- og sosialfagenes praksisutøvelse, da allmenne formalteoretiske forståelsesmodeller alene ikke kan gripe det *erfaringsnære* ved praksisdisiplinenes virksomhet (Brottveit, 2007, s. 302). Helse- og sosialfaglig arbeid handler mye om tilstedeværelse i det blivende – i det som skjer i øyeblikket, og i rommet mellom den profesjonelle yrkesutøveren og den andre (Fransson og Brottveit, 2015).

I helse- og sosialfaglige praksiser er utøvelse av kultursensitivitet, etisk dømmekraft og faglig skjønn, i kombinasjon med forskningsbasert viten, som både kan være av humanvitenskapelig og naturvitenskapelig karakter, sentralt. Fossestøl (2013) understreker nettopp betydningen av å forholde seg til kunnskap kontekstuellet når hun sier at det «(...) er lett å tape av syne at den høyt ansette generaliserte kunnskap må filtreres gjennom yrkesutøverens praktisk/etiske blikk når den skal anvendes» (Fossestøl, 2013, s. 13).

Slik vi leser Fossestøls tilnærming til kunnskap, må den til enhver tid tilpasses konteksten den virker innenfor. Synet på hva som er avvik, god eller dårlig helse, vil sannsynligvis variere på tvers av praksisdisipliner og den tradisjonelle skolemedisinens

tilnærming til helse og sykdom. Dersom evidensbegrepet skal ha gyldighet for helse- og sosialfaglig praksiser, må det åpnes for at erfaringskunnskapen får tilsvarende status som evidensbasert kunnskap. Bang og Martinsen (2013) understreker i likhet med Fossetøl (2013) behovet for en bredere og mer fleksibel definisjon av evidensbegrepet som ivaretar profesjonell erfaring og faglig skjønn i kombinasjon med fagkunnskap basert på evidens. Forfatterne hevder at det kan bidra til å sikre det de betegner som kunnskapsbasert praksis av høy kvalitet. Bang og Martinsen (2013) anvender her samlebegrepet kunnskapsbasert – ved at det rommer en praksis som både bygger på evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap.

Som et alternativt begrep til naturvitenskapens evidensbaserte kunnskapsbegrep foreslår vi *erfaringsbasert evidens*, der praksisforskning i kombinasjon med brukererfaring og utøvelse av et faglig profesjonelt skjønn fremstår som gyldig kunnskap i likhet med den evidensbaserte kunnskapen. Samtidig er det viktig å understreke at bakgrunnen for å lansere begrepet erfaringsbasert evidens ikke må leses som et forsøk på å skape en ny motsats til den naturvitenskapelige formen for evidens. Nettopp ved å differensiere mellom og anerkjenne at det eksisterer ulike former for evidens, åpnes det samtidig for at ulike kunnskaper kan kombineres, komplementere hverandre og eksistere side om side.

## Avslutning

I dette kapitlet har vi argumentert for en utvidet og inkluderende forståelse av hva som er *gyldig kunnskap* i helse- og sosialfagene. En evidensforståelse, som utelukkende baseres på enhetsvitenskapelige idealer, bidrar til å lukke fremfor å åpne for vitenskapelig virksomhet og mangfold. Med inkluderende

tilnærming menes her en praksis som både åpner for kontekst og en kombinasjon av ulike kunnskapsformer. Det forutsetter at helse- og sosialfagernes kunnskapsgrunnlag baseres på både praksisforskning og evidensbasert forskning. I den videre debatten om hva som er kriterier for gyldig forskning og praksis, må profesjonsfagene, i likhet med naturvitenskapelige fag, kunne legitimere sin virksomhet på egne premisser. Til dette trengs det fruktbare, alternative begreper for å fremme det særegne og kontekstspesifikke ved helse- og sosialfagene, slik at disse fagene kan ivareta sin faglige integritet.

## Referanser

- Angel, B. Ø. (2003). Evidensbaserte programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 23(2), s. 66–72.
- Bang, B. og Martinsen, B. (2013). Evidens i sygeplejen. En begrebsanalyse af evidens i nordisk sygepleje. *Nordisk Sygepleje Forskning*, 4, s. 219–235.
- Berg, R. C. og Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2).
- Brottveit, G. (1995). Når legen blir mer opptatt av diagnosen enn av dialogen. *Impuls Tidsskrift for psykologi*, (49), 2.
- Brottveit, G. (2007). *Seksuelle overgrep mot barn : en fortolkende tilnærming til barnevernsarbeidernes forståelse*. PhD-avhandling, Det juridiske fakultet, Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo.
- Brottveit, G. (2008). Sosialt arbeid – et fag i spenningsfeltet. *Fontene*, s. 72–79.
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- DiCenso, A., Bayley, L. og Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence based nursing*, 12(4), s. 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt–og tilbake?Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (03), s. 211–220.

- Fossestøl, B. (1997). Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid* (17). <http://www.idunn.no/ts/nsa>”Nordisk sosialt arbeid
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene forskning*, 2, s. 55–66.
- Fransson, E. og Brottveit, G. (2015). Rådsmøtet som event. *Psyke & Logos*.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Grimen, H. og Terum, L. I. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I: H. Grimen og L. I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., Irvine, J., Levine, M., Levine, M., Nishikawa, J., Sackett, D., Brill-Edwards, P., Gerstein, H., Gibson, J., Jaeschke, R., Kerigan, A., Neville, A., Panju, A., Detsky, A., Enkin, M., Frid, P., Gerrity, M., Laupacis, A., Lawrence, V., Menard, J., Moyer, V., Mulrow, C., Links, P., Oxman, A., Sinclair, J. og Tugwell, P. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 268(17), s. 2420–2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Hole, G. O. (2008). Kunnskapsbasert praksis: Kritikk på feil grunnlag? *Patient Care*, 2, s. 72.
- Howe, D. (1992). *An introduction to social work theory : making sense in practice* (Vol. 24). Aldershot: Ashgate. <http://www.kunnskapssenteret.no/> (lest 18.11.16)
- Marthinsen, E. (2004). “Evidensbasert” - praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(04), s. 2–14.
- Martinsen, K. (2009). Evidens - begrensende eller opplysende. I: K. Martinsen og K. Eriksson (red.), *Å se og å innse : om ulike former for evidens*, s. 81–156. Oslo: Akribe.
- Melberg, H. O. (2002). Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode? *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 19(1), s. 59.
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon : paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Rønnestad, M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. B. og Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), s. 71–72.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* (ny utgave). Oslo: Aschehoug.
- Skærbæk, E., og Nissen, M. (2014). *Psykososialt arbeid : fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet, M. o. H. a. C. S. (1999). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.
- Terum, L. I. og Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlag.
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129(9), s. 872–876. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
- Øfsti, A. (1986). Argumentation, Erklären und Verstehen. I: T. Nordenstam, D. Böhler, og G. Skirbekk (red.), *Die Pragmatische Wende : Sprachspielpragmatik oder Transzendentalpragmatik?* (Vol. 631). Frankfurt am Main: Suhrkamp.



# 11

## Fra deltakelse til brukermedvirkning i helseforskningen

*Marte Feiring*<sup>a)</sup> (1. forfatter), *Ida Heiaas*<sup>a)</sup> og  
*Per Koren Solvang*<sup>a)</sup>

### **From participation to user involvement in health research**

Patient and public involvement (PPI) in health research has gained widespread attention and implementation in the last 10–15 years. Numerous funding institutions now require research professions to state how they intend to involve people whose lives are implicated in the research project. However, as the various disciplines within health sciences are built on diverse epistemological traditions, the involvement of patients and public takes various forms and poses different challenges to researchers and research subjects. The aim of this chapter is to explore how PPI is conceptualised across a range of research projects. We describe different epistemological frameworks and how these influence

---

a) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

the knowledge practices of professionals working in a range of health institutions. We approach public/patient involvement in two ways. First, we undertake a brief historical review of three research traditions where interaction between scientists and implicated parties is a central pivot. We term these: 1) pragmatic-interactionist, 2) ideological-political, and 3) consumerist research. We conclude by discussing three dilemmas of how patient and public involvement in research challenges the epistemological diversity of professional knowledge.

## Innledning

Norges forskningsråd (NFR) lanserte i 2015 forskningsprogrammet HELSEVEL – som er den største satsingen på helse- og velferdsforskning noensinne i Norge. Ved åpningen av programmet ble helseminister Bent Høie intervjuet av Dagens Medisin.<sup>30</sup> Han påpekte da at programmet etterspurte «behovsidentifisert forskning» i den betydning at prosjektsøknadene må svare på kunnskapsbehov slik de forstås av pasienter eller ansatte i tjenestene. Videre framhevet ministeren et krav om brukermedvirkning i utformingen av forskningsprosjekter. Forskningsprogrammet HELSEVEL går enda lenger og krever brukermedvirkning i alle ledd av forskningsprosessen. Dette er en del av en internasjonal trend der institusjonene som finansierer forskning, stiller krav om mer aktivt samarbeid med dem forskningen angår (Gibson, Britten og Lynch, 2012).

---

30 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/10/utlyser-200-millioner-til-forskning-pa-helse--og-velferdstjenester/> Lest 30.11 2015  
[http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale\\_dokumenter/1254005461908](http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908). Lest 30.11 2015



NFR og Høie opererer med minst fire ulike betydninger av ordet «bruker» i helse- og velferdsforskningen: den konkrete brukeren av en tjeneste, brukerorganisasjoner som representerer en interessegruppe, de som utfører tjenestene (profesjonene), og/eller de som planlegger og organiserer tjenestene (tjenesteledere og tilbydere). Begrepet brukermedvirkning i forskning viser altså til svært ulike aktører, og vi vil i dette kapitlet hovedsakelig adressere involvering av de utforskede.

Slik vi ser det, vil et utvidet samarbeid om forskning variere betydelig fra forskningsprogram til forskningsprogram, fra fagdisiplin til fagdisiplin og fra studie til studie. Det kan være snakk om individuell deltakelse eller kollektiv representasjon, om medvirkning i en eller flere faser av forskningsprosessen eller i form av ulike rolleposisjoner (Barber, 2014; Borg og Kristiansen, 2009; Starrin, 2007). Det er gjort en rekke forsøk på å typologisere slike posisjoner siden Arnstein (1969) publiserte den mye siterte *A ladder of citizen participation*. I internasjonal forskning betegnes fenomenet som et kontinuum fra rådgivende og samarbeidende posisjoner til borger- eller brukerstyring (Hanley mfl., 2003 [2000]; Oliver mfl., 2008). Barber (2014) supplerer bildet med å vektlegge de ulike aktørenes kunnskap og skiller mellom lekkunnskap, subjektiv erfaringskunnskap og ekspertkunnskap.

Vi vil nærme oss temaet om nye relasjoner i forskningssamarbeid på følgende måte: Først vil vi foreta en kort historisk gjennomgang av tre sentrale internasjonale tradisjoner på området, her omtalt som pragmatisk-interaksjonistisk, ideologisk-politisk og (for)brukerorientert forskning. Deretter vil vi utdype tre sentrale dilemmaer som kan oppstå når ulike kunnskapsinteresser møtes i empiriske forskningspraksiser. Stikkordet for disse er legitimitet: henholdsvis legitimiteten til brukerrepresentasjonen, den

vitenskapelige legitimiteten og den politiske legitimiteten til forskningsresultatene. Vår hensikt er å utvide og nyansere refleksjonsrommet for interaksjon, deltakelse og medvirkning i helseforskning.

## Internasjonale tradisjoner

Det vi her omtaler som samarbeidende forskning, kan knyttes til flere internasjonale kunnskapstradisjoner, og det er langt fra noe nytt fenomen. En historisk retning har ifølge Bent Starrin (2009) sine røtter innenfor pragmatismen, som var opptatt av å søke etter kriterier for mening i praktiske handlinger. Dette postulatet har inspirert både sosiologisk og etnografisk forskning med retninger som symbolsk interaksjonisme og fortolkende antropologi. Et eksempel er William Foote Whytes (1981 [1943]) klassiske studie av en ungdomsgjeng i et innvandrer-miljø i Boston i slutten av 1930-årene. White beskriver detaljert hvordan han lyttet til sine informanter og tilpasset sin forskningsstrategi til de rådene han fikk fra dem. Et annet eksempel er Kurt Lewins (1946) anvendte forskning, som er eksemplifisert i artikkelen «*Action research and minority problems*». Lewins sosialpsykologiske forskningsprogram forutsatte aktiv deltakelse fra de utforskede, i form av et konkret samarbeid i selve forskningsprosessen. Den internasjonale organisasjons- og arbeidslivsforskningen, ofte referert til som aksjonsforskning, har også sine røtter i denne typen studier. De anvender et knippe av metoder som er deltakende og aksjonsorienterte, og som integrerer ulike former for kunnskap og praksis. Forskningens mål er å løse aktuelle praktiske utfordringer. Et særtrekk ved aksjonsforskningstradisjonen er at forskeren deltar aktivt i de endringsprosessene og tiltakene som settes i gang. Denne forskningen konsentrerer seg om sosiale problemer, og målet er

sosial endring (Borg og Kristiansen, 2009). De *pragmatisk-interaksjonistiske* forskningstradisjonene tar utgangspunkt i den personlige og lokale kunnskapen hos de utforskede, og denne formen for kunnskap skapes ved at de utforskede trekkes aktivt inn i forskningsprosessen.

