

erfarenhetsbaserad kunskap

– vad är det och hur värderar vi den?

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

– VAD ÄR DET OCH HUR VÄRDERAR VI DEN?

Redaktion: Gerthrud Östlinder

Astrid Norberg

Ewa Pilhammar Andersson

Joakim Öhlén

© Svensk sjuksköterskeförening 2006

ISBN 10: 91-85060-14-3

ISBN 13: 978-91-80560-14-6

PRODUKTION:

Form: Satsa Samhällsinformation

Tryck: Brommatryck&Brolins AB 2006

INNEHÅLL

5	FÖRORD
7	1 ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP – VAD ÄR DET OCH HUR VÄRDERAR VI DEN?
13	2 ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP I PRAXIS
13	2.1 Erfarenhetsbaserad kunskap – en del av vården? (föredrag)
26	2.2 Erfarenhetsbaserat lärande i dagligt arbete – innebörder och förutsättningar (föredrag)
35	2.3 Kan erfarenhetsbaserad kunskap användas som beslutsunderlag? (sammanfattning av gruppdiskussion)
43	3 PATIENTERS OCH VÅRDGIVARES ERFARENHETSKUNSKAPER I RELATION TILL EVIDENSBASERAD KUNSKAP
43	3.1 Patientens och personalens erfarenheter (föredrag)
49	3.2 (Hur) kan moralisk lyhördhet byggd på erfarenhetsbaserad kunskap värderas och bedömas? (sammanfattning av gruppdiskussion)
51	3.3 Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till en evidensbaserad kunskap (föredrag)
57	3.4 Hur kan vi integrera vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap? (sammanfattning av gruppdiskussion)
61	4 KUNSKAPSTEORETISKA OCH ONTOLOGISKA PERSPEKTIV PÅ ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP
61	4.1 Kunskapsteoretiska perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap (föredrag)
66	4.2 Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap (föredrag)
70	4.3 Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den? Går den att bedöma? (sammanfattning av gruppdiskussion)
75	5 FORTSATT UTVECKLING
76	BILAGOR
78	TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER

FÖRORD

Vad är erfarenhetsbaserad kunskap och hur värderar vi den? För att få ett antal frågor kring erfarenhetsbaserad kunskap belysta anordnade Svensk sjuksköterskeförening, SSF, och dess Vetenskapliga råd under hösten 2005 en konferens kring detta tema.

All hälso- och sjukvård ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Med evidensbaserad vård menas att vi inom vården ska tillämpa såväl bästa tillgängliga vetenskapliga underlag som samlad klinisk erfarenhet i samråd mellan vårdens personal och patienten. Men vad är då erfarenhetsbaserad kunskap? Många som på olika sätt konfronteras med begreppet ställer sig den frågan oavsett om vi arbetar inom den patientnära vården där vi ofta fattar viktiga beslut grundade på tidigare erfarenheter eller om vi arbetar inom utbildning, personaladministration och ledarskap. Krav på att få tillgodoräkna sig tidigare erfarenheter blir dessutom allt vanligare också vid antagningar till utbildningar.

Denna rapport är en sammanställning av de kunskapsunderlag som presenterades på konferensen samt slutsatser från en arbetande konferens som genomfördes under en dag i direkt anslutning till konferensen. Det är SSF:s förhoppning att rapporten ska ge svar på några av läsarens funderingar och dessutom utgöra ett underlag för fortsatt arbete med att nå en djupare förståelse för vad erfarenhetsbaserad kunskap är, hur den kommer till och byggs upp, hur den samverkar med vetenskaplig kunskap och hur den bör värderas och användas i olika sammanhang.

Vi riktar ett särskilt tack till Vårdalstiftelsen för ekonomiskt bidrag till konferensen och som därmed också understrukt behovet av en fördjupad diskussion och

ökad kunskap kring erfarenhetsbaserad kunskap i praktiken.

Ett tack riktas också till arbetsgruppen för planering och genomförande av de två konferensdagarna: Astrid Norberg, legitimerad sjuksköterska, professor, Umeå universitet, Ewa Pilhammar Andersson, legitimerad sjuksköterska, professor, Göteborgs universitet, Joakim Öhlén, legitimerad sjuksköterska, lektor, Göteborgs universitet och Karolinska Institutet, Gerthrud Östlinder, legitimerad sjuksköterska, FoUU-sakkunnig, Svensk sjuksköterskeförenings kansli och Astrid Bridell Forshed, administrativ resurs, Svensk sjuksköterskeförenings kansli.

Ett stort tack riktas också till de författare till kunskapsunderlagen som återfinns i rapporten och till de sjuksköterskor och patientföreträdare som deltog i den arbetande konferensen.

Birgitta Engström

Ordförande i Svensk sjuksköterskeförening och i Sjuksköterskornas vetenskapliga råd

1. ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP – VAD ÄR DET OCH HUR VÄRDERAR VI DEN?

Erfarenhetsbaserad kunskap har alltid varit och är viktig kunskap i hälso- och sjukvården. Många beslut fattas utifrån tidigare erfarenheter av liknande situationer. Evidensbaserad vård och omsorg bygger inte bara på vetenskaplig kunskap utan ska också beakta vårdarnas och patienternas erfarenhetsbaserade kunskaper och patienters vilja. Men vad är då erfarenhetsbaserad kunskap och hur kan vi värdera den?

Under den senaste 20-årsperioden har sjuksköterskeprofessionen mycket starkt understrukit värdet av en snabbt framväxande vetenskaplig bas som förutsättning för att ge god vård och omvårdnad. Genom att återigen sätta fokus på den erfarenhetsbaserade kunskapen knyter SSF an till en del av professionens ursprung, nämligen att varje sjuksköterska har att reflektera över vilka kunskaper som kan dras utifrån erfarenheter i vårdarbetet (Nightingale, 1989) och vad vi lär oss att se genom vår "kliniska blick" (Martinsen, 2000). Det kan också ses som en fortsättning på Patricia Benners (1984) studier om expertkunnande i omvårdnad.

Under den senaste 10-årsperioden har också diskussionen kring evidensbaserad vård och dess betydelse för en god och säker vård fått ett allt större genomslag hos vårdens aktörer. Samtidigt har flera svenska omvårdnadsforskare i studier av yrkesfunktioner, (bland andra Hellzén, 2000; Fagerberg, 2004) liksom olika studier kring yrkesmässig handledning i omvårdnad (till exempel Arvidsson et al. 2001; Hansebo & Kihlgren, 2004) tangerat frågeställningar kring, men inte direkt fokuserat på, erfarenhetsbaserad kunskap. Praktisk visdom har undersökts empiriskt (Söderberg, 1999) samt diskuterats i relation till kompetenskrav utgående från patientens erfarenheter

(Öhlén, 2002) och som mål för teoriutveckling (Gustafsson, 2002). Det finns också en uttalad utbildningspolitisk ambition att erfarenhetsbaserad kunskap ska kunna tillgodoräknas i samband med antagning till utbildningar för gymnasie- respektive högskoleutbildningar (proposition 2001/02:15 Den öppna högskolan). Således finns det en aktuell diskussion om erfarenhetsbaserad kunskap som närmast understryker behovet av en mer grundläggande problematisering av begreppet.

1.1 FOKUS FÖR KONFERENSEN

Konferensen omfattade två dagar. Dag 1 genomfördes som en *öppen konferens* med cirka 160 deltagare och dag 2 som en *arbetande konferens* med ett 30-tal särskilt inbjudna deltagare som representerade kliniskt verkssamma sjuksköterskor, lärare och forskande sjuksköterskor (se bilaga 2 sidan 77).

Målet för konferensen var att belysa erfarenhetsbaserad kunskap på ett mångsidigt sätt och bidra till en kritisk diskussion och ökad medvetenhet om hur erfarenhetsbaserad kunskap kan värderas, bedömas och användas i relevanta yrkes- och utbildningssammanhang särskilt inom vård och omsorg. Konferensen kan ses mot bakgrund av att särskilt sjuksköterskeutbildningar på olika nivåer under senare år haft fokus på vetenskaplig kunskap och evidensbaserad vård. Erfarenhetsbaserad kunskap har i olika sammanhang framställts som helt fristående från vetenskaplig kunskap och inte som en

kunskap som kan ha ett ursprung i sådan kunskap, utgöra underlag för forskningsfrågor eller i sig själv utgöra grund för beslut i omvårdnadssituationer. Erfarenhetsbaserad kunskap är ofta också aktuell i validerings- och karriärsammanhang men detta belystes i mycket liten omfattning under konferensdagarna.

1.2 ARBETSPROCESS

ARBETSGRUPP

En arbetsgrupp (se bilaga 1 sidan 76) utsedd av Sjuksköterskornas vetenskapliga råd inom Svensk sjuksköterskeförening, påbörjade under hösten 2004 förberedelsearbetet med den öppna konferensen och den efterföljande arbetande delen.

För att få en allsidig belysning och fördjupad diskussion kring frågeställningen bedömde arbetsgruppen att hela projektet skulle omfatta fyra delar nämligen:

- Kunskapssammanställningar över aktuell vetenskaplig litteratur inom området Erfarenhetsbaserad kunskap.
- En öppen konferens som presenterar olika fokus på begreppet och dess innebörd.
- En arbetande konferens.
- Slutrapport omfattande kunskapssammanställningarna och kommentarer från den arbetande konferensens diskussioner.

Arbetsgruppen valde att anlägga ett brett perspektiv på frågeställningen, där begreppet belystes både ur ett rent vetenskaps- och kunskapsteoretiskt perspektiv men också i relation till evidensbaserad kunskap, lärande i arbetslivet samt vård- och omsorgsperspektiv.

KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNINGAR

På den öppna konferensen presenterades föredrag som byggde på kunskapssammanställningar i vilka redogjordes för och problematiserades kring kunskapsfältet med sex

olika fokus på erfarenhetsbaserad kunskap nämligen:

- Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap
- Kunskapsteoretiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap
- Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till evidensbaserad kunskap
- Förutsättningar för erfarenhetsbaserat lärande i dagligt arbete
- Patientens/vårdtagarens samlade kunskap
- Erfarenhetsbaserad kunskap – en del av vården?!

Ett antal personer med forskningserfarenhet kring lärande, kunskapsutveckling, evidensbaserad vård och lärande i arbete (se bilaga 1 sidan 76) bjöds in att sammanställa nationell och internationell forskning inom de ovan angivna temana. I uppdraget ingick också att med kunskapssammanställningen som underlag presentera och problematisera kring resultaten i föredrag på den öppna konferensen. Av tidsskäl förelåg inga krav på författarna att göra systematiska litteratursammanställningar. Däremot uppmanades författarna att förhålla sig kritiskt analyserande och problematiserande till källornas slutsatser. Flertalet kunskapssammanställningar omfattar i varierande grad de senaste tio årens forskning.

Den öppna konferensen avslutades med en spegling. Syftet var att belysa hur de olika föredragen utifrån sina olika perspektiv och infallsvinklar på erfarenhetsbaserad kunskap kan ha bäring i praktisk vårdverksamhet.

ARBETANDE KONFERENS

I den arbetande konferensen fördjupades kunskapen ytterligare kring erfarenhetsbaserad kunskap i klinisk praxis inom vård och omsorg genom diskussioner i mindre grupper. Syftet var att tillföra ytterligare dimensioner till förståelsen om vad erfarenhetsbaserad kunskap är eller kan vara utöver det som presenterats i kunskapssammanställningarna och i föredragen. Förutom författarna till kunskapssammanställningarna deltog närmare 30 särskilt inbjudna kliniskt verksamma sjuksköterskor, lärare

och forskare (se bilaga 2 sidan 77). Gruppsammansättningen bidrog till att gruppdiskussionerna tillfördes erfarenheter utöver kunskapsunderlaget i föredragen. Gruppdiskussionerna utgick från fyra olika frågeställningar med fokus på vård och omsorg, nämligen:

- Erfarenhetsbaserad kunskap, går den att värdera och bedöma?
- Hur kan vi integrera vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap?
- Hur kan erfarenhetsbaserad kunskap användas som underlag för beslut?
- Hur kan moralisk lyhördhet byggd på erfarenhetsbaserad kunskap värderas och bedömas?

Som stöd för diskussionerna i respektive temagrupp gavs följande frågeställningar till samtliga grupper:

- Vad är det unika i den erfarenhetsbaserade kunskapen?
- Vilka möjligheter och hinder utgör erfarenhetsbaserad kunskap för professionell utveckling?
- Behov av fortsatt forskning och utveckling

Gruppdiskussionerna leddes av gruppleddare (se bilaga 2 sidan 77) som också hade ansvar för att sammanfatta gruppens ståndpunkter inför presentation i plenum och för underlag till slutrapport från konferensen. Plenardiskussionerna leddes av en moderator med bisittare (se bilaga 2 sidan 77). Aktiviteterna i grupperna var mycket hög vilket också bekräftar frågeställningarnas vikt och vikten att ånyo aktualisera erfarenhetsbaserad kunskap som något värdefullt i vård och omsorg förutsatt att den är medveten och reflekterad.