En annen gruppe av forskningstradisjoner som vektlegger bred deltakelse og samarbeid, omtales av Starrin (2007) som *ideologiske og politiske*, og de har sitt utspring i slutten av 1960-årene. Denne retningen er blant annet inspirert av pedagogen Paulo Freires (1973 [1968]) *De undertryktes pedagogikk*. En annen gren innenfor den ideologisk-politiske tradisjonen er forskningen av og for funksjonshemmede. Funksjonshemmedes livssituasjon er ofte tema, og funksjonshemmede forskere setter gjerne dagsorden og utfører mange av studiene (Barnes, Mercer og Shakespeare, 1999; Oliver, 1990; Thomas, 1999). Forskningen vektlegger den sosiale modellen av funksjonshemming der ute-stenging og diskriminerende samfunnsstrukturer problematiseres og analyseres. Introduksjonen av den sosiale modellen av funksjonshemming er omtalt som et paradigmeskifte i studiet av funksjonshemmedes situasjon (Reinhardt, 2011). At forskerne i slike studier er funksjonshemmede, er i rehabiliteringsfeltet anerkjent som sentralt for analysen og dens legitimitet (Feiring og Solvang, 2013, 2016; Bickenbach mfl. 1999).

Ytterligere en variant innen denne retningen er de feministiske studiene (Starrin, 2007). I likhet med organisasjons- og funksjonshemmingsforskning stiller den feministiske forskningsposisjonen krav om at forskeren tar standpunkt politisk, filosofisk og teoretisk. Sandra Harding (1986, 1991) har lansert begrepet *sterk objektivitet* om forskning der de «undertrykte eller marginaliserte» og deres perspektiver ivaretas, og hevder at det skaper en mer objektiv kunnskap om verden. Standpunktteorien, som sammen med andre feministiske tilnærminger gir en stemme til

marginaliserte grupper, utfordrer de etablertes oppfatninger (Buzzanell, 2003). I dag hevder mange feministiske så vel som funksjonshemmede forskere at de inntar et relasjonelt standpunkt snarere enn et rent subjektivt utgangspunkt i de marginales egne erfaringer.

I tillegg til pragmatisk-interaksjonistiske og ideologisk-politiske tilnærminger, identifiserer Peter Beresford (2002) en ny retning innenfor helse- og velferdsforskningen fra 1990-årene. Han omtaler den som *consumerist approach*, noe vi her har valgt å oversette til *forbrukerorienterte tilnærminger*. Som vist innledningsvis er brukermedvirkning satt på den helsepolitiske dagsorden, og statlige myndigheter er sentrale aktører i initiering av den nye forskningspraksisen. De historiske linjene trekkes tilbake til forskning av og for funksjonshemmede og andre marginale grupper. En økende kritikk av tjenestefordeling, profesjonene og et krav om forbrukerinvolvering angis som forklaring på at denne formen for medvirkning i forskning vokser fram. Med henvisning til Storbritannia viser Cook (2012) og Barber (2014) til begreper som «patient and public involvement», «public involvement» og «user involvement», og de framhever at ordene brukes tilnærmet synonymt.<sup>31</sup> Det britiske helsedepartementet har aktivt fremmet brukerinvolvering i både tjenester og tjenesteforskning fra midten av 1990-årene. En rådgivende gruppe (nå kalt INVOLVE) ble etablert allerede i 1996, og det britiske helseforskningsinstituttet har i mange år arbeidet aktivt for at pasienter og befolkningen involveres i alle forskningssøknader. INVOLVE definerer «public involvement in research» som forskning utført med eller av «members of the public» snarere enn til, om og for dem. Slik ny forskning kan ikke forståes uavhengig av en annen sentral føring, kravet om

---

31 <http://www.invo.org.uk/find-out-more/what-is-public-involvement-in-research-2/> Lest i november 2016

evidensbasert praksis i helsetjenesten, i betydningen «integring av nyeste (beste) forskningsfunn med klinisk ekspertise og pasienters preferanser og verdier». <sup>32</sup> Dette er i dag nedfelt som krav i den britiske helse- og tjenesteforskningsstrategien (Research and Development Directorate, 2008). I Norge ble det først i 2014 utformet forslag til retningslinjer og tiltak for «brukermedvirkning i helseforskning» med utgangspunkt i helsefor- etakenes virksomhet (Nasjonale arbeidsgruppe, 2014). Ser vi på denne arbeidsgruppas anbefalinger om brukermedvirkning i helseforskning, er det den kollektive representanten for en pasient- eller brukerorganisasjon som er prototypen for hvem som skal medvirke i forskningsarbeidet.

De tre historiske tradisjonene kan oppsummeres som pragmatisk-interaksjonistisk, ideologisk-politisk og (for)brukerorientert forskning. I den første tradisjonen står ordene deltakelse og interaksjon mellom forsker og utforsker sentralt, i den andre handler det om de undertrykte og deres politiske frigjøring gjennom forskning, og i den tredje tradisjonen, som er sentral i dagens forskningspolitikk, er det forbrukernes eller brukeres medvirkning i forskningsprosessen som står i sentrum.

## Noen dilemmaer ved sammensatte forskningspraksiser

Ser vi på helse- og velferdsprofesjonenes kunnskapsgrunnlag, viser Harald Grimen (2008) til ordet «praktiske synteser», der elementer fra ulike former for erkjennelse og kunnskap settes sammen fra vitenskapelig evidens, profesjonelt skjønn og fra klienters eller pasienters kunnskap. Innen

---

<sup>32</sup> [http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=43727&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2). Lest i november 2016

helse- og velferdsforskningen har profesjoner altså et sammensatt kunnskapsgrunnlag basert på ulike erkjennelsesinteresser, og det anvendes metoder fra flere ulike forskningstradisjoner (Feiring og Solvang, 2016).

Når forskere studerer helse- og velferdsfaglige temaer sammen med tjenestebrukere og brukere av forskningen, byr det på en del utfordringer. Vi vil her adressere tre slike problemområder. Det handler om etiske, epistemologiske og demokratiske utfordringer. Det første dilemmaet omtaler vi som kollektiv representasjon og subjektiv deltakelse, det andre problemet som subjektiv deltakelse og forskningens vitenskapelige legitimitet (objektivering), mens det tredje temaet vi problematiserer, er interessegruppers deltakelse og forskningens politiske legitimitet.

Disse tre dilemmaene er argumenter for at studier av deltakelse i forskning trenger en mer systematisk og nyansert begrepsbruk. Vi argumenter for etiske, vitenskapelige og demokratiske refleksjoner over ulike deltakerposisjoner i forskningen. Helse- og velferdsforskningen forventes å ivareta en diversitet av situasjoner, og det er viktig å se at involvering finner sted både gjennom subjektivt samarbeid og kollektiv brukermedvirkning. Deltakelse blir noe mer enn bare ivaretagelse av etiske eller demokratiske prinsipper, det skapes en deltakerposisjon i forskning som krever aktiv refleksjon.

## **Første dilemma: kollektiv brukerrepresentasjon og subjektiv deltakelse**

Den nasjonale arbeidsgruppen for brukermedvirkning i forskning i helsetjenestene avga sine forslag til retningslinjer i 2014 (Nasjonal arbeidsgruppe, 2014). Oppdraget ble gitt til de

regionale helseforetakene av Helse- og omsorgsdepartementet. I dag er disse retningslinjene vedtatt og har fått en bred oppslutning hos helsemyndighetene i Norge.

Arbeidsgruppens mål for brukermedvirkning i forskning svarer til den kritikken ulike marginaliserte grupper har reist mot den såkalte *mainstream*-forskningen, som de mener har vært for fjern fra informantenes virkelighet og mer relevant for forskeren enn for de utforskede (Sample, 1996). Tanken er at økt brukermedvirkning vil tilføre forskningen flere perspektiver og øke forskningens relevans og kvalitet. De opererer med tre ulike typer medvirkning: formell representasjon, organisert samarbeid og direkte involvering, og dette omfatter ulike arenaer innen forskning der brukere kan få tilgang og innflytelse, som for eksempel gjennom representasjon i fora som vurderer søknader og strategiske utvalg (formell representasjon), samarbeid med brukerutvalg eller samarbeid med brukerorganisasjoner (organisert samarbeid), og i referansegrupper, testgrupper eller som medforskere i konkrete forskningsprosjekter (direkte involvering) (Nasjonal arbeidsgruppe, 2014, s. 8).

Det er et viktig anliggende at forskningsprosessen demokratiseres, og at de som forskningen berører, spesifisert som pasienter, pårørende eller helsearbeidere, får delta i forskningsprosessen. Begrunnelsen for medvirkning er derfor ikke bare av pragmatisk art, men også ideologisk. Det er derfor overraskende at retningslinjene presiserer at brukermedvirkning ikke kan skje gjennom «å være forsøksperson eller den det forskes på» (Nasjonal arbeidsgruppe, 2014, s.10). Dette impliserer at brukermedvirkning må gjøres gjennom kollektiv representasjon og ved andre anledninger enn i datagenereringsprosessen. Samtidig som forsøkspersoner og informanter ekskluderes, åpnes det opp for at brukermedvirkerrollen i helseforskning kan gestaltes av ansatte i en interesseorganisasjon som ikke har egenerfaring,

verken som pårørende eller direkte berørt. Hvorfor er representasjon en så selvsagt form for brukermedvirkning, og hva er eventuelt problemet?

Brukermedvirkning som strategi startet i helse- og velferds-tjenestene i 1990-årene og spredte seg derfra til helseforskningen. Forståelsen og operasjonaliseringen av brukermedvirkning i forskning har delvis utviklet seg fra måter å forske på der forskere ikke møter forskningssubjekter ansikt til ansikt, men hvor de studeres som tall, blod eller vev. Medvirkning gjennom representasjon kan i disse tilfellene være en praktisk løsning på en situasjon der forskeren ikke allerede har kontakt med forskningssubjekter gjennom sin forskningsvirksomhet. Vi vil argumentere for at betoningen av representasjon springer ut av et kvantitativt forskningsideal, der generalisering og objektivitet er viktigere enn kontekstualisering og det unike. Dette forskningsidealet er langt på vei sammenfallende med den forbrukerorienterte tradisjonen skissert foran. I den kvalitative og fortolkende forskningen er den individuelle informanten både tema og informasjonsleverandør for forskningen. Dette er en veletablert kunnskapsproduserende tradisjon som vi omtaler som pragmatisk-interaksjonistisk. Denne tradisjonen kan eksemplifiseres ved Chicagoskolen i amerikansk sosiologi, der subjektet som er gjenstand for forskerens interesse, har spilt en sentral rolle i kunnskapsproduksjonen. I lys av den kvalitative samfunnsforskningen vil vi argumentere for at ved innføring av referansegrupper og brukerpaneler oppstår det en ny treleddet relasjon i forskningen – mellom brukerrepresentanten, informanten og forskeren. Det skjer samtidig en overføring av en «medvirkningslogikk» fra den forbrukerorienterte tradisjonen til den interaksjonistiske tradisjonen som ikke klart nok reflekterer den kvalitative metodetradisjonens egenart. Vi vil argumentere for at bruken av representanter kan utfordre både



medvirkningens mål om demokratisering og kravet om å utvide forskningens perspektiver.

Demokrati bygger på folkets rett til å uttrykke sin mening og til å ha innflytelse på beslutninger som angår dem (Rasch, 2004). Av praktiske hensyn operasjonaliseres som regel denne retten via representanter. For at en slik maktdelegering skal være legitim, er det sentralt at representantene for folket, eller i dette tilfellet informanter i forskning, faktisk representerer dem de er ment å representere. Gjennom forskning finner vi fram til beskrivelser og analyser av informantene våre, livene, betingelsene og omgivelsene deres. Ved å velge representanter før vi starter forskningen, risikerer vi å foreta et sprang i analysen ved at vi låser oss fast til en idé om hvem informantene våre er, hvordan de lever, og hva de vil, som vi deretter baserer forskningsspørsmål og design på. Én side ved dette er at det kan gjøre det vanskeligere for forskningen å skape ny innsikt, fordi vi gjennomfører forskningsarbeidet i henhold til en forhåndsdefinert idé om en gruppes identitet og interesser. En annen side er at vi ikke kan vite hvorvidt brukerrepresentantene, som er satt til å representere våre informanter, rent faktisk kan representere dem, verken med hensyn til sykdom og funksjonshemming, eller andre forhold som kjønn, alder, klasse, religion, rase, etnisitet eller seksuell orientering. Vi vet heller ikke om brukerrepresentantene har informantenes tillit, om de identifiserer seg med representanten (brukerorganisasjonen) eller ønsker å bli representert av den. Dette fører til en svekkelse av brukerrepresentasjonens legitimitet.

Et spørsmål som da må stilles, er om brukermedvirkning i form av representasjon i et forskningsprosjekt står i fare for å danne en ny maktrelasjon. De som er informanter i kvalitative studier, bidrar til brukermedvirkning gjennom det nære samarbeidet med forskeren. Disse studienes fleksible design gjør det

mulig å lære av feltet underveis, og deretter endre forskningens spørsmål og perspektiver. Resultatet av samarbeidet mellom forsker og informant er en systematisering av deres forståelse av sin egen situasjon. Etableringen av denne innsikten i møtet mellom forsker og informant står i et uavklart forhold til medvirkning i forskning i form av for eksempel et panel av brukermedvirkere. Her rekrutteres medvirkerne fra organisasjonene som representerer gruppen av syke eller funksjonshemmede som blir undersøkt. Dette er et arbeid som krever en betydelig kognitiv kapasitet, et visst funksjonsnivå og en slags fortrolighet med forskningens metoder. En studies informanter kan oppleve å være i en ny og usikker situasjon når det gjelder funksjonsnivå, diagnoser og prognoser, og dermed skiller den seg vesentlig fra den avklarte situasjonen til dem som typisk deltar i organisert interessearbeid og melder seg til brukerpaneler. Mennesker som opplever sykdom og funksjonshemning, er ofte i sårbare situasjoner der tilværelsen kan være preget av kaos. I en slik situasjon kan man spørre seg om en interessert og empatisk lyttende forsker kan være like godt egnet til å ivareta intervjuedes interesser som godt etablerte og interessepolitisk aktive mennesker, som i beste fall én gang har vært i den vanskelige fasen å finne ut av å leve med funksjonshemning, eller som ikke har annen erfaring enn som pårørende.

Brukermedvirkning i helseforskningen er ment å bidra til en demokratisering av forskningsprosessen og en utjevning av asymmetriske maktrelasjoner mellom informanter og forskere. Men vi må vurdere om det ikke snarere oppstår en ny, skjev maktrelasjon der brukerrepresentanten har mulighet til å utdefinere en marginalisert informants perspektiv – en som kanskje har en annen og svakere stemme, eller ikke ønsker å definere seg i tråd med den gruppen forskningsprosjektet mener representerer dem. Den kvalitative datagenereringsprosessen er en arena der også de som

ikke kan eller vil være med i brukerorganisasjoner, kan ha innflytelse på forskningen. Med andre ord kan man si at den kvalitative forskningen, teoretisk sett, åpner opp for en direkte demokratisering der alle de som er med i en studie kan bli hørt, og der man ikke har bruk for den effektiviteten som det indirekte representasjonsdemokratiet tilbyr, og som kan være et nødvendig grep i for eksempel store surveyer.

Det er selvfølgelig ikke slik at selv om den kvalitative tradisjonen har redskaper for å ivareta informanternes mulighet til deltakelse og dagsordensmakt, så fungerer dette alltid. Det er utopisk å se for seg møtet mellom forsker og informant som en fullstendig herredømmefri utveksling av kunnskap og erfaring. Imidlertid eksisterer det et potensial for medvirkning som forskeren kan legge til rette for. Ved brukermedvirkning gjennom representasjon kan man risikere at makten ikke utjevnes til fordel for den potensielt svakeste parten, men flytter seg fra forskeren til representanten. Det er en fare for at informantens mulighet til å definere seg selv, sitt liv og sine interesser svekkes, og med det tar fra dem denne kimen til definisjonsmakt. Hvorvidt brukermedvirkning kan sies å være en legitim delegering av makt, vil variere, men så lenge representantene kommer inn i prosjektet før informantene, er dette høyst usikkert. Vi risikerer at perspektivene i forskningen innsnevres, fordi vi lytter mer til de få representantene på bekostning av de mange informantene.

## Andre dilemma: subjektiv deltakelse og forskningens vitenskapelige legitimitet

I de fortolkende vitenskapene er en nær forsker–utforsker-relasjon en forutsetning for å produsere troverdige data om mening, erfaring og samhandling. Innenfraperspektivet til de utforskede

står altså sentralt i produksjon av data i denne forskningsprosessen. Dette omtales som *enkel hermeneutikk*, og det forutsetter framskaffelse av *førsteordens kunnskap* med vekt på individenes egne tolkninger samt deres subjektive og intersubjektive virkelighet (Alvesson og Sköldberg, 2008; Fangen, 2010). De utforskedes forståelse av samfunnet, den praktiske kunnskapen, er ifølge Bourdieu (1977, 1990) et produkt av innlærte, ofte tause, ubevisste og dermed glemte historiske erfaringer hos de utforskede. For å få tak i slike internaliserte erfaringer er det helt sentralt at forskeren er tett på de utforskede og forsøker å leve seg inn i deres verden, holdninger og erfaringer på en slik måte at de utforskede kjenner seg igjen i forskernes beskrivelser av dem. Dersom ikke forskeren mestrer å få tak i de utforskedes egne forståelser, er det ikke mulig med en troverdig tolkning. I boken *The Weight of the World* skriver forskerne at de lærte opp intervjuere med samme kulturelle bakgrunn som de ungdommene som ble studert (det vil si unge, fattige innvandrerdømmere fra Nord-Afrika), for nettopp å styrke førstegradsfortolkningen (Bourdieu, 1999). Dette betyr at denne formen for subjektorientering betraktes som en forutsetning for å produsere troverdige data i en fortolkende forskningspraksis.

Et samtidig anerkjent krav til vitenskapelig forskning er at studien i tillegg må bestrebe seg på å utvikle kunnskap fra en posisjon som «bryter» med samfunnets allmenne forståelse og de begrepene som undersøkelsesfeltet selv anvender i sin selvforståelse. Det handler altså om at forskeren forsøker å overskride de utforskedes erfaringer, hverdagsforståelser og lokale kunnskap. I kritiske studier av samfunnet «må» det altså foretas slike epistemologiske brudd. For at den personlige og lokale kunnskapen skal kunne kalles vitenskapelig, må den altså objektiviseres, ifølge Bourdieu (2003), og dette skjer i form av en forskningsmessig rekonstruksjon av hverdagskunnskapen i den

dobbelte hermeneutikkens logikk. Et eksempel på dette er å konstruere vitenskapelig objektivitet ved å la hverdagsfenomener representeres ved teoretiske begreper. Bourdieu (2003) argumenterer for at selv ikke en så vidt anerkjent kategori som «profesjon» skal i den sosiologiske analysen tas for gitt, men forskeren må forholde seg kritisk til begrepet og betrakte det som et resultat av en sosiokulturell historisk prosess der en bestemt gruppe i befolkningen forventes å ha noen felles kjennetegn. Et annet eksempel på å bryte med de utforskedes selvforståelse og hverdagslivets kategoriseringer kan hentes fra et forskningsprosjekt av den norske selvhjelpsvisdomsheten (Feiring, 2013). I denne studien ønsket ledende selvhjelpsaktører at forskerne skulle ta utgangspunkt i deres forståelse av selvhjelp (egeninitiert selvhjelp). Dette ville hindret forskerne fra å inkludere andre forståelser og posisjoner og dermed studere hele selvhjelpsfeltet, som også omhandlet funksjonshemmedes likemannsarbeid og profesjonsledete selvhjelpsgrupper. I den andre fasen av forskningsprosessen der man gjør epistemologiske brudd fra hverdagsbegreper og lekkunnskap, er deltakelse fra dem forskningen angår, begrenset sammenlignet med fasen der selve dataproduksjonen foregår. Når forskerne foretar et brudd med lekkunnskap gjennom teoretisering, deltar ikke de utforskede, men de kan trekkes inn i valideringsprosessen – for å si noe om dette er en rimelig tolkning av den lekkunnskapen de har brakt inn i studien.

I tillegg til de to nevnte fasene krever kritisk forskning en form for tredjegrads fortolkning (trippel hermeneutikk). Det innebærer at forskeren stiller seg kritisk til rådende diskurser og begrepsbruk i samfunnet, og dette innebærer også en kritisk refleksjon over forskerens egen posisjon. Bourdieu har lansert begrepet *deltakende objektivisering* om den prosessen som skjer når forskeren forsøker å bryte med samfunnets, de utforskedes

forståelse og med egen selvforståelse (Bourdieu, 2003). Han er opptatt av at forskeren skal analysere det som skjer i selve rekonstruksjonen (av data), ved at forskeren vier selve objektiveringsinstrumentet – seg selv – oppmerksomhet. Forskeren skal reflektere over tatt for gitt-antakelser både hos de utforskede og hos seg selv som forsker. Hovedhensikten med kritisk samfunnsforskning er å synliggjøre det som tas for gitt i samfunnet, samt å sørge for at det skjulte blir løftet fram og problematisert i offentlighetens lys. Her betraktes tatt for gitt-antakelser som et produkt av samfunnet, samtidig som de reproduseres i tråd med de rådende makt og dominansforhold. Dette er en epistemologisk utfordring for samfunnsvitenskapen og humaniora, og som et forsøk på en løsning har Bourdieu fremmet en metodologi omtalt som det doble brudd gjennom forskerens egen refleksjon. Et eksempel på dette er følgende:

*Epistemological reflexivity* requires the researcher to consider decisions about the research question(s), the chosen methodology, the data collection and analysis methods, and ways in which these create «boundaries» in the research. In an action research context operationalized through cooperative inquiry, reflecting on ownership of research questions, the operationalization of data collection methods, and the processes used for theorizing data are all critical concerns in epistemological reflexivity (Borg mfl. 2012, pkt. 3.3).

Argumentasjonen til Borg og medarbeidere er i tråd med Bourdieus krav om en dobbel objektiveringsprosess, der forskeren *objektiverer objektiveringen*. Dette skjer ved at forskeren analyserer i detalj de prosessene der egne subjektive erfaringer og lekkunnskap oversettes, teoretiseres og dermed objektiveres. I dette arbeidet må forskeren omskrive, dekonstruere og oppløse den praktiske logikken (hverdagskunnskapen) og samtidig reflektere kritisk over egne objektiveringsmetoder og deres

virksomheter (inkludert bruk av begrepsmodeller, kart, figurer og så videre). Ved dobbel objektivering reflekterer altså forskeren kritisk over hele forskningsprosessen. Dette er ikke en enkel oppgave, og for å mestre dette gjennomførte Bourdieu to parallelle studier av bondesamfunnet i endring, i henholdsvis Algerie og i sin egen hjembygd i Frankrike. Gjennom en slik sammenligning forsøkte han å objektivere sin egen posisjon i samfunnet (Pop, 2011).

Et vitenskapelig krav om brudd med den lokale kunnskapen utfordrer kravet om lik deltagelse fra de forskningen gjelder, i den epistemologisk-refleksive delen av forskningsprosessen. Vi ser dermed konturene av et dilemma der de utforskede deltagelse kan kalles likeverdig, men ikke lik, nettopp fordi forskerne skal foreta et brudd med denne kunnskapen. Dette innebærer at innenfraperspektivet til de utforskede er det viktigste i første fase, og ikke forskerblikket, mens det er omvendt i andre og tredje fase av et forskningsprosjekt. De ulike aktørenes kunnskap er likeverdig, men forskjellig, og dens gyldighet er avhengig av konteksten.

## Tredje dilemma: interessegrupper og forskningens politiske legitimitet

Forskning anerkjennes ikke bare ut fra sin analytiske kraft som produserer innsikter som sier noe mer enn hverdagskunnskap. Forskning anerkjennes også ut fra sin politiske legitimitet. Kunnskap om helse- og samfunnsforhold spiller en viktig rolle i beslutningsgrunnlaget for demokratisk valgte myndigheter og andre aktører i sosial- og helsefeltet. Et viktig element i forskningens legitimitet er dens uavhengighet av ulike interessegrupper, men på grunn av forskningens posisjon som beslutningsgrunnlag er den gjenstand for aktivt påvirkningsarbeid. En aktør i helse- og

sosialfeltet kan ha strategisk interesse av at det produseres forskningsresultater som kan fremme aktørens interesser. En slik interesse står i motstrid til forskningens uavhengige legitimeringsgrunnlag.

Det er et velkjent faktum at ulike aktører søker å påvirke forskning. Det er jevnlig oppslag i media om offentlige oppdragsgivere som ønsker å holde tilbake forskningsresultater de oppfatter som ikke tjenlige for egne interesser. Den offentlige forskningsfinansieringen i Norge er også omdiskutert gjennom den store vektleggingen av temaorientert og markedsstyrt forskning som skal tjene samfunnsbehov, og som dermed fortrenger støtten til frie vitenskapelig prosjekter. Pasienter og andre mottagere av velferdsstatlig tilrettelegging kan også være en slik aktør som fremmer egne interesser med det formål å påvirke forskningens kunnskapsproduksjon. Et eksempel er pasientgrupper som også kan inngå i tette relasjoner med legemiddelindustrien, og slik bidra til å fremme bestemte perspektiver i et forskningsfelt som for eksempel ADHD, som er preget av konkurrerende perspektiver, og der medikamentell behandling er omstridt (Conrad, 2007). Et annet eksempel finnes på området utmattelsessyndrom, der pasientgrupper ut fra et perspektiv inspirert av *empowerment* aktivt motarbeider forskning som undersøker psykiatriske hypoteser om problemtilstanden (Wyller, Rem og Mollnes, 2015).

Som vi påpekte i innledningen, har det i helsefeltet de siste 10–20 årene blitt etablert en praksis der pasienter, som mottakere av samfunnsmessig tilrettelegging, blir sett på som legitime aktører i utformingen av forskning. Inkludering av pasienter sies å fremme forskningens evne til å skape løsninger på problemer, muligheter til rekruttering og muligheter til implementering av resultatene (de Wit mfl., 2010). Men vi må også tillate oss å spørre om ikke slik inkludering også har et potensial til å



gi forskningen en skjevhet til fordel for strategiske pasientinteresser som er potensielt truende for forskningens legitimitet. Pasienter og deres interesseorganisasjoner kan ha interesser som ikke nødvendigvis er sammenfallende med andre pasienter og interesseorganisasjoner, eller med allmennhetens interesser, det vil si interessene til den samlede gruppen borgere som deltar i parlamentariske prosesser.