SLUTRAPPORT

I föreliggande rapport som sammanställts av arbetsgruppen presenteras kunskapssammanställningarna och sammanfattningar från den arbetande konferensen. Kunskapsunderlaget utgörs av cirka 170 referenser i form av vetenskapliga texter. Arbetsgruppen har bedömt att vissa kunskapssammanställningar och sammanfattningar från

gruppdiskussionerna har ett närmare samband med varandra än andra och har därför valt att göra redovisningen i följande ordning:

● Erfarenhetsbaserad kunskap i praxis

Kunskapssammanställningarna *Erfarenhetsbaserad kunskap – en del av vården?* och *Erfarenhetsbaserat lärande i det dagliga arbetet – innebörder och förutsättningar* tillsammans med sammanfattning från grupptemat *Hur kan erfarenhetsbaserad kunskap användas som underlag för beslut?*

● Patienters och vårdgivares erfarenhetskunskaper i relation till evidensbaserad kunskap

Kunskapssammanställningen *Patientens/vårdtagarens samlade kunskap* och sammanfattning från grupptema (*Hur kan moralisk lyhördhet byggd på erfarenhetsbaserad kunskap värderas och bedömas?*), kunskapssammanställningen *Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till evidensbaserad kunskap* och sammanfattningen från grupptema *Hur kan vi integrera vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap?*

● Kunskapsteoretiskt och ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap

Kunskapssammanställningarna *Kunskapsteoretiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap* och *Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap* och sammanfattning från grupptema *Erfarenhetsbaserad kunskap – går den att värdera och bedöma?*

1.3 NÅGRA SLUTSATSER FRÅN KONFERENSEN

Konferensen gav inte ett enkelt och entydigt svar på frågan vad erfarenhetsbaserad kunskap är och det fanns inte heller några sådana förväntningar från arrangörernas sida. Däremot gav den en god start för fortsatt kritisk reflektion

och diskussion vilket kan leda till att erfarenhetsbaserad kunskap ges en gestalt såväl inom forskning och utbildning som vårdverksamhet.

Att avgränsa erfarenhetsbaserad kunskap gentemot andra kunskapsformer är problematiskt, men konferensen klargjorde vissa av dess unika kännetecken. Föredragen och den arbetande konferensen visade på komplicerade samband mellan erfarenhetsbaserad kunskap, vetenskaplig kunskap, moralisk lyhördhet, personlig mognad och organisatoriska och strukturella förhållanden inom vård och omsorgsverksamheten. Tillsammans har dessa stor betydelse för en lärande arbetsmiljö. Det specifika med erfarenhetsbaserad kunskap är att den endast kan skaffas genom deltagande och handling och genom reflektion. Erfarenhetsbaserad kunskap byggs upp genom att man varit delaktig i och har sett många situationer som kombineras med personlig mognad, teoretisk kunskap och förhållningssätt. Den utgör en viktig del för all professionell utveckling, men det måste ställas vissa krav på hur den utvecklas och används. I kunskapssammanställningarna och sammanfattningarna från workshoppen finns en samstämmighet kring att erfarenhetsbaserad kunskap och vetenskaplig kunskap är olika former av vetande. Det går inte att förorda den ena eller den andra, utan de måste betraktas som komplementära. Frågan är hur de kan förenas och förstärka varandra. Vi behöver en kunskapsdiskussion inom professionen där olika aspekter av kunskap integreras snarare än skiljs åt.

Det unika i erfarenhetskunskap är att den oftast inte är granskad. Först när den blir synliggjord genom reflektion och i samtal – dialog med andra, kan den också granskas och utvecklas. På det sättet kan den bli en del i den beprövade erfarenheten, en kollektiv och delad kunskapsgrund.

En stödjande vårdmiljö som ger utrymme för systematisk reflektion är en förutsättning för erfarenhetsbaserat lärande. Personliga egenskaper som nyfikenhet, mod att våga reflektera över sina egna och andras kunskaper och erfarenheter, uppmärksamhet och vakenhet för

både det generella och specifika i situationer återfinns i texterna som förutsättningar för att ta tillvara och utveckla erfarenhetsbaserad kunskap. Erfarenhetsbaserad kunskap kan också utgöra ett hinder för den professionella utvecklingen, nämligen om den förblir oreflekterad. En alltför stor trygghet i den erfarenhetsbaserade kunskapen kan försvåra en utveckling genom att mottagligheten för ny kunskap kan minska. Vetenskaplig kunskap kan utgöra ett hot om den egna erfarenhetsbaserade kunskapen måste omvärderas.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

– EN DEL AV UTBILDNINGEN

I utbildningen måste möjligheter skapas för att stimulera inte bara fakta- och bedömningskunskap utan även omdömes- och förtrogenhetskunskap.

Att lära av erfarenheter i vårdverksamheten förutsätter att fenomen och företeelser inte enbart är enstaka förekommande. Tyvärr har utbildningen i många fall utgått från att studenter ska hinna se så många diagnoser, behandlingsalternativ etcetera som möjligt genom korta verksamhetsförlagda perioder vilka fragmenteras genom studiebesök inom olika verksamheter. Det erfarenhetsbaserade lärandet kräver att studenten ges möjlighet att se hur fenomen som exempelvis symtom kan variera hos olika individer med samma diagnos. Det kräver också en utveckling av den sinnliga kunskapen, att kunna lukta, känna, se och lyssna.

Tid, upprepning och reflektion krävs för att knyta de sinnliga upplevelserna till det redan kända och ge dem en betydelse som kan kommuniceras. Dagens utbildningssystem främjar oftast inte detta. Förmågan att tillämpa allmänna kunskaper och erfarenheter på ett sätt som passar i det enskilda fallet brukar benämnas praktisk klokhet. Denna skapas genom de erfarenheter livet ger och införlivas i personligheten på ett sätt som gör det möjligt att handla klokt och i förmågan att ge goda råd. Hur denna förmåga ska kunna byggas in i dagens utbildningar

måste beaktas vid planering av utbildningsprogram. En fråga är om utbildningsavdelningar kan ge bättre förutsättningar för utveckling av ett erfarenhetsbaserat lärande där frågor om vad som lärs görs centrala. Systematisk handledning kan vara ett annat sätt att göra reflektion och kritisk granskning till en naturlig del i utbildning och yrkesverksamhet. Essäskrivningar med reflektion utifrån egna yrkeserfarenheter kan vara ytterligare en väg att utveckla den erfarenhetsbaserade kunskapen.

Likaväl som att den erfarenhetsbaserade kunskapen i vårdverksamheten görs till föremål för teoretisk belysning, bör alltså undervisningens roll för att främja utveckling av en erfarenhetsbaserad kunskap och praktisk klokhet uppmärksammas och studeras.

REFERENSER

Arvidsson B, Löfgren H, Fridlund B. 2001. Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management* 9(3): 161–71.

Benner P. (1984) *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.

Fagerberg I. (2004) Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing* 46(3), 284–291.

Gustafsson B. (2002) The philosophy of science from a nursing-scientific perspective. *Theoria, Journal of Nursing Theory* 11(2), 3–13.