Først til de divergerende interessene mellom ulike grupper av funksjonshemmede: Deres organisasjoner er utpekt som nøkkelaktører i brukermedvirkning, men de kan ha ulike oppfatninger om hva som tjener deres gruppe. Et kjent eksempel er blinde og bevegelseshemmede, som har helt ulike oppfatninger av hva som er et tilgjengelig byrom. Det som er hindringer for en rullestolbruker, som fortauskanter, er viktige orienteringspunkter for en blind eller sterkt svaksynt (Lid og Solvang, 2015). Brukermedvirkning i forskning om byrom må inkludere begge disse perspektivene. Det er også divergerende oppfatninger innad i grupper med tilsvarende funksjonshemming. Et eksempel er døve og sterkt tunghørte, der én posisjon vektlegger tegnspråket som grunnleggende for døves læring og sosialisering, mens en annen posisjon avviser tegnspråket som segregerende og vektlegger mulighetene til bruk av talespråk gjennom avanserte høreapparater og oppøvelse av ferdigheter i egen bruk av talespråket (Breivik, 2007). Et annet eksempel er psykisk utviklingshemmede, der foresatte har ulike oppfatninger om læring og omsorg i segregerte omgivelser er å foretrekke, eller om læring og omsorg best organiseres gjennom inkluderende løsninger i ordinære skoler og boliger som representerer en normalisering (Johnsen, 2010). For både døve og utviklingshemmede har todelingen resultert i konkurrerende organisasjoner med ulik interessepolitisk profil. Ved brukermedvirkning i forskning må man manøvrere i dette landskapet på en måte som ikke gir

én interessepolitisk profil fortrinn framfor en annen, hvis ambisjonen er å utvikle kunnskap som kan ha bred legitimitet.

Så til allmennhetens interesser. Pasientforeninger og funksjonshemmedes organisasjoner er interessegrupper som er organisert blant annet med hensikt å fremme bestemte strategiske interesser i politiske prioriteringer, spesielt på det helse- og sosialpolitiske området. Noen av disse organisasjonene er ressurssterke, som Kreftforeningen med cirka 200 årsverk i organisasjonen og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke med 50 ansatte i sentraladministrasjonen. Når slike strategisk handlende aktører og grupper inkluderes i forskningens design og analyse, kan de påvirke resultatene slik at de får en retning som potensielt kan tjene enkeltgruppers interesser på bekostning av fellesskapet. Gibson og medarbeidere understreker det utopiske i at brukermedvirkning skal kunne representere en enighet. De beskriver involvering som:

... a battleground of competing interests, where the cumulative objectives expressed are diverse, controversial and on occasions incompatible. Indeed in a society divided along lines of class, race, religion, disability and gender the achievement, in total, of the declared objectives of PPI may be described as nothing less than utopian (Gibson mfl., 2012, s. 535).

Unngår man å ta inn over seg denne konfliktdimensjonen, kan det svekke helseforskningens legitimitet som kunnskapsgrunnlag for politiske prosesser som skal prioritere knappe ressurser og være gjenstand for prioriteringer. Urettmessig skjevfordeling kan bli resultatet.

Et blick på denne legitimitetsproblematikken finner vi hos sosiologen Cathrine Holst. I en artikkel fra 2009 problematiserer hun funksjonshemmedeforskningen i Norge som representanter for en opposisjonsvitenskap. En av fallgruvene i opposisjonsvitenskapen

er «å la forskningen ta for sterk farge av perspektivene til gruppen eller gruppene man ønsker å opponere på vegne av» (Holst, 2009, s. 166). Holst tar utgangspunkt i sin egen kritiske analyse av kjønnsforskning som opposisjonsvitenskap og appliserer denne på norsk funksjonshemmedeforskning. I tråd med Bourdieus krav til det dobbelte epistemologiske brudd, mener Holst at opposisjonsvitenskapen skaper et vitenskapelighetsproblem der forskningen ikke får den stringensen og autonomien som er viktig. Men Holst framholder også et demokratisk problem ved å la forskningens primære brukergruppe få innflytelse: «Hva som er i de funksjonshemmedes interesse, er ikke nødvendigvis rettferdig i et bredere samfunnmessig perspektiv» (Holst, 2009, s. 166). Funksjonshemmede er strategiske aktører som arbeider for å bedre sin posisjon i konkurranse med andre brukergrupper i velferdsstaten.

Et moment Holst tillegger særlig vekt, er kostnadssiden for samfunnet, som hun mener får altfor liten oppmerksomhet. Borgerne trenger kunnskap om hva reformer i velferdsordningene koster, men dette er noe den brukernære funksjonshemningsforskningen i praksis aldri tar tak i, slik Holst ser det. Hun framholder to økonomer fra Handelshøyskolen i Bergen som eksemplariske i så måte. Økonomenes publikasjoner regner på hva tjenester til funksjonshemmede koster velferdssystemet, og Holst påpeker at de ikke har fått noen oppmerksomhet i forskningsfeltet om funksjonshemmede. Den manglende interessen mener Holst viser at den brukerforpliktete funksjonshemmedeforskningen er lite interessert i å diskutere de økonomiske kostnadene ved å gjennomføre samfunnmessige reformer, for eksempel utbygging av ordningene for personlig assistanse, tekniske hjelpemidler og universell utforming, og at de dermed begrenser sin legitimitet som kunnskapsgrunnlag i demokratiske prosesser. Holst mener de demokratiske prosessene i velferdsstaten er ment å gjennomføre prioritering av

knappe goder, og en forskning som står nært funksjonshemmedes interesser, produserer et mangelfullt kunnskapsgrunnlag for å gjøre disse prioriteringene. Resonnementet til Holst er helt klart interessant, men det skal samtidig presiseres at funksjonshemmede og deres organisasjoner har legitime interesser i å fremme en erkjennelsesorientert forskning som betoner en subjektiv erfaringsdimensjon framfor perspektiver som først fremst skal være effektive for velferdsstatens forvaltning.

Først i denne artikkelen systematiserte vi tre tradisjoner for deltakende forskning: en pragmatisk-interaksjonistisk tradisjon, en politisk og ideologisk tradisjon og en forbrukerorientert tradisjon. I lys av disse tre tradisjonene gjør Holst to ting. For det første problematiserer hun brukermedvirkningen i den forbrukerorienterte tradisjonen. Kunnskapen som her frambringes, er av potensielt stor strategisk betydning, og dens verdi for den politiske offentligheten er avhengig av at den produseres i en ramme av politisk interesseløshet. Særlig gjelder dette forskning som frambringer kunnskap som har stor betydning for økonomiske prioriteringer i demokratiske politiske prosesser. For det andre problematiserer Holst verdien av forskningen med kritiske og frigjørende interesser i det feltet hun adresserer, funksjonshemmedeforskningen. Denne forskningen har begrenset verdi for myndighetene i deres oppgave med å gjøre prioriteringer mellom knappe ressurser. Samtidig forstår vi Holst dithen at den frigjørende forskningen allikevel kan ha betydelig verdi, for eksempel for mobilisering av funksjonshemmede i deres kamp for bedre livsvilkår og for utviklingen av forståelsen av funksjonshemming som ikke bare en kroppslig defekt, men et problem skapt av et lite tilrettelagt og inkluderende samfunn.

Vårt poeng med å trekke fram Holsts analyse er at hun påpeker utfordringer i de nære forbindelsene mellom brukere

og forskning. Og hun gjør det med en uforferdet utfordring av den ortodoksien som har fått utvikle seg i funksjonshemmingsforskning som fagfelt, der forpliktelsen overfor brukernes interesser framstår som uangripelig. Hvis all forskning må forstås som politisk interessedrevet, blir konsekvensen at forskningsresultater må brukes på en måte som tar høyde for det interessedrevne elementet. I en slik situasjon er det påkrevd med et høyt refleksjonsnivå om interaksjonen mellom analysens teoretiske autonomi, forskningssubjektenes ulike posisjoner i kunnskapsproduksjonen og forskningsresultatens status som et felles grenseobjekt alle deler av den politiske offentligheten kan nyttiggjøre seg ut fra sine interesseposisjoner (Bowker og Star, 2000). Denne artikkelen er et bidrag til å øke kunnskapsgrunnet for refleksjonen om forholdet mellom autonomi, brukerposisjoner og legitimitet i helserelatert forskning.

## Avslutning

Til refleksjonen over interaksjon, deltakelse og medvirkning i forskning er det for det første viktig å ha med seg de ulike historiske kraftlinjene som har aktualisert dagens krav om brukermedvirkning. Interaksjon med de utforskede ble initiert av forskere i den pragmatisk inspirerte interaksjonistiske sosiologiske tradisjonen i USA allerede i mellomkrigstiden – en tradisjon som ble videreført i aksjonsforskningen. I 1960-årene dannes ulike ideologiske og politiskinspirerte forskere, som selv er fra arbeiderklassen, er funksjonshemmede eller er kvinner, og denne politiske og frigjørende forskningen har som prosjekt å avdekke samfunnets ulikhet og urettferdighet. Og til sist, i 1990-årene, former myndighetene en forbrukerorientert tradisjon der brukermedvirkningen skal sikre

økt relevans for forskningen og ivareta sentrale demokratiske rettigheter for borgerne. Det er den forbrukermedvirkende tradisjonen som er referanserammen for mye av diskusjonen rundt brukermedvirkning i dag, men både den pragmatiske og emansipatoriske tradisjonen er viktige å kalkulere inn når graden av brukermedvirkningen i et prosjekt skal diskuteres.

Et hovedanliggende for kapitlet har vært å tydeliggjøre at brukermedvirkningen i forskning vil profitere på å tenke gjennom legitimitetsspørsmål. Hvem er det som representeres gjennom utpekingen av brukermedvirkere i forskning? Særlig gjelder dette i rekrutteringen til referansegrupper og brukerpaneler. Blir virkelig analysen av pasienter og funksjonshemmedes situasjon skarpere og mer anvendelig ved en systematisk inkludering av representanter for de undersøkte i den analytiske prosessen? Og endelig, hvordan vil bevilgende myndigheter forstå forskning der brukermedvirkningen har ytt betydelig innflytelse over forskningsprosessen? Formålet kan ha vært å la forskningen svare på behov hos sentrale brukergrupper, men brukergruppene kan ha brukt denne muligheten til å fremme egne strategiske interesser på bekostning av andre grupper. Vi har ikke grunnlag for å si at en slik bias er manifestert og et problem, men vi mener å ha grunnlag for å si at brukermedvirkning i forskning åpner opp for prosesser som gjør forskningen til et noe annet sosialt felt enn det var i tidligere epoker, da interesseløshet var en av vitenskapens viktigste normer (Merton, 1968). Endringen av forskningen som et sosialt felt må kalkuleres inn når forskning brukes som del av evidensgrunnlaget for helse- og sosialpolitiske beslutninger.

## Referanser

- Alvesson, M. og Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), s. 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Barber, R. (2014). *Exploring the meaning and impact of public involvement in health research*. PhD-thesis, University of Sheffield.
- Barnes, C., Mercer, G. og Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Beresford, P. (2002). User Involvement in Research and Evaluation: Liberation or Regulation? *Social Policy & Society*, 1(2), 95–105. <https://doi.org/10.1017/S1474746402000222>
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M. og Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), s. 1173–1187.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (red.) (2009). *Medforskning-å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bourdieu, P. (2003). Participant Objectivation. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9(2), s. 281–294. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.00150>
- Bourdieu, P. (red.) (1999). *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Oxford: Polity Press.
- Bowker, G. C. og Star, S. L. (2000). *Sorting things out : classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Breivik, J.-K. (2007). *Døv identitet i endring: Lokale liv – globale bevegelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buzzanell, P. M. (2003). A Feminist Standpoint Analysis of Maternity and Maternity Leave for Women with Disabilities. *Women and Language*, 26(2), s. 53–65.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

- Cook, T. (2012). Where Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. *FQS - FORUM: Qualitative Sozial Research (Sozialforschung)*, 13(1), art 18. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201187>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Feiring, M. og Solvang, P. K. (2013). Rehabilitering – et grensefelt mellom medisin og samfunn. *Praktiske Grunde – (1–2)*. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-feiring-solvang.pdf>
- Feiring, M. (2013). Politicisation of Self-Help in Norway. *Citizenship and Social Development. Citizen Participation and Community Involvement in Social Welfare and Social Policy*, 31, s. 207–220.
- Feiring, M. og Solvang, P. K. (2016). *Participatory Health Research and Challenges to the Sociology of Health and Illness*. Paper at BSA, Medical Sociology Group, Annual Conference September 7–9, 2016, Birmingham.
- Freire, P. (1973 [1968]). *De undertrykte pædagogik*. Christian Ejlers' pædagogiske serie. København: Christian Ejlers' Forlag.
- Gibson, A., Britten, N. og Lynch, J. (2012). Theoretical directions for an emancipatory concept of patient and public involvement. *Health*, 16(5), s. 531–547. <https://doi.org/10.1177/1363459312438563>
- Hanley, B., Bradburn, J., Gorin, S., Barnes, M., Evans, C., Goodare, H., . . . Wallcraft, J. (2003 [2000]). *Involving consumers in research and development in the NHS: Briefing notes for researchers*. Winchester: Consumers in NHS Research Support Unit, Help for Health Trust. <http://docs.scie-socialcareonline.org.uk/fulltext/consumerresearch1.pdf>
- Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Milton Keynes: Open University Press.
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Holst, C. (2009). I beste mening. Opposisjonsvitenskapens fallgruver I: B. R. Nuland, B. S. Tranøy og J. Christensen (red.), *Hjernen er alene: Institusjonalisering, kvalitet og relevans i norsk velferdsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, B. (2010). Annerledeshet og utdanning – didaktiske muligheter i lys av sårbarhetens politikk. I: J. Kristeva og E. Engebretsen (red.), *Annerledeshet: Sårbarhetens språk og politikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), s. 34–46.



- Lid, I. M. og Solvang, P. (2015). (Dis)ability and the experience of accessibility in the urban environment. *ALTER: European Journal of Disability Research*. 10(2), s. 181–194. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2015.11.003>
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement* (Critical texts in social work and the welfare state). Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, S. R., Rees, R. W., Clarke-Jones, L., Milne, R., Oakley, A. R., Gabboay, J., . . . Gyte, G. (2008). A multidimensional conceptual framework for analysing public involvement in health services research. *Health Expectations*, 11, s. 72–84. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00476.x>
- Pop, L. (2011). Self-analysis and socio-analysis: Bourdieu's way. *Economy and Society*, 40(2), s. 307–321.
- Rasch, B. E. (2004). Innledning. I: I. K. Midgaard og B. E. Rasch (red.), *Demokrati – vilkår og virkninger*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Reinhardt, J. (2011). ICF, theories, paradigms and scientific revolution. Re: Towards a unifying theory of rehabilitation, Letter to the Editor. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, s. 271–273. <https://doi.org/10.2340/16501977-0673>
- Sample, P. L. (1996). Beginnings: Participatory action research and adults with developmental disabilities. *Disability and Society*, 11(3), s. 317–332. <https://doi.org/10.1080/09687599627633>
- Starrin, B. (2007). Empowerment som forskningsstrategi - eksemplet deltakerbasert forskning. I O. P. Askheim, og B. Starrin (red.), *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thomas, C. (1999). *Female forms: Experiencing and understanding disability*: McGraw-Hill Education
- Whyte, W. F. (1981 [1943]). *Street Corner Society - The Social Structure of an Italian Slum* (3rd, rev. and expanded. utg.). Chicago: University of Chicago Press.
- Wyller, V. B., Rem, S. E. & Mollnes, T. E. (2015). Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 22–23(135), s. 2172–2175. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1180>

## Øvrige referanser

<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/10/utlyser-200-millioner-til-forskning-pa-helse--og-velferdstjenester/> (lest november 2015)

[http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale\\_dokumenter/1254005461908](http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908), s. 16. (lest november 2015)

<http://www.invo.org.uk/find-out-more/what-is-public-involvement-in-research-2/> (lest januar 2016)

[http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=43727&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2) (lest november 2016)

Nasjonal arbeidsgruppe (2014). *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak. Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe*. <https://www.ntnu.no/documents/10268/901844126/rapport+2014+Brukermedvirkning+i+helseforskning+i+Norge.pdf/a43ed505-9fa3-4e8d-94d2-0f53b278721b> (lest november 2016)

Research and Development Directorate (2008). *Best Research for Best Health: The new National Health Strategy*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/136578/dh\\_4127152.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136578/dh_4127152.pdf) (lest november 2016)

# 12

## Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med kritiske perspektiver?

*Kristian Larsen* <sup>a)</sup> (1. forfatter), *Truls I. Juritzen* <sup>b)</sup>,  
*Ingrid Ruud Knutsen* <sup>c)</sup> og *Marte Feiring* <sup>d)</sup>

### **What is critique in the health sciences, and why do we need critical perspectives?**

In this final summary chapter, we explore some basic arguments for developing critical reflection and in this final summary chapter, we explore some basic arguments for developing critical reflection

- 
- a) Institutt for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
  - b) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus/CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services), Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
  - c) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
  - d) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag Høgskolen i Oslo og Akershus

and evaluation in health education, client practices and research. We do not deal with «criticism» in the meaning of faultfinding; but rather with «critique» in the sense of abstract reflection, political commentary, or an in depth discussion of all topics within the health-area. Critique is an exploration into the foundations and limits of scientific and practical knowledge. Our ambition has been to disrupt and challenge attitudes that have been taken for granted, and instead look for what is different, unsettling and thought provoking. In order to manage this we need to embrace criticism at different levels, applying theoretical and historical perspectives on actual empirical issues. This anthology tries to show that critique is a necessary part of all work with health issues, in education, in client work and in scientific activities. For the authors of this book, critique means asking questions about what is taken for granted and what may be understood in a different manner. In all academic, educational and practical reasoning critique is regarded as a necessary tool.

## Innledning

Kapitlene i denne antologien har på ulike måter belyst kritiske perspektiver i utdanning, yrkespraksis og forskning i helsefagene. Sentralt står et tekstlig materiale som ved å perspektivere helse i samfunnet, dets institusjoner, profesjoner og arbeid søker å utfordre og oppfordre til kritisk refleksjon. Et trekk ved kritikken er at den ikke har en spesifikk retning eller mål, som for eksempel å komme med direkte anvisninger om hvordan man skal forholde seg til helsespørsmål. Men hva er da kritikk? Og helse er vel ikke så problematisk? Vi vil snu om på dette og si: Det er god grunn til å ha tillit til helsefaglige praksiser og utviklingen av helsetjenester for

befolkningen i de nordiske velferdsstatene. Ikke minst fordi man har kjempet for å utforme rettigheter og plikter når det gjelder sykdom og helse, men også fordi noen iherdig har utarbeidet teorier og modeller om dette temaet, utviklet bygninger og teknologier for helsefaglige praksiser, samt etablert institusjoner, profesjoner, standarder og regler for dette. Dette er goder vi alle forbinder med velferdsstaten. Vi må ha kritikk som en nødvendig forutsetning for fortsatt utvikling av helsefaglig utdanning, yrkespraksis og forskning. I det følgende gir vi eksempler på hva en slik kritikk består av, og hvordan den uttrykker seg.

## **Kritikk er en sentral del av kunnskapsutviklingen**

Forfatterne av denne antologien anvender ulike kritiske perspektiver på helsefaglige praksiser, noe som innebærer en rekke metateoretiske og teoretiske tilnærminger til empiriske områder. Helse som fenomen er et historisk, kulturelt og sosialt produkt som er skapt over tid og av mennesker. Kritikk er en analytisk tilnærming, som ikke primært er opptatt av moralske vurderinger av saksforhold, selv om det også kan være et element. Et sentralt moment ved kritikk, slik vi beskriver det her, er at vi anvender et historisk perspektiv på utviklingen av forståelser og tiltak når det gjelder sykdom og helse. Det gjelder samfunnsmessig i det store bildet, hvor det kan sies at samfunnet ifølge Nepper Larsen (2014, s. 7) er kritikk-trengende fordi et voksende og akselererende samfunn på flere måter driver rovdrift på naturen og tinglyggjør menneskelivet. Det er behov for at det stilles spørsmål om organisasjoners virksomhet og fremgangsmåter, og om de måter det produseres, måles og veies på i helsevesenet.

De helseprofesjonelle må også være kritiske og ettertenksomme når de skal handle i komplekse situasjoner, spunnet inn i nettverk av ofte motstridende kunnskapsformer, idealer og muligheter (Grimen, 2008; Schön, 1991). Pasienten vil én ting, de pårørende noe annet, evidens sier noe tredje, terapeutens erfaringer noe fjerde. Det kan for eksempel være når sykepleiere eller terapeuter skal opptre hensiktsmessig i en kompleks tidsbegrenset og fysisk lokalisert situasjon, overfor en pasient med mange diagnoser som ikke bare handler om kunnskap om sykdom, behandling og pleie, men også om etikk, menneskesyn, samt politiske og økonomiske forhold. Kritikkk er i denne sammenhengen altså ikke det å være kritisk i en hverdagslig og negativ betydning av ordet. I denne boken mener vi med kritikkk en undersøkende, nysgjerrig og spørrende tilnærming, som er en viktig drivende og innovativ faktor i sosiale, institusjonelle og individuelle forandringsprosesser. Samfunnet trenger kritikkk når ambisjonen er utvikling av helsefaglige utdanninger, yrkesutøvelse og forskning.

## **Kritikk som respekt på forskjellige analytiske nivåer**

En dimensjon ved kritikkk innebærer at man kan holde forskjellige analytiske lag atskilt. Dette gjelder i prinsippet alle mennesker, men ikke minst dem som er utøvere i helsefagene. Her tenker vi særlig på viktigheten av å lære forskjellen mellom vitenskapelig kunnskap og praksiskunnskap, men det kan også dreie seg om evidenskunnskap, kunnskap om standarder, profesjonell kunnskap, erfaringskunnskap eller mere intuitive kunnskapsformer. Det ligger også i dette at man skal lære seg å ha respekt for kunnskapsformenes egenart, samt deres styrker og svakheter. Dette handler om vitenskapsteori eller kunnskap om ulike

former for viten, og dette er relevant på mange måter for helsefagene. Her vil vi nevne noen eksempler på analytiske nivåer. Når vi studerer noen trekk ved helsen, omformer forskningen den konkrete virkeligheten til en konstruksjon av denne virkeligheten. Vitenskapelig kunnskap utgjør en abstraksjon over enkelte trekk ved et fenomen, det vil si at teori er en måte å tenke om et område på og et grunnlag for å mestre området symbolsk (i tanken). Det kan være en sosiologisk teori, kulturteori, profesjonsteori, verdighetsteori, aldringsteori, smerteteori, fysiologisk teori osv. – men det stilles skarpt på ett eller noen få dimensjoner av virkeligheten, mens andre legges bort. En annen kunnskapsform er praksiskunnskapen, som er virksom når en pleier eller en terapeut er i samspill med en klient i konkrete samfunnsmessige, fysiske og institusjonelle sammenhenger. Her aktualiseres relasjoner mellom kroppar i alle sine dimensjoner. Det er en situasjon hvor mange kunnskapsformer kan være i spill, men det karakteristiske er at den er kroppslig, unik, irreversibel, og den gjøres i konkrete relasjoner mellom mennesker i bestemte kontekster. Denne kunnskapsformen har en pragmatisk karakter, hvor relasjonen og praksisen involverer en avveining av kunnskapsformer og verdier. Disse er bundet til forholdet mellom personene i tid og sted, samt i institusjonelle sammenhenger og i samfunnet. Vi kan kalle dette for en materialisert praksis, der relasjoner mellom for eksempel sykepleieren og pasienten involverer en rekke kunnskapsformer, krav og interesser mv. Men denne praksisen styres ikke, og den kan ikke styres direkte av deltakernes mentale og tankemessige konstruksjon (som for eksempel sykepleierens eller pasientens forestilling om hva som skal foregå og hvordan). Den materialiserte praksisen kan heller ikke styres direkte av en entydig vitenskapelig teori, manual eller modell (som for eksempel standardisering eller skriftlige manualer for pasientbehandling).

Dette betyr at man ikke direkte kan oversette mellom kroppslig utførte praksiser (materialiserte praksiser), nedskrevne praksiser (tekstlig-diskursive praksiser) og mentale praksiser (tankemessige praksiser). Man kan i denne forbindelsen heller ikke snakke om «sammenhenger mellom abstrakt teori og praksis» eller at det skal bygges bro mellom teori og praksis. Vitenskapelig teori i den betydningen vi her snakker om, utgjør tankeredsaker som kan anvendes til å tenke omkring deler av en empirisk virkelighet. Man kan ikke implementere en vitenskapelig teori i praksis. Men en teoretisk overveielse kan gi den profesjonelle helsearbeideren en ekstra innsikt til å forstå og forklare situasjoner som han/hun står i, og slik gi innspill til den materialiserte praksisen.

Det kritiske momentet er her at man har oppmerksomheten rettet mot hvilket lag av virkeligheten man er fokusert på. De tre lagene av kunnskap kan stimulere og motivere hverandre, eller de kan være hverandres motsetninger. Og det er fruktbart at man i det konkrete kliniske arbeidet eller i undervisningen innen helsefagene har en bevissthet om at det står noe annet og mer på spill i en konkret relasjon mellom en helseprofesjonell og en pasient enn det som helseutøveren og pasienten har tenkt på i utgangspunktet. Det kan være det som teorien kan si noe om, eller det som er beskrevet i verdigrunnet eller standarden for et pasientforløp.

## **Kritikk i et historisk perspektiv: Kunnskapsutvikling skjer i form av brudd**

I en klinisk og utdanningsmessig hverdag opplever man ofte at kunnskap, og særlig vitenskapelig kunnskap eller evidens, har en særstatus, det vil si at den erfarer som opphøyet, urørlig og med nesten ontologisk status – som en absolutt viten.



Vi vil med dette avsnittet gi eksempler på at vitenskapelig og evidensbasert kunnskap er skapt i en sosial og historisk sammenheng, og at statusen som «sann» som regel er midlertidig. Dessuten beskrives det hvordan ny viten erobres gjennom brudd med etablerte sannheter.