Hansebo G & Kihlgren M. 2004. Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing* 45(3): 269–79.

Hellzén O. (2000) *The meaning of being a carer for people with mental illness and provoking actions: carers exposure in problematic care situations* (New Series No 650). Umeå: Umeå University Medical Dissertations.

Nightingale F. (1989) *Anteckningar om sjukvård: ur vår tids perspektiv* (FoU-rapport 31). Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.

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

Söderberg A. (1999) *The practical wisdom of enrolled nurses, registered nurses and physicians in situations of ethical difficulty in intensive care*. (Medical Dissertations New Series No 603). Umeå University, Umeå.

Öhlén J. (2002) *Practical Wisdom, Competence Required to Enable Alleviation of Suffering in Palliative Care*. *Journal of Palliative Care* 18(4), 294–300.

2. ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP I PRAXIS

2.1 ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

– EN DEL AV VÅRDEN?

(föredrag)

Ewa Pilhammar Andersson, legitimerad sjuksköterska, professor i vårdpedagogik, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet/ Hälsa och samhälle, Malmö högskola

INLEDNING

Erfarenhetsbaserad kunskap inom vården kan förenklat beskrivas som den kunskap som erhålles genom erfarenhet av vårdarbete. Sökning i databasen PubMed med sökorden *Experience based knowledge* gav 2 664 träffar vilket visar att området intresserat många forskare. De områden som främst studerats visade sig vara relaterade till utbildning, erfarenheter kopplade till specifika fenomen, erfarenhet som grund för beslut och problemlösning, utveckling av klinisk kompetens samt erfarenhet som grund för teoriutveckling.

Den erfarenhetsbaserade kunskapen utvecklas i praktiska situationer, genom möte med patienter och diskussioner med kollegor (Coles, 2002) där händelser och upplevelser utsätts för reflektion och kritisk granskning (Ekeberg, 2001; Wireklint Sundström, 2005). Den erfarenhetsbaserade kunskapen beskrivs som en kombination av teoretisk kunskap, tyst kunskap, pratisk visdom, intuition, erfarenhet och personlig mognad (McCutcheon

& Pincombe, 2001). Erfarenhetsbaserad kunskap beskrivs också oftast som något gott och eftersträvansvärt men även motsatsen diskuteras (Vang, 1994; Choudhry et al 2005). Dewey (1965) pekar på att erfarenhet kan vara av det slag att det skapar okänslighet eller brist på känslighet och mottaglighet för påverkan. Detta kan göra det omöjligt att utveckla erfarenheten, vilket kan leda till att utveckling genom nya erfarenheter begränsas. Praktiken kräver integration av tanke, känsla och handlande med fokus på utförande och ställningstagande i situationer som kännetecknas av att många problem på olika nivåer uppträder samtidigt (Edmond, 2001). Den kunskap som erhålls genom formell utbildning kombineras i praktiken med upprepad erfarenhet i olika situationer av när och hur kunskapen ska användas (Eraut, 1999). Lång erfarenhet leder inte automatiskt till kunskap, vilket Benner (1984) kan föranleda oss att tro. Att från erfarenhet skapa kunskap kräver en aktiv handling kognitivt, motoriskt eller affektivt hos individen.

Benner (1993) talar om praktiker-kunnande och menar att det innehåller ett stort inslag av tyst eller implicit kunskap och att det därför kan vara svårt att verbalisera. Herbig et al (2001) menar att den tysta kunskapen är en viktig del i den kliniska arbetsituationen men varnar samtidigt för att den kan leda till felaktiga beslut om den inte blir föremål för reflektion.

Ellström (1992) beskriver den tysta kunskapens tre innebörder (1) den filosofiska innebörden det vill säga den kunskap som av logiska skäl inte går att formulera, (2) den psykologiska innebörden där individen av olika skäl inte vill eller kan verbalisera beroende på bristande motivation eller att det saknas begreppsliga redskap för

att verbalisera den och sist (3) den sociologiska innebörden, vilket innebär att den kunskap som används varken efterfrågas eller erkänns av arbetsgivaren.

Intuition kan beskrivas som ett sätt att veta något på ett direkt och omedelbart sätt utan att först analysera de ingående delarna. Intuitionen växer fram genom erfarenhet. Benner och Tanner (1987) definierar intuition på följande sätt:

Understanding without rationale inherent in the expert practice of operating from a deep understanding of the total experience (a.a. s 32).

Intuition beskrivs i ett flertal studier som en känsla av att något inte står rätt till utan att individen kan sätta fingret på vad det är. Trots detta leder intuition till agerande som kan vara avgörande för patientens välbefinnande. Mycket av det som beskrivs som intuition kan sorteras in under begreppet tyst kunskap som utvecklats genom erfarenhet inom ett specifikt område. Intuition ingår som en del i den personliga kunskapen (McCutcheon & Pincombe, 2001) och är inget som bara uppstår. Det är ett resultat av en komplex interaktion av erfarenhet, expertis och kunskap tillsammans med personlighet, omgivning och acceptering av intuition som ett godtagbart sätt att bygga handling på. Intuition är ofta nämnt som en del av sjuksköterskans arbete (Billgren, et al., 1990) men inte överallt i världen. I en artikel av Lin, Hsu och Tasy (2003) sägs exempelvis att intuition som begrepp aldrig omnämns i Taiwan utan där används ett, som de ser det, liknande begrepp, nämligen erfarenhet.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

– TVÅ STUDIER

Två studier genomförda vid Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet får tjäna som exempel i detta inlägg. Den ena studien berör läkares erfarenhetsbaserade kunskap och den andra nattsjukvårdspersonalens kunskaper och arbetsförhållanden. De flesta exemplen som ges är hämtade från läkarstudien då syftet med den

var att studera den erfarenhetsbaserade kunskapen. I nattsjukvårdsstudien ställdes frågan vilken kunskap som behövs för arbetet och hur denna kunskap erhålls.

Studien av läkares erfarenhetsbaserade kunskap (Skyvell Nilsson, et al., 2005) initierades av det faktum att under den kommande femårsperioden går 30 procent av professorer, lektorer och läkare knutna till läkarutbildningen inom Västra Götalandsregionen i pension. Dessa läkare har genom lång yrkesverksamhet byggt upp en gedigen erfarenhetsbaserad kunskap, vilken utgör en betydande del av organisationens kollektiva kunnande. Genom att så många individer på kort tid lämnar organisationen riskeras ett kunskapsbortfall, vilket kan påverka unga läkares och studenters kunskap och därmed även behandlingen av patienter. För att kunna bedöma värdet av erfarna läkares kunskap ansågs det värdefullt att kunna beskriva dess karaktär och innehåll, vilket stöds av Schön (1987) som lyfter fram nödvändigheten av att synliggöra den professionella kunskapen och skickligheten. De erfarna läkarna har haft en central roll i utbildningen av yngre läkare och studenter men i spåren av nya kunskapsordningar inom medicinen, där vetenskaplig kunskap och meritering väger tyngre än praktisk erfarenhet, har många lärare tappat sin pedagogiska funktion och möjlighet att utgöra modell vid yrkes-socialisering (Lindgren, 1999). Vad vi ser är att lång erfarenhet som läkare inte längre meriterar för handledning av studenter. Det teoretiska kunnandet värderas högre, vilket reser frågor om den kunskap som erfarna yrkesutövare och handledare besitter kommer att försvinna (Billgren, et al., 1990).