Vi vil derfor reflektere over at samfunnet, dets institusjoner og profesjoner vokser frem og utvikler seg gjennom kritikk i betydningen av at man stiller spørsmål ved det som *er* – det bestående. Det betyr at vår kunnskap om samfunnet, institusjonene, profesjonene, kroppene, cellene og genene løpende har endret seg fordi vi har stilt spørsmål om hvordan sykdom og helse kan beskrives og forklares i forhold til ulike «nivåer». Vi vet altså mer om helse og sykdom, livsstil og levevilkår fordi mennesker og institusjoner har ansett det som viktig å sette spørsmålsteget ved grunnleggende antakelser i befolkningen, i klinikken og i vitenskapen. Det er derfor vi i dag vet mer om hva kroppen inneholder, om anatomi, om vev, celler, molekyler, genomer. Vi vet også mer om hvordan kroppen virker, om dens fysiologi og om hvordan blod- og nervebaner fungerer. Dessuten har vi større kunnskaper om hvordan sykdom og behandling virker – om sykdomslæren og om samspillet mellom bakterier og penicillin – enn man gjorde på Hippokrates tid. Dette kan man finne ut mer om ved å studere tidlige arbeider av George Canguilhem (1988, 1989) om sykdom og helse. Vi vil samtidig legge til at i denne tradisjonen, som også var sentral for Michel Foucault (1991, 2002) og Pierre Bourdieu (1977, 2006, 2010), utgjør vitenskapelig kunnskap en løpende dialog mellom tenkning og eksperiment, mellom å mestre saksforhold i tanken (teori) og i konkrete studier (empiri). I denne tradisjonen som Canguilhem og Gaston Bachelard har vært fedre til, tenkes vitenskap som et løpende vekselspill mellom teoretisk og empirisk arbeide. I forhold til oppdagelsen av

det «positive elektron» sa Bachelard (1976 [1940], s. 62) poetisk:

*«Det var, som ofte er tilfellet, snakk om en tilfeldig syntese av den teoretiske og den eksperimentelle oppdagelse. Men allikevel var sengen rett og passet på mål til det nye fenomen, som skulle komme og strekke seg der. Der var en teoretisk forutsigelse, som avventet kjensgjerningen.» (egen oversettelse)*

Her formidles også at forskning ikke utelukkende skal være abstraksjoner og tenkning over helsefenomener, og det skal heller ikke bare være måling og veiing av hvordan helsefenomener spontant fremtrer. Noe lignende er formulert på følgende måte av Bourdieu (1988, s. 774–775) med referanse til Kant: «Teori uten empiri er tom – empiri uten teori er blind.»

Det er viktig å forstå at når man ser tilbake på den vitenskapelige erkjennelsens historie (vitenskapshistorien), har forskerne hatt ulike utfordringer ved ikke å ha den nødvendige teknologien, for eksempel mikroskop for å kunne se bakterier, eller de har hatt sparsomme økonomiske ressurser for å kunne gjennomføre undersøkelser. Men en oversett og samtidig sentral utfordring har vært at det selvsagte har stått som hindring for å kunne se og forstå det nye. «Fremfor alt må vi erkjenne at de nye erfaringer benekter tidligere erfaringer; ellers har vi innlysende nok ikke å gjøre med nye erfaringer» Bachelard (1976 [1940], s. 34–35, egen oversettelse). Alle forskere vil sikkert gjerne knekke koden eller løse gåten med ny erkjennelse. Men vi har jo svært vanskelig for å tenke på tvers, på tross eller motsatt av hva man ellers vet om kroppen, sunnheten, helsen osv. Det vil si at det er vanskelig for forskere å godta «brudd» fordi, når alt og alle vet at for eksempel blodet blir dannet, pumpet rundt av hjertemuskelen og «brukt opp» – så er det nesten umulig å tenke at det kan sirkulere slik som William Harvey fant ut i 1628. Men vitenskapelig kunnskap, klinisk kunnskap og pasientopplevelser

bekreftet den hevdvunne teori (Larsen & Esmark, 2013, s. 6). Roy Porter (2003, s. 216) sier det slik: «Hva skulle det bli av alle de gamle regler om de rette steder for årelatning hvis blodet ikke strømmet rundt i legemet?»

I tråd med Bachelard (1940) kan vi si at sosialhistorisk sett opprettholdes gitte vitenskapelige sannheter eller epistemologiske hindringer, samtidig som de kontinuerlig må utfordres gjennom kritikk, for til slutt å forkastes eller å bli modifisert av den nye erkjennelsen. Et eksempel på et slikt brudd er miasmeforklaringer i medisinen. Den ble forkastet til fordel for den moderne biomedisin med støtte i den nye lære om bakteriologien. Dette synet på at vitenskapelig utvikling innen helsefagene favnes av Kuhns (1970) begrep om «paradigmatiske revolusjoner» og Bourdieus teori om diskurser mellom den rette og den nye lære (ortodoksi og heterodoksi). Disse begrepene peker på mer eller mindre ubeviste strukturer som ligger til grunn for vitenskapelig kunnskapsproduksjon i en bestemt tid og på et gitt sted. Kunnskapsregimer bryter sammen ved det Bachelard kaller brudd, og sett i bakspeilet skjer det mange brudd i erkjennelser som går på tvers av det forskerne visste eller forventet –snarere enn at de hadde det som intensjon eller forskningsstrategi. Man kan likevel ha en slags vitenskapelig mistenksomhet, som for eksempel gjør at man vil undersøke et fenomen som alle mener er viktig og udiskutabelt. Et eksempel på dette er kritiske refleksjoner over ulike former for brukervedvirkning i forskning, som er problematisert av Feiring, Heiaas og Solvang i kapittel 11. Ideologien om brukervedvirkning som et positivt fenomen gjør at dette i utgangspunktet ikke utgjør et forskningsobjekt, men gjennom teoretiske analyser kan disse forskerne vise ikke bare til enighet og konsensus, men også til de utfordringene som er knyttet til brukervedvirkning.

Overordnet sett trenger forskeren teoretiske perspektiver, forskningsstrategier og arbeidsantakelser. I tillegg kreves det en deduktiv, det vil si en testende tilnærming, hvor man undersøker om man har rett i sine antakelser og forventninger. Dessuten må forskeren og forskningen være søkende og eksplorativ og kunne gå på oppdagelsesferd i de «rare funn», «det upåaktede», eller det som går på tvers, og det som stritter imot. Avhengig av studieobjektet og dets beskaffenhet kan man si at forskningen må bevege seg mellom deduktive og induktive fremgangsmåter, noe man kan beskrive som en abduktiv tilnærming. Innen helsefaglige praksiser vil vi si at det rådende paradigmet fortsatt er det biomedisinske, men at kritiske pedagogiske, psykologiske og sosiologiske perspektiver i over hundre år kontinuerlig har utfordret denne posisjonen.

Det ligger for øvrig som en sentral innsikt at vitenskap til enhver tid vil være i et visst samspill med hva kunnskapen og samtiden kan akseptere. Det er på en måte vitenskapen som er subjektet, og her er tidsdimensjonen sentral. Det er en egen treghet og en tilfeldighet i utviklingen av erkjennelsen innen et område. Man kan så å si gjøre det riktige på det gale tidspunkt, eller man kan oppdage det riktige ved en feil eller ved en tilfeldighet i vitenskapens utvikling (Larsen, 2007). Gregor Mendel hadde rett da han på midten av 1800-tallet og fremover foretok arvelighetsstudier og utviklet arvelovene, men i samtiden var de innsiktene ikke-eksisterende i det vitenskapelige univers. Man kunne først være mendelianer mange år etter Mendels død; først da var man mottakelig for disse innsiktene, og først da ble de kjent og anerkjent. Mendels lover har siden forrige århundre påvirket medisinsk vitenskap, sosialhygienisk vitenskap, sosial vitenskap og den alminnelige forståelse av genetikken og miljøets betydning. Samtidig ledet denne kunnskapen til nye sosiale teknologier, for eksempel intelligenstester som

i eugenikkens tjeneste ble brukt til utvikling av problematiske kategoriseringer av verdig og uverdigg trengende basert på et standardisert tall utledet fra en normalfordelingskurve av befolkningen (Feiring, 2016). Forskerne var og er på en måte hele tiden i dialog med noe større enn dem selv, dels det vitenskapelige samfunn, som er den autoriserte konvensjonen (organisert som fagfellelvurderinger og bedømmelseskommisjoner mv.) og dels sivilsamfunnet, som innbefatter det samtiden til enhver tid kan akseptere og forstå.

## **Eksempel på kritiske perspektiver på fenomener i helsevesenet**

Hvis vi ser på et konkret eksempel, er det tydelig at den offentlige helsesektoren i de nordiske land, har gjennomgått betydelige forandringer de siste 20–30 årene. Men hvordan kan man kritisk analysere dette, og hva vil det si å bryte med eller gå bak-enfor det umiddelbare? Det er mange synsvinkler og tilnærmelser som er mulige, og som en case kan man se på hvordan privatiseringstendenser eller nye styrings- og organisasjonsformer iverksettes, for eksempel fenomener som New Public Management (NPM). Det har sine effekter på godt og vondt, slik Brænd og Larsen (kapittel 7) i denne boken har vist. Sykepleieren kan for eksempel oppleve at de får særlig faglig stolthet knyttet til NPM, eller de kan oppleve at de nye styringsformer gir knapphet på tid til arbeidet med pasientene, men poenget er at legens, sykepleierens, prestens eller fysioterapeutens umiddelbare analyser av fenomenet ikke er tilstrekkelige.

Når vi prøver å analysere fenomenet på et annet abstraksjonsnivå, vil vi se noe som ikke umiddelbart erfares av de helseprofesjonelle. Analysen her er at staten abstraheres og betraktes som et byråkratisk felt, som er et oppsplittet rom av krefter som

kjemper om retten til å definere og fordele offentlige goder (Wacquant, 2014), Med Bourdieu (2010) kan man si at statens høyre hånd (finans, politi, rettsvesen, økonomi) i stadig større grad dominerer over statens venstre hånd (sosiale, pedagogiske og helsemessige område) med sine profesjoner og institusjoner. Når man ser slik på staten, kan man med Bourdieu (2010) si at helsesektoren, samt andre sektorer som utdanning eller vitenskap, har fått redusert sin autonomi på grunn av påvirkninger fra en økonomisk-byråkratisk logikk. Hvis vi for eksempel ser på fremherskende nye styreformer formidlet som ny offentlig styring (NPM) eller standardiseringer eller nye bestrebelser om privatiseringer, angår disse forhold ikke bare en ytre organisering av helsearbeidet, men også dets indre måte å virke på. Dette skyldes ikke minst at denne logikken virker som en indre mental struktur som både pasienter, helseprofesjoner og institusjoner har fått internalisert gjennom de dominerende begrepene klassifikasjoner og rasjonaliteter. Bestemte terminologier, med referanse til høyrehåndstaten, kan eksemplifiseres med begreper som benchmark, cost-benefit analyse, effektmåling, standardisering og evidensbasering. I to kapitler i denne boken diskuteres evidensbasertkunnskap i utdanning og i forskningen. Egede-Nissen og Knutsen (kapittel 2) skriver om kravene knyttet evidensbaserte praksiser og sjekklisters innflytelse på studentens bacheloroppgaver i sykepleierutdanningen, mens Brottveit og Femdal (kapittel 10) problematiserer hvordan det økende kravet om evidens kan forenes med helse- og sosialfagernes kunnskapsbehov.

Det betyr at det skjer en stor og omfattende transformasjon innen helsevesenet, og den kan bare forstås som en del av noen bredere og samtidige større forandringsprosesser som involverer dels nye organisasjonsformer, nye kunnskapsregimer (krav om evidens fremfor erfaring), nye standardiseringsregimer

(krav om standarder knyttet til intervensjoner), samt sikkert også nye former for individualiseringsprosesser og utvikling av nye sosiale teknologier. Disse faktorene bidrar med en grunnleggende omkalfatring av relasjoner mellom samfunn og institusjoner, mellom ledelse, klinikere og klienter, samt forskyvninger innenfor faggruppene og pasientgruppene. Det nye styringsregimet (endringer av organisasjonsform, kunnskapsform og standardisering mv.) bidrar til nye identitetsmuligheter for aktører i feltet, nye og endrede krav profesjonelle, pasienter og pårørende, nye etiske utfordringer og endringer av prioriteringer av praksisområder.

## **Å være kritisk og undersøkende – uten å foreslå løsninger**

I det foregående avsnittet viste vi et eksempel på Bourdieus (2010) og Wacquants analyser av staten anvendt på helsesektoren. I det følgende vil vi løfte frem andre sentrale innsikter omkring de kritiske perspektivenes muligheter og utfordringer. Foucault argumenterte for at man må kunne reise en kritikk uten samtidig å være forpliktet til å finne løsninger eller svar på det som er kritisert. Hans forpliktelse var rettet mot å skape uro, stille spørsmålene der hvor spørsmål var blitt overflødige, hvor det var selvvinnlysende hva (de rette) svarene var, eller der hvor tanker og praksiser løp lett, ubesværet, selvfølgelig og friksjonsfritt (Foucault, 2002). Foucaults kritiske blikk er rettet seg mot å «avsløre» det selvfølgelig, det som vi ikke ser eller oppdager fordi vi ikke tenker at ting kan være annerledes enn de er (Foucault, 1985). Med Foucaults forståelse av makt og kunnskap som noe sammenvevet vil det være et vedvarende behov for kritiske undersøkelser av stadig nye «sannheter». Kritikk er i dette perspektivet ikke noe som erstatter en sannhet med en annen,

men en innstilling og en modus av vedvarende kritisk arbeid som er uløselig knyttet til all akademisk virksomhet.