Studien av nattpersonalens kunskaper och arbetsförhållande tog sin utgångspunkt i den organisationsförändring som 1997 skedde av sjukvården inom Västra Götaland då tre självständiga sjukhus kom att bilda Sahlgrenska universitetssjukhuset (Campbell, et al., 2004). Ett av sjukhusen ändrade inriktning från att ha varit ett komplett akutsjukhus till att få karaktären av ett omvårdnads-sjukhus. Detta sjukhus hade en låg personalomsättning och nattsjukvårdspersonalen hade lång erfarenhet av

såväl nattarbete som vårdarbete varför det valdes för studien. Ett av syftena var att beskriva nattsjukvårdspersonalens kunskande och kompetens och om detta påverkas vid organisationsförändringar. Enligt Benner och Tanner (1987) utvecklas just vid nattarbete en speciell kunskap vilken i hög grad bygger på intuition. Brooks och MacDonald (2000) menar att det även utvecklas en speciell kultur på natten, en kultur som bidragit till bristande förståelse hos dagpersonal för arbetsuppgifter och arbetsförhållanden under natten.

Båda studierna bygger på intervjuer med dels mycket erfarna yrkesverksamma (tio läkare med mer än 30 års erfarenhet, tio sjuksköterskor med 9–35 års erfarenhet, tio undersköterskor med 9–25 års erfarenhet) dels med tio mindre erfarna läkare (fem års erfarenhet).

I texten används följande identifikationer:

- E erfaren läkare
- ME mindre erfaren läkare
- S nattsjuksköterska
- U nattundersköterska

ERFARENHET OCH LÄRANDE

Erfarenhetsbaserad kunskap bygger på att individen har förmåga att lära av omvärlden och situationer. Att lära innebär enligt Marton et al (2004) att vi måste ha förmåga att kunna se fenomenet, vi måste kunna urskilja kännetecknen hos det och vi måste erfara hur fenomenet kan variera.

Som rationella varelser försöker vi alltid handla i överensstämmelse med en given situation, vilket innebär situationen så som vi uppfattar den. Vår tidigare erfarenhet påverkar det sätt vi uppfattar situationen, men hur vi uppfattar den påverkar också den erfarenhet vi ser som relevant i sammanhanget.

De Groot i Marton et al (2004) beskriver skillnaden mellan expert och en icke expert:

We know that increasing experience and knowledge in a specific field (chess, for instance) has the effect

that things (properties, etc) which, at earlier stages, as to be abstracted, or even inferred are apt to be immediately perceived at later stages. To a rather large extent, abstraction is replaced by perception, but we do not know much about how this works, nor where the borderline lies, as an effect of this replacement, a so-called 'given' problem situation is not really given since it is seen differently by an expert than it is perceived by an inexperienced person (de Groot, 1965, pp. 33–34).

Den stora skillnaden mellan mästaren och den mindre erfarna har enligt de Groot att göra med skillnaden i sätt att se schackbrädet och skillnader i sätten att se variationer i uppställningen som meningsfulla mönster. Det är mästarens sätt att se som gör det möjligt att agera framgångsrikt. Även Benner (1984) har visat att experter och noviser skiljer sig åt när det gäller att se problem som lika eller som olika.

Att bli medveten om att en situation är komplex, att olika aktörer ser på situationen utifrån olika perspektiv och att de leder till skilda meningar är viktigt för utveckling av erfarenhetsbaserad kunskap. En förståelse för dessa olikheter medför att sjuksköterskan ser sig själv som en aktör i andra människors livsvärldar (Arbon, 2004). Erfarenhet av en situation leder till ny kunskap användbar för att möta kommande situationer – erfarenheten växer kumulativt (Hams, 2000). Ett sätt att hantera nya situationer är att använda tidigare erfarenhet, vad vi ser och vad vi kommer ihåg, vad vi upplever nu och vad vi uppfattat tidigare. Erfarenhet och förmåga att ta till sig olika aspekter leder till att de mer erfarna uppfattar andra saker, men även handlar på ett kvalitativt annorlunda sätt än de mer oerfarna (Cox, 1997).

Om vi ska kunna förstå hur människor lär måste vi också förstå hur de ser, uppfattar och förstår olika situationer och problem. När individer kommer i kontakt med en situation eller ett problem uppfattar de olika aspekter av det, vilket medför att de blir mer uppmärksamma på vissa saker och mindre eller inte alls uppmärksammar andra. För att kunna se något på ett visst sätt måste personen enligt Marton et al (2004) kunna urskilja vissa

kännetecken. Marton et al påpekar vidare att det är viktigt att göra skillnad mellan "att urskilja" och att "få berättat för sig" och tar ett exempel från läkarstudenter som av sin professor blir uppmärksammade på att notera olika kännetecken hos patienterna såsom färg på läpparna, hudens fuktighet, andning etcetera. Detta är exempel på "att få berättat för sig". För att kunna följa råden måste studenterna erfara dessa kännetecken och det enda sättet de kan göra det är att få erfarenhet av hur de kan variera. Att lägga märke till läpparnas färg till exempel skulle inte vara meningsfullt om alla har samma läppfärg. Genom att erfara variationer kan individer urskilja vissa aspekter i sin omgivning. Enligt Ahlberg (2004) kan man förvänta sig ett visst beteende beroende på vilken aspekt av fenomenet som betraktaren ser. Aspekterna måste dock vara kända, annars kan de inte urskiljas eller ses.

Att påstå att något har en egenskap är enligt Marton et al (2004) meningslöst om vi inte kan kontrastera detta mot något annat, vi måste se att det kan variera. Variationen kan ha olika mönster: (1) kontrast; för att kunna förstå vad en sak är måste vi även förstå vad det inte är, (2) generalisering; vi måste kunna se att problemet är det samma även om det dyker upp i olika sammanhang, (3) separation; för att uppfatta en specifik aspekt av någonting och för att kunna urskilja denna från annat måste den variera medan annat förblir konstant, (4) fusion; det är sällan att bara en aspekt varierar över tid och agerande kräver att vi analytiskt kan urskilja en aspekt samtidigt som vi erfar andra aspekter.

SPECIALIST, EXPERT, ERFARENHET – BEGREPP

För att kunna förstå och beskriva erfarenhetsbaserad kunskap måste vissa begrepp tydliggöras. När läkare och sjuksköterskor intervjuas gör de skillnad mellan specialist, expert och erfaren.

En *specialist* har erhållit kunskap genom utbildning. Det innebär inte att individen är expert eller att den har lång erfarenhet.

Expertis byggs upp av en kombination av teoretiskt kunnande och erfarenhet. Individen har utvecklat en kunskap som den kanske är ensam om inom organisationen.

Erfarenhet erhålls genom lång yrkesverksamhet och genom att individen har kommit i kontakt med många patienter och därmed sett hur sjukdomar och reaktioner kan variera.

Arbon (2004) menar att det är viktigt att hålla isär begreppen erfarenhet och utveckling av expertis. Förståelsen av hur expertis utvecklas har beskrivits utifrån olika modeller. Benners modell (2004) är exempel på en utvecklingsmodell från novis till expert. Den bygger på att utvecklingen är lineär, den är kumulativ, temporal och beroende av den interaktion som uppstår mellan klinisk specialitet och lärande. Erfarenhet å andra sidan genererar mening och förståelse om den egna personen och andra personer, den är individuell, personlig och överförbar till olika praxisfält. Erfarenhet medverkar till utvecklande av förhållningssätt som är generella, till exempel bemötande av patienter och etiska ställningstaganden.

UPPBYGGNAD

AV ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

I de båda studierna framgår att den erfarenhetsbaserade kunskapen byggs upp genom att se många fall och situationer i kombination med intuition, personlig mognad, förmåga att använda sinnen, teoretisk kunskap och förhållningssätt.

ATT SE MÅNGA FALL, VARIATIONER OCH AVVIKELSER

De erfarna läkarna ger en bild av att kunskap kommer av att de haft många fall under åren. Detta betonas även av de mindre erfarna läkarna som något att sträva mot. Erfarenheten leder dels till vetskapen om vilka symtom

som kan förväntas, men även till att det kan förekomma variationer vilket ger en beredskap att möta ovanliga manifestationer.

Erfarenhet av att ha sett många fall, och ibland även hur resultatet har blivit vid olika ställningstaganden, ger en säkerhet inte bara vid övervakning och beslutsfattande utan även i bemötande och kontakt med patienter och närstående, vilket en av de erfarna läkarna beskriver i följande situation:

Jag kunde då gå tillbaka och säga att jag har sett detta förut och jag vet att så här går det ofta va. Ibland går det så, men ofta går det så, och därför så är jag tveksam och så frågar dom (anhöriga) mig. Ja säger jag då, detta har jag också upplevt då, så att när vi nu ska tala om vad erfarenhet kan betyda så tyckte ju hon (läkarstuderande) att det var ... hon sa detta spontant efteråt då att vilken tur att det var du som var i tjänst här nu därför att dom (anhöriga) var väldigt frågande va och ville ha svar på väldigt mycket frågor och det är klart att har man ett helt långt yrkesliv så har man erfarenhet mer än någon som är yngre (E 10).

Vad citatet visar är att den erfarenhetsbaserade kunskapen inte enbart omfattar medicinska ställningstaganden utan lika mycket kunskaper om hur samtal genomförs. Att kunna tala med patienter kräver personlig mognad och förmåga att kunna sätta sig in i patientens tillstånd. De mindre erfarna läkarna är vad Faurfelt och Wichmann-Hansen (2003) beskriver som fostrade i en skriftspråkskultur där kunskaper och stöd hämtas ur läroböcker och manualer. I det svåra samtalet finns inga läroböcker som ger vägledning, utan den egna mognaden i kombination med erfarenhet och inlevelseförmåga styr samtalets innehåll och form.

De flesta av de erfarna läkarna återger händelser där de reagerat på avvikelser från det normala, det kan vara ett laboratorieprov, ett symtom, ett förlopp som gör att den erfarna misstänker att allt inte är vad det synes vara. Även om symtomet eller förloppet är sällsynt kan den erfarna dra sig tillminnes tidigare fall även om de i tid ligger långt tillbaka. Har de sett många liknande situa-

tioner, så kommer de ihåg och kan koppla ihop dessa. Andra läkare som har tillgång till samma information kommer kanske till ett annat ställningstagande beroende på att de har en annan, eller saknar, erfarenhet vilket kan förvåna experten.

Även den erfarna sjuksköterskan kommer ihåg tidigare fall, hur det brukar vara eller hur en patient tidigare sett ut, hon jämför med det aktuella läget och skärper uppmärksamheten inför ibland diffusa tecken på att situationen skiljer sig från vad hon kan minnas. Detta gör att hon kan agera i en kritisk situation. Detta skiljer henne från den mindre erfarna sjuksköterskan som enligt Herbig et al (2001) kan se avvikelser som irriterande och påträngande. Till skillnad från läkarna anger nattsjuksköterskorna i högre grad att det är förändringar hos den enskilde patienten, inte hur patienten avviker från andra liknande patienter som skärper hennes uppmärksamhet.

Samma fenomen beskrivs av Conway (1998) där expertsjuksköterskan hanterar situationen genom

1. att närma sig patienten med öppet sinne.
2. att en process med jämförelser startas där formell kunskap och erfarenhet vävs samman och där normala scenarier inkluderas.
3. identifiering av tecken som inte matchar det normala vilket leder till att mer information om dessa avvikelser införskaffas.

Denna process är enligt Conway möjlig för sjuksköterskan att beskriva då hon har insikt och medvetenhet om hur hon går tillväga.

INTUITION OCH KLINISK BLICK

Genom omedvetna eller medvetna kombinationer av signaler och kunskaper från en mängd olika håll utvecklas handlingsstrategier, vilka inte bara leder till en handlingsberedskap utan även till en mental förberedelse på att något kan inträffa som förändrar patientens tillstånd. En kunskap sjuksköterskorna och i viss mån även undersköterskorna tillmäter stor betydelse är vad de beskriver

som att ligga steget före, att utveckla fingertoppskänsla och klinisk blick samt att känna på sig, vara lyhörd och läsa mellan raderna. Vad som ligger i begreppen är svårt att verbalisera, men det bygger på en kombination av teoretiskt kunnande, praktisk erfarenhet och sunt förnuft:

Det är ju mycket, självklart är det mycket kunskap som man ... som jag bär med mig efter alla år så och mycket det här med kanske fingertoppskänslan, att man känner att det här är något som inte står rätt till och nu är det något under uppsegling eller man känner så men det är ju ingen kunskap man kan ta på (S2).