Potensialet i Foucaults teorier, som muliggjør en kritisk utfordring av kunnskapssposisjoner og nyervervede «sannheter», tas i bruk når Juritzen (kapittel 5) i denne boken undersøker det som fremstår som demokratiserende dialogprosesser i NAVs sykefraværsoppfølging, og helsefremmende idealer ved behandling av sykelig overvekt i Knutsens kapittel (4) og i Hindhedes bidrag om forebyggingsstrategier (kapittel 10). Dette er perspektiver som åpner for å «uroe» også velmenende og antatt myndiggjørende praksiser.

Norman Fairclough (2003) bygger videre på Foucaults perspektiver om sammenhengen mellom kunnskap og makt i samfunnet. Han anser at diskursen står i et dialektisk forhold til andre aspekter ved sosiale forhold. Fairclough forklarer at kritikk bringer et normativt element inn i analysen, og kritikken fokuserer på på hvordan ting er, hvordan det kunne være og hvordan det burde være, basert på et sett av verdier. Slik sett understreker kritikken gapet mellom hvordan forhold i samfunnet beskrives (som for eksempel «demokratisk» eller «rettferdig»), og hvordan det faktisk er. Undersøkelser av prosessuelle forandringer er sentralt hos Fairclough (1995, 2003), og hvordan man trekker videre på etablert språkbruk i nye prosesser. Det er særlig effekten av makt- eller dominansforhold ideologisk skapt i sosiale og kulturelle strukturer som er viet stor interesse i Faircloughs analyser.

Gytz Olesen og Feirings bidrag (kapittel 8) i denne boken er et eksempel på en diskursanalytisk studie av helseprofesjonelles tidsskrifter. De identifiserer både en normaliseringsdiskurs og en integreringsdiskurs over en tidsperiode fra 1960 og frem til i dag. Egede-Nissen og Knutsen (kapittel 2) analyserer på sin side diskursive strømninger i sykepleierutdanningen



gjennom bruk av Faircloughs tekstkritiske tilnærming av bacheloroppgaver.

Det kan i noen sammenhenger virke negativt og ufruktbart å stille seg kritisk, men vi søker i denne antologien å beskrive det fremadrettede, dynamiske og fruktbare ved kritikk. Kritikk har et annet innhold og andre implikasjoner dersom det er relatert til helsefaglige utdanninger, yrkespraksis og forskning, men poenget med en spørrende og undersøkende tilnærming er den samme: Det bidrar til den pågjeldende praksis at man vet «hvordan», men også at noen spør «hvorfor», «hvordan kan det være» eller «kan det gjøres eller tenkes på andre måter».

## **Kritikk er en løpende prosess i helsevitenskap**

Kritikk reises ikke én gang for alle, fordi enhver kunnskap uansett om den er allmenn, profesjonell eller vitenskapelig, har karakter av midlertidighet. Den er riktig i en viss periode og i forhold til noen gitte premisser. Det vil si at hva vi visste med sikkerhet på et tidspunkt i historien, kan stå for fall. Det kan vise seg å være unøyaktig, galt eller kanskje noe helt annet enn det man ellers har kunnskap om. En helseprofesjonell skal ikke ha arbeidet lenge i helsevesenet for å oppdage, at det som var «sant» og en universell basiskunnskap på et tidspunkt, kanskje er avleggs bare noen få år eller måneder senere. Tenk bare på hvordan magesår har skiftet fra å handle om stress, psyke og kirurgi til å være et produkt av en bakterieinfeksjon. Ingen med litt historie og erfaring på dette feltet tør helt tro på at denne bakteriekonstruksjonen som forklaring er den siste, universelle og gyldige for all tid! Og samtidig må klinisk praksis fungere og være virksom ved at noe gjøres til en vesentlig og avgjørende forklaring. Her lyder svaret til

pasienten slik: «Den typen magesår skyldes en bakterie, og den behandles deretter.»

Slik ligger det også et krav om at vi ved å være studenter, pasienter, klinikere, undervisere eller forskere må akseptere at mye viten er sosiale og historiske produkter som kan opptre som substansielle og universelle sannheter. Men vi skal samtidig være i stand til å forstå at «det kan være annerledes». Dyktige helseprofesjonelle skal kunne utøve en form for tvisyn som beveger seg mellom absolutte sannheter (slik er det med kroppens anatomi, fysiologi og sykdommer) og samtidig leve med en reservasjon som sier «så vidt vi vet, inntil videre». Dette er sagt med respekt for at helsearbeid innebærer verdikonflikter, et sett av kompleksiteter, handlingstvang mv. (Schön, 1983), og som sådan avkrettes en annen type refleksjon enn den vi tillegger den vitenskapelige refleksjon. Kritik for de helseprofesjonelle involverer således både en respekt for og tro på hevdvunnen kunnskap, for eksempel slik den kommer til uttrykk i vitenskapelig kunnskap, evidenskunnskap, profesjonskunnskap eller pasientenes erfaringer, men samtidig er det hensiktsmessig at de også har en slags metabevissthet og refleksivitet som også ytrer seg som en spørrende, nysgjerrig og søkende holdning. Kanskje må vi i større grad skolere fremtidens helsearbeidere, ikke til å søke skråsikkerhet som de formidler gjennom modeller, standarder eller evidenser, men heller å tolerere og dyrke tvilen som følger av kritisk refleksjon og faren for at man ikke får klare svar. Vi bør heller *kvalifisere* til å utvikle evnen til å handle under usikkerhet og tvil heller enn å *disiplinere* til å følge manualer, standarder og retningslinjer.

I forhold til det enkelte menneske, som administrator, helseprofesjonell, student eller pasient, dreier det seg mer og mer om et normativt imperativ, som tilsier at det moderne mennesket er, og skal være, kritisk og refleksivt når man skal stille spørsmål til seg selv og til tingene i sine omgivelser. Dette er vel å merke

innenfor noen ganske bestemte sosiale betingelser og konvensjoner. Det er ikke alt som det kan eller skal stilles spørsmål ved. Noen maktrelasjoner er blant annet virksomme ved at vi har lært oss at man ikke stiller spørsmål om slike forhold. For eksempel vet enhver helsefaglig student at det forventes i klinikken og på skolen at man bare skal spørre, og at man lærer gjennom å være spørrende og undersøkende. Samtidig tilegner studentene seg raskt en forståelse av hvor grensene går for når noe er passende å spørre om (hvor det også er et svar), mens andre temaer er devaluerende og ufint å spørre om (for eksempel når det berører særlige maktrelasjoner, eller hvor det ikke er noe svar).

## Kritiske institusjoner og portvakter i forhold til sannhet

Hvis vi ser ut over det individuelle nivå, er det mange institusjoner i samfunnet som forventes å ha et kritisk potensial og fungere som portvakter i forhold til «sannhet» og konvensjoner i politikk, journalistikk, litteratur og helse mv. Helt overordnet på helseområdet har vi institusjoner som er satt til å vurdere hva som kan ansees som en sykdom, og hva som ikke er det, se for eksempel på de løpende WHO-oppdateringer av *International Classification of Diseases (ICD)*; *Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* eller *Classification of Health Interventions (ICHI)*.<sup>33</sup> Noe som en gang var en sykdom i ICD, er det ikke lenger, mens andre er kommet inn som nye og medisinsk-sosialt akseptable sykdommer. Et eksempel på nye sykdommer er alkoholisme (fra 1970-årene), et annet er sykkelig overvekt (etter år 2010). Innenfor psykiatrifeltet utvikles stadig nye diagnostiske manualer, og fra USA kommer DSM-5

33 <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

(*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) som altså er den femte utgaven av dette klassifikasjonssystemet. Ekeland (2017) minner oss om at den første utgaven, som kom i 1952, opererte med 145 diagnoser, mens den kommende versjon fem vil ha om lag 355. Vi kan spørre oss om vi er blitt så mye sykere at stadig flere av menneskelivets utfordringer og lidelser bør inkluderes i det som kvalifiserer for helsevesenets oppmerksomhet og behandlingsbestrebelse. ICF er et nyere klassifikasjonssystem av funksjon og helse som vokste frem som en kritikk av en ensidig fokusering på medisinsk diagnose. Det skal samtidig skape et globalt enhetlig grunnlag og språk for å bedømme helse og helserelevante forhold både i klientarbeid, undervisning og vitenskapelige undersøkelser. Mange forskere vil med støtte i sosiokulturelle perspektiv stille seg skeptisk til slike globale consensus-systemer (Hammell, 2006).

På denne måten er kritiske tilnæringer ikke reservert til vitenskapene generelt og samfunnsvitenskapen spesielt. Tvert imot kan man kanskje si at samfunnsvitenskapen er blitt stadig mer defensiv når det gjelder å bidra med kritiske innsikter. Det kan skyldes at for eksempel sosiologien har vanskelig for å komme til orde i en kritisk offentlighet; at den på en måte har stukket av og for lengst har mistet sitt monopol på kritikk. Ingen tror lenger på at vitenskapen har en privilegert posisjon (Beck, 1992), eller som La Cour (2014, s. 4) foreslår: at sosiologien selv har begynt å bli usikker på hva som skiller vitenskapelig kritikk fra annen kritikk. På en mer idealistisk måte sier Giddens (1990, 1991) for eksempel at moderniteten nødvendiggjør både selvrefleksivitet og institusjonell refleksivitet fordi individer og institusjoner er innvevet i globale relasjoner, hvor tid og sted er under oppløsning på stadig nye måter. Kunnskap om helse og nye behandlingsformer, eller utbrudd av fugleinfluenza eller parvovirus (B 19) i et land kommuniseres raskt via moderne kommunikasjonsteknologi, og

det får umiddelbart implikasjoner i en rekke nasjonale og institusjonelle sammenhenger over hele verden. I det perspektivet som Giddens legger frem, er vi i dagens moderne samfunn ikke lenger underlagt tradisjonelle vaner og skikker. Han betrakter identitet som en løpende og foranderlig prosess, og individer og institusjoner må konstant revidere sine selvfortellinger og biografier.

På et mer praksisrelatert nivå har vi styrer, råd og utvalg, som de danske Sundhedstyrelsene eller det norske Kunnskapsenteret for helsetjenesten (som nå er del av Folkehelseinstituttet) som er satt til å overvåke hva som kan oppfattes som «sann» eller «falsk» kunnskap på helseområdet. Dette handler også om hvem som besitter legitim eller gyldig kunnskap som en forutsetning for å kunne bli tildelt eller fratatt statlig autorisasjon på helseområdet, eller vurderinger om hvor og når det skal iverksettes landsdekkende vaksinasjonsprogrammer. Noen individer og institusjoner er på denne måten satt til og har som profesjonelt metier å bedømme hvorvidt tingene er som de forventes å være, herunder å sanksjonere i forhold til dette.

## Den kritiske forskerens viktigste grep

Hensikten med kritikk slik vi forstår det i denne antologien, er å problematisere og bringe til torgs nye perspektiver på de hverdagspraksiser vi har tatt for gitt, eller «to make harder those acts which are now too easy» (Foucault, 2002, s. 456). Tilsvarende er det viktigste analytiske grep som vi kan lære av Bourdieu og Foucault med flere, at man må bryte med den spontane og umiddelbare måten å tenke om det sosiale på. Den umiddelbare analysen sier for eksempel at dårlig livsstil skyldes «feil» valg, som skyldes mangelfull oppdragelse hos moralsk svake eller lavt utdannede sosiale grupper, og den fortrenger at det er noen som definerer hva som er dårlig livsstil, valg osv. – og at helse snarere kan henføres til vilkår

enn til valg (Larsen og Hansen, 2014). Det betyr at når vi går vitenskapelig til verks og prøver å beskrive og forklare menneskers praksis – så er det ikke tilstrekkelig bare å fortolke det umiddelbart erfarte. Som for eksempel når en konsulentvirksomhet skal analysere hvilke behov samfunnet har for helsekompetanse hos velferdsprofesjonene om 20 år, og da ikke vektlegger at sykepleiere, fysioterapeuter, biokjemikere og ergoterapeuter vil bli mer «vitenskapelige», kritiske og proaktive, eller fremmer vitenskapsteori, helsevitenskap og pedagogikk som sentrale kunnskapskilder (*New Insight*).<sup>34</sup> Det vil, som tilfellet er i Danmark, prioritere generiske kompetanser som det å kunne «kommunisere situasjonsbestemt tilpasset den enkelte borger eller pasientens behov, forutsetninger og ressurser», og kunne «agere profesjonelt på tvers av organisatoriske, strukturelle og faglige siloer i helsesystemet og i spesialiserte og tverrfaglige team», og kunne «oppnå en profesjonell helhetsforståelse av den enkelte pasients sykdomssammenheng og helseutfordringer», samt fokusere på evidensbaserte verktøy eller teknologistøttet veiledning mv. (*New Insight*, s. 11–13, egen oversettelse). Se mer om dette temaet i kapittel 1, skrevet av Larsen og Højbjerg, i denne antologien.

I samfunnsdebatten fremstår ofte forskning innenfor helse og medisin som en høyteknologisk naturvitenskap som frembringer revolusjonerende resultater. Det blir da innlysende i politikken og i befolkningens oppfattelse at helsevitenskap skal utvikles gjennom legers og biologers forskning på genomer, celler og proteiner. Et annet eksempel på hverdagslige måter å tenke på er at når man i Norge mangler leger, betegnes det som «hoder», mens når de etterspør sykepleiere, kalles det «hender». Leger er noen som tenker, mens sykepleiere er noen som bruker hendene.