Erfarenhetskunskapen är i hög grad personlig i det att den bygger på individens egna erfarenheter och vid nattarbete ställs personalen inför problem där de är utlämnade till ett eget lärande. Kunskapen formas av situationen där sjuksköterskan ofta är ensam om att fatta beslut. En stor del av kunskapen som används på natten beskrivs som intuition och att den bygger på en känsla av att något inte står rätt till eller att något kommer att hända:

Den här känslan som är så svår att beskriva ... om det är en patient som är nyopererad ... alltså finns inga tecken att ta på ... det är puls och blodtryck ... men jag känner att det är någonting som kan hända ... och att jag måste vara observant (Campbell, 1998, s 129).

I sjuksköterskornas berättelser framstår intuition som något för givet taget och de reflekterar sällan över vad som bygger upp känslan. För läkarna ger känslan ett visst mått av irritation som startar en process som kan beskrivas. Det finns en medvetenhet om faran att lita blint på sin intuition eller som en av de erfarna läkarna uttrycker det:

Jag tycker inte om ordet intuition för det är så att intuition innebär ju att man har en sensitivitet att man har en hög sensitivitet på saker och ting och det är i och för sig bra va. Det vill man gärna framhålla hos sig själv men sen måste man ju komma ihåg att desto högre sensitivitet man har, det gäller precis som det här som med labbprover desto mindre är specificiteten det vill säga

man känner igen mycket men specificiteten blir sämre desto högre sensitivitet (E4).

FÖRMÅGA ATT ANVÄNDA SINNEN

Sinnena har alltid använts för att göra bedömningar av patienters tillstånd. Inspektion, auskultation, palpation och perkussion ansågs tidigare vara en konst som i dag till stora delar ersatts av modernare diagnoshjälpmiddel. Yamauchi (2001) poängterar vikten av att sjuksköterskor tittar, lyssnar och känner på patienterna. Boshuizen et al (1995) framhåller betydelsen av att använda lukt, ljud och andra fysiska uttryck vid bedömning av patienter och de menar att det är enbart genom kontakter med patienter som erfarenheten av detta kan vinnas, det vill säga genom praktisk erfarenhet. I nattsjukvårdsstudien (Campbell et al, 2004) blev detta mycket framträdande då miljö, tempo och hänsyn till patientens sömn tvingar fram ett annorlunda sätt att bedöma patienterna på:

I: Ser patienterna annorlunda ut i skum belysning?

R: Ja det gör dom ... helt klart ... man får ju se mer på, vad ska jag säga, du lyssnar mer på andningen vid sömn hos patienten om den ändras på något sätt eller ett annat orosmoment hos patienten. Kanske mera och sen måste man, i och med att du inte har upplyst så ser du kanske inte färgskiftningarna liksom utan du kanske ... man känner.

I: Du känner och du lyssnar?

R: Ja precis, för att kunna märka om det är någon förändring av något slag som du kanske hade sett, som du ser kanske mer på dan än, ja så det andra sinnen. Ja det stämmer, det är andra sinnen man använder mera i så fall (aa, s 27).

Att studera ansiktsuttryck

I smärtbedömning är ansiktsuttryck synnerligen viktiga och ger information om graden av smärta ... *det här med är ansiktet hopdraget, är det plågat, ser dom ut att lida.* Om detta vittnar såväl läkare, sjuksköterskor som undersköterskor.

Att känna

På natten tillgrips indirekta metoder för att bedöma patienten. I stället för att känna på patientens hud känner sjuksköterskan på sängkläderna och noterar om de är varma, fuktiga eller knöliga. Konsten att *med handen diagnostisera*, det vill säga att känna eventuellt i kombination med att se är något som läkarna anger försvunnit i takt med att nyare diagnoshjälpmiddel såsom ultraljud, har blivit allt vanligare.

Att lyssna

Att lyssna innebär exempelvis för nattsjukvårdspersonal att på andningsljuden kunna bedöma om en patient sover en naturlig sömn till skillnad mot medvetanderubbning eller om patienten har smärtor. En mycket erfaren läkare anger att han utan att ha sett patienten men bara hört rösten i korridoren kunde ställa diagnosen myxödem:

Om man har sysslat länge och sett många patienter går det ibland att ställa diagnos på rösten (E11).

Genom att observera patientens ansiktsuttryck, förändringar i andningsfrekvens, kroppsspråk, hur de ligger med mera ställs information samman till ställningstagande som leder till beslut. *Det sitter ju i en ... man är ju kännare (U 9).*

Såväl sjuksköterskorna som läkarna anger att det går att öva upp sinnen så att patientens ansikte, hud, röst etcetera ger information om tillståndet som kan bilda underlag för diagnos, omhändertagande eller behandling. Att använda sig av sinnen och fingertoppskänsla i "bedside situationer" kan, som en erfaren läkare nämner, betraktas som "stenålders" men ger en klinisk kunskap som kan användas för att göra frågeställningar mer specifika inför andra undersökningar. Denna kunskap kan inte ersättas genom att i virtuella miljöer komma i kontakt med olika fenomen. En läkare tar exempel från förmågan att urskilja blåsljud vid auskultation av hjärta, något som varje läkare bör kunna. I den virtuella miljön saknas det omgivande bruset som förekommer i vårdmiljön liksom kravet att snabbt komma till ett ställningstagande.

PERSONLIG MOGNAD OCH LIVSERFARENHET

I en studie bland läkare visade Kern et al (2001) att livserfarenhet är en del av den professionella effektiviteten där den personliga utvecklingen leder till förändrade värderingar, mål eller riktning, hälsosammare leverne, ökad kontakt med andra, ökad självkänsla, ökad produktivitet, energi eller kreativitet. I en nyligen avslutad utvärdering av ett utvecklingsprogram för ST-läkare (Sigsfors, et al, 2005) framkom betydelsen av personlig utveckling även för utveckling av läkarrollen där kunskaper vunna ur familjeliv och sociala kontakter bland annat medverkat till att fördjupa kunskaper om patienters sätt att reagera, ökat den egna självkännedomen och gett förändrade värderingar.

Bland nattsjukvårdspersonalen talas om livserfarenheten som en del av den erfarenhetsbaserade kunskapen:

Jag är uppvuxen med en handikappad pappa och har fått lära mig att inte göra mer än vad folk begär hjälp för. Man tar inte ifrån dom det friska, det har jag fått lära mig hemifrån ... (U20).

Att ange livserfarenhet som en del av den personliga kunskapen är inte speciellt framträdande bland de erfarna eller de mindre erfarna läkarna men det förekommer. Bland annat ges exempel på att ett dödsfall i familjen lett till reflektion över existentiella frågor. Att ha en mycket gammal mamma kan ge nya infallsvinklar på patienter som lever på övertid.