---

34 <http://www.ft.dk/samling/20141/almindel/fiv/bilag/61/1426084.pdf> (lest november 2016)

Studier viser at begge grupper bruker og integrerer hode og hender i det faglige arbeidet. Men mediernes konstruksjon vitner om en sterk, naturlig og ofte ubemerket og subtil organisering av dikotomier, som lege/sykepleier, høyere utdanning/kortere utdanning, evidens/erfaring, tenke/handle samt hode/hender.

Det å bryte med hverdagsforestillinger, som også er virkelige i politikken, er sentralt i kritisk forskning. Man prøver å avnaturalisere våre faste måter å tenke og forstå tingene på. Poenget er at det som virker naturlig og selvinnsynende, er kulturelt betinget og dermed også et sosialt og historisk produkt. Maktbegreper eller begreper om dominansrelasjoner er viktige her. For man kan si at makten til å definere hva som er kunnskap, hvem som skal utvikle og anvende kunnskap, er historiske og sosiale produkter. Sagt med andre ord: Det er mennesker som over tid og i strid med hverandre har bygget velferdsstaten med dets goder (helserettigheter og plikter, adgang til helseytelser, helseprofesjoner, institusjoner og forskningsinstitusjoner), men det er ofte tilfeldig hvem som erobrer retten til å definere og utvikle nye institusjonelle løsninger. Med tilfeldig menes det her at det hersker en form for vilkårlighet, og at det kunne ha blitt annerledes under andre betingelser, men at dagens maktfordeling nettopp er et produkt av en lang historisk sosial prosess. Man kan heller ikke forstå ulikhet i helse, ulikhet i lønnsforhold, pasienters ulike ressurser eller arbeid på helseområdet uten å gå bakenfor faste mønstre og forståelser. Det er dette vi mener med å bryte med hverdagslige måter å tenke på.

## Avslutning

Antologiens forfattere representerer et bredt spekter av perspektiver og teorier, og de omfatter bidrag fra filosofi og pedagogikk formulert av Dewey, Mead og Bakhtin; perspektiver fra

vitenskapsteoretikere/historikere som Bachelard, Canguilhem og Kuhn og sosiologiske tekster ført i pennen av Bourdieu, Foucault, Giddens, Latour og Nowotny. Felles for bokens forfattere er at de representerer teoretiske bidrag med et kritisk potensial. Her oppsummeres noen punkter om hvorfor vi mener at kritikk og kritiske perspektiver er så viktige for helsefagene:

- Kritikk er en nødvendig forutsetning for utvikling av helseforskning, helseutdanning og helsearbeid;
- kritikk er en sentral del av kunnskapsutviklingen og både samfunn, institusjoner og profesjoner er kritikktrangende;
- kritikk er ikke å være kritisk i hverdagslig mening, det er snarere en undersøkende og spørrende tilnærming som er drivende i sosiale, institusjonelle og individuelle forandringsprosesser;
- kritikk involverer respekt for og ønske om å kunne holde forskjellige analytiske nivåer fra hverandre;
- kritikk har relevans for alle parter i helsevesenet, for eksempel pasienter, profesjoner og ledelser, men også for institusjoner og samfunn;
- historisk utvikling av at vitenskap har skjedd gjennom brudd og en kritisk tilnærming til enhver konsensus og etablerte sannheter;
- kritiske tilnærminger innebærer ikke nødvendigvis å kunne foreslå løsninger – en del av løsningen er også å vise sammenhenger og kompleksitet;
- kritisk erkjennelse sanksjoneres av institusjoner og legitimeres for en tid – og står også for fall når nye innsikter vinner frem.
- kritikk innebærer at man ønsker utvikling, at man vet at vitenskap, utdanning og klinisk arbeid utvikles gjennom kritikk.

Vi betrakter altså slike perspektiver som redskaper i en helsevitenskapelig verktøykasse som brukes for å belyse, analysere,



utfordre og dermed bidra til utvikling av samfunnets politiske og helsefaglige praksiser.

I denne antologien har vi gjort rede for noen sentrale poenger som grunnlag for dels å verne om og dels å pleie kritikken som del av utviklingen av helseutdanning, yrkespraksis og forskning. Kritikken er også å stille seg utenfor og mene at man bidrar til utvikling gjennom å stille spørsmål: «Kan det også tenkes på denne måten?» «Kan vi zoome inn eller ut på en annen måte?» «Finnes det andre og utfordrende beskrivelser og forklaringer?» Kritikken er ikke en lammende refleksjon, men en helsefaglig praksis ledsaget av en sunn spørrende ettertenksomhet med bakgrunn i forskjellige kunnskapsformer, fra vitenskap og erfaringer til standarder, tommelfingerregler og intuitive tilnærminger.

Gjennom 12 ulike kapitler har vi valgt å vise en rekke eksempler på at kritikk er et nødvendig og uomgjengelig krav i utviklingen av helsefaglige praksiser. Kritikken er dessuten alltid rettet mot å utfordre enhver konsensus på de respektive områder, kritikken er spørrende, søkende og undrende på samme måte som når man snakker om begrepet *re-search* dvs. å gjen-kikke, eller å re-flektere re-sonnere og re-undersøke på et gitt område. Samfunnet trenger kritikk på alle nivåer. Med denne antologien ønsker vi å oppfordre til en kritisk, grunnleggende og drøftende tilnærming til det som står sentralt i utdanning, klientarbeid og vitenskap. Vi håper at de presenterte tekstene i denne boken bidrar til utvikling av helsefagene som en del av et samfunn som tilskynder og hyller vitenskap, erkjennelse og praktisk helsearbeid.

## Referanser

- Bachelard, G. (1976 [1940]). *Nejets filosofi*. København: Vinten.  
 Beck, U. (1992). *Risk Society - Towards a New Modernity*. London: Sage.

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1988). Vive la crise! For heterodoxy in social science. *Theory and Society*, 17(5), s 773–787. <http://links.jstor.org/sici?sici=0304-2421%28198809%2917%3A5%3C773%3AVLCFHI%3E2.0.CO%3B2-6>
- Bourdieu, P. (2006). *Reproduktionen. Bidrag til en teori om undervisningssystemet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2010). Modstridende interesser i staten. *Praktiske Grunde* (1–2), s. 121–134. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2010-bourdieu.pdf>
- Canguilhem, G. (1988). *Ideology and rationality in the history of the life sciences (Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie)*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Canguilhem, G. (1989). *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.
- Ekeland, T.-J. (2017). Psykiatridiagnosar - til pasientens beste? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(01), s. 43–53. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-05>
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis papers in the critical study of language*. London: Longman.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Feiring, M. (2016). Science of Selection: Social Technologies in the Norwegian Educational and Vocational Fields 1910–1940: Science of Selection. *Journal of Historical Sociology*, 29(3). <https://doi.org/10.1111/johs.12131>
- Foucault, M. (1985). *The History of Sexuality* (R. Hurley, Overs., 1990. utg.). New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1991). *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2002). *Power. Essential works of Foucault 1954–1984* (Bind 3). London: Penguin books.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions (International Encyclopedia of Unified Science)*. Chicago: University of Chicago Press.
- La Cour, A. (2014). Leder - Kritik. *Social Kritikk. Tidsskrift for social analyse & debat*, (26)140, s. 4–5.
- Larsen, K. (2007). Videnskab mellem kontinuitet og brud - hvad siger den historiske epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den. *Praktiske Grunde* (2), s. 5–19. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde2-2007-larsen.pdf>
- Larsen, K. & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: Norske og danske studier. *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfunnsvidenskab*, s. 5–13.
- Nepper Larsen, S. (2014). Kritik – et essay. *Social Kritikk. Tidsskrift for social analyse & debat*, 140(december).
- Porter, R. (2003). *Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante & Co.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury.
- Wacquant, L. (2014). Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra. *Praktiske Grunde* (1–2), s. 103–110. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2014-wacquant-foucault.pdf>

## Øvrige referanser

- <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Lest april 2017.
- <http://www.ft.dk/samling/20141/almdel/fiv/bilag/61/1426084.pdf>. Lest april 2017.



# Bidragstere

## Kort om redaktørene

**Marte Feiring** (marte.feiring@hioa.no) er utdannet ergoterapeut og sosiolog (PhD) og har forsket mye på den historiske utviklingen av rehabilitering som kunnskapsfelt både i Norge og i Danmark. Hun gjennomført studier av en rekke ulike helse- og velferdstjenester; og arbeider i dag som førsteamanuensis ved Fakultet for helsefag, Masterprogrammet i rehabilitering og habilitering, Høgskolen i Oslo og Akershus.

**Truls I. Juritzen** (truls-i.juritzen@hioa.no) har skrevet sin doktorgrad om temaet «makt i relasjonen mellom helsearbeider og pasient/bruker». Han var i perioden 2013–2016 i en postdoktorstilling ved Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo og er nå førsteamanuensis ved Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus.

**Ingrid Ruud Knutsen** (ingrid.ruud.knutsen@hioa.no) har doktorgrad innenfor temaet «diskurs, overvekt og empowerment» og har avsluttet en postdoktorstilling i et EU-prosjekt omhandlende nettverksperspektiver og kronisk sykdom ved Universitetet i Oslo. Hun arbeider i dag som førsteamanuensis ved Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus.

**Kristian Larsen** (kl@learning.aau.dk) er professor og har i sin forskerutdannelse arbeidet innen sosiologiske og pedagogiske emner. Han er professor 2 ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har sin hovedstilling ved Aalborg Universitet, Institut for læring og filosofi i København.

## Kort om øvrige forfattere

**Stine Willum Adrian** (swa@learning.aau.dk) er lektor i teknoantropologi på Aalborg Universitet i København. Hun har doktorgrad i filosofi fra Tema Genus ved Linköpings Universitet, hvor hun har spesialisert seg i feministiske vitenskaps- og teknologistudier. Hun har gjennom en årrekke beskjeftuget seg etnografisk med nyereproduksjonsteknologier i Danmark og Sverige.

**Gudrun Brottveit** (gudrun.brottveit@hiof.no) er utdannet barnevernspedagog og kriminolog med doktorgrad innenfor kriminologi/barnevernsfeltet. Hun arbeider i dag som førsteamanuensis i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Hennes forskning er knyttet til fengsel/kriminalomsorg, helse- og sosialfagenes kunnskapsforståelse der sentrale temaer er profesjonelle praksiser, subjektonotologi og kroppsfenomenologi.

**Jorunn Andrea Brænd** (jorunn.a.brand@ntnu.no) er utdannet sykepleier med doktorgrad i helsevitenskap. Hun har forsket på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften. Brænd arbeider i dag som førsteamanuensis ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

**Veslemøy Egede-Nissen** (veslemoy.egede-nissen@hioa.no) er førstelektor ved fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun er utdannet sykepleier med hovedfag i pedagogikk fra Universitetet i Oslo og har blant annet forsket på demensproblematikk relatert til den syke gamle. I denne sammenheng er spørsmål angående kvalitet i omsorgspraksis i avdelinger for personer med demens særlig vektlagt. Hun har

dessuten arbeidet med problemstillinger angående forholdet mellom teori og praksis i sykepleierutdanning.

**Ingrid Femdal** (ingrid.femdal@hiof.no) er psykiatrisk sykepleier og stipendiat ved Høgskolen i Østfold/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (Trondheim). Doktorgradsarbeidet handler om makt i relasjoner mellom brukere og helsearbeidere i psykisk helsetjeneste i kommunen.

**Ida Heiaas** (ida.heiaas@hioa.no) er utdannet sosiolog fra Universitetet i Oslo (2012). Hun er ansatt som doktorgradstipendiat ved Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hennes forskning tar for seg kjønn og identitet i pasienters narrativer om hverdagen i etterkant av en traumatisk ulykke.

**Anette Lykke Hindhede** (alh@learning.aau.dk) har skrevet sin doktorgrad innenfor sosiologiske og pedagogiske emner i relasjon til helse, kropp, profesjoner og rehabilitering. Hun er lektor på Aalborg Universitet, Institutt for læring og filosofi.

**Karin Højbjerg** (kah@learning.aau.dk) er utdannet sykepleier og cand. mag i pedagogikk fra Københavns Universitet i 2003. Hun har disputert på en avhandling innen temaet «professionspedagogiske praksisformer». Hun er i dag ansatt som lektor ved Aalborg Universitet, Institutt for læring og filosofi i København.

**Søren Gytz Olesen** (gytz@viborg.dk) er utdannet cand.pæd. fra Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse (DPU) samt ph.d i uddannelsesvidenskab fra Københavns Universitet. Han er ansatt som seminarirektor og forskningsdirektør ved University College VIA fra 2006–2014, og har etter dette arbeidet som projektforsker ved henholdsvis Aalborg Universitet

og University College Nordjylland med særlig fokus på profesjonsforskning.

**Per Koren Solvang** (per.koren.solvang@hioa.no) er sosiolog og professor i rehabilitering ved Masterprogrammet i rehabilitering og habilitering, Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus. Solvang har forsket på temaer innenfor identitetsforståelser, funksjonshemning og profesjonelt arbeid i helse og rehabilitering.

**Lene Tanggaard** (lenet@hum.aau.dk) er utdannet psykolog fra Aarhus Universitet (2000) og har en ph.d. fra Aalborg Universitet i 2005. Hun er ansatt som professor ved Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. Hun er forskningsleder for Center for Kvalitative Studier og The International Centre for the Cultural Psychology of Creativity (ICCPC), hvor hun er forskningsgruppeleder for 30 forskere. Lene er videre redaktør for *International Journal of Qualitative Studies in Education*.