Den personliga mognaden innebär även en självkänedom där de egna frustrationerna kan hanteras. Denna självkänedom kan till viss del läras genom interaktion med andra, men till största delen är det en personlig insikt. Med åren följer eftertänksamhet. Att umgås med icke-läkare är viktigt för att få andra värderingar:

... det är väldigt lätt att i en sån här värld man betraktas som någon ställföreträdande Gud ungefär (E7).

TEORETISK KUNSKAP OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Erfarenheten kommer från den direkta patientkontakten, men den teoretiska kunskapen är minst lika viktig för de

flesta av de erfarna läkarna. Att ta del av exempelvis forskning i relation till aktuella problem gör att "det fastnar bättre". Denna erfarenhet av att lära är viktig att föra över till studenterna. Detta är inget som uttalats bland nattsjukvårdspersonalen.

Grundutbildningen till läkare och sjuksköterska ger tillräckligt med teoretiska kunskaper för att utöva yrket, men själva yrket lärs genom den kliniska erfarenheten. Att under utbildningen läsa om olika fall inför tentamina ger enligt läkarna inget fäste då det saknas förankring i verkligheten. Först när den verkliga patienten finns i närheten får den teoretiska kunskapen ett värde och det börjar att hamna på plats. Även nattsjukvårdspersonalen framhåller att den kunskap som behövs för att arbeta på natten erhålls genom praktisk erfarenhet då arbetet till stor del kännetecknas av övervakning och beredskap.

De unga läkarna ställs inför många situationer som utbildningen inte förberett för. Allt från att veta hur länge patienter ska vara sjukskrivna, svara på frågor inför hemgång, etiska dilemman etcetera. Detta går inte att läsa sig till utan de mer erfarna måste rådfrågas.

... men detta (hjärtstopp) är ju en situation som rymmer väldigt många bottnar medicinskt och sen etiska och vad ska man säga livsfilosofiska bottnar och mer blir det ju ju mer man tänker på det och det är väl den biten som jag tycker man får väldigt lite eller jag fick väldigt lite utav det. Man fick ganska mycket om betablockerare och Lanacrist och vattendrivande och så men den här andra dimensionen den förvärfvar man så att säga när man jobbar ... självklart genom att se patienter ... men sen är det genom att resonera och diskutera med kollegor och det är liksom på samma nivå och äldre kollegor (ME7).

De erfarna läkarna skapar en relation med patienterna där de mindre erfarna fokuserar mer på sjukdomen än att de närmar sig problemet som sammansatt av sjukdomen och personen vilket även beskrivits av Corke et al (2004):

It's more important to know what sort of person this disease has, than what sort of disease this person has.

Medicinareutbildningen är till stor del fokuserad på att förstå sjukdom. En större betoning på att utbilda doktorer till att bättre förstå människor är enligt Corke et al önskvärd. Detta är något som även de erfarna läkarna betonar. Särskilt betonas ett mer patientcentrerat förhållningssätt som bygger på ödmjukhet och respekt i mötet med patienten.

Det har väl kanske skapat förhållningssättet som jag tycker ska präglas utav att man ska veta vad man gör men man ska också veta sin plats en viss liten ödmjukhet men samtidigt stolthet. Det tycker jag man ska känna (E7).

Attityder till patienter och till övrig personal är en viktig del av erfarenheten som måste visas på och tränas i den kliniska vardagen.

Förhållningssätt bygger till stor del på vad Pörn (1989) talar om som omdömeskunskap, den kunskap som krävs för att ur en mångfald av alternativ välja de åtgärder som är mest lämpliga i ett visst sammanhang. De erfarna läkarna ger exempel på detta då de i många situationer fattar beslut om att inte sätta in behandling eller avbryta behandling med hänsyn till patienten. Omdömeskunskap är ofta förenat med etiskt ställningstagande.

De erfarna läkarna talar om att erfarenhet och kunskap är den styrkan en specialist har inom ett område som gör att det utvecklas en trygghet i att veta att bedömningar är korrekta. Denna trygghet används i patientkontakter och underlättar exempelvis då negativa besked ska lämnas till patienter. Ungdomlig brist på erfarenhet kan leda till att större hopp ges till patienter för att läkaren inte orkar eller kan möta patientens reaktioner. En viktig del är att lära sig att lyssna, både till vad patienterna har att säga och till kollegor och annan personal. En annan är att lära sig att vara närvarande i patientmötet och att kunna fokusera på personen och inte prata överhuvudet på patienter utan att involvera dem i samtalet. Intresse av att ta del av hela patienten, inte bara sjukdomen, innebär ett annat förhållningssätt där en mänsklig relation anses viktig att etablera. Detta leder dels till att arbetet upplevs

som roligare dels går svåra situationer lättare att hantera.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

– EN PROCESS

I kontakten med läkare och sjuksköterskor framgår att erfarenhetsbaserad kunskap är resultatet av en lång process.

Den mindre erfarna

Den mindre erfarna läkaren har goda medicinska kunskaper från utbildningen, kunskaper som är aktuella men som inte alltid förbereder för det praktiska handläggandet på kliniken. Lärandet sker genom "att gå med" mer erfarna kollegor och se hur de handlägger fallet. Detta kan därefter diskuteras med kollegor på samma nivå.

I kliniska situationer samlar de mindre erfarna in alla patientdata och presenterar dem för handledaren/ den mer erfarna med frågan "hur ska jag göra". Detta innebär enligt Marton et al (2004) att få ett svar, de får "det berättat för sig" och den mindre erfarna kan stämma av sin egen tankegång med den erfarnes.

Det finns en strävan efter att finna den "rätta" behandlingen eller omhändertagandet vilket enligt Perry (1970) kan beskrivas som att den mindre erfarna befinner sig i ett dualistiskt skede av sin intellektuella utveckling som utmärks av ett rätt/fel tänkande.

I nästa steg samlar den mindre erfarna in alla data om patienten, tar ställning för hur fallet ska handläggas och presenterar ställningstagandet för den mer erfarna. Bekräftelse på att tankegången är rätt eller fel ges av den mer erfarna. Blir ställningstagandet "inte godkänt" av den mer erfarna *lär jag hur jag ska tänka nästa gång* (ME 8). Samma strategi har även noterats bland sjuksköterskestuderande där en student uttrycker det som att:

Jag gör så att jag tänker att där gör jag så och så där. Man vänder sig till en själv då ... men man försöker att

fråga liksom hur skulle du ha gjort och då får man via hur hon (handledaren) skulle ha gjort reda på om man har tänkt rätt eller fel (Pilhammar Andersson, 1993, s 31).

I dessa två steg diskuterar den mindre erfarna med kollegor. De mer erfarna kollegorna bekräftar de mindre erfarnas ställningstagande. Diskussionerna förs både på samma erfarenhetsnivå det vill säga med kollegor som har samma erfarenhet eller med någon med mer erfarenhet inom området. Enligt Coles (2002) bygger professionella ställningstaganden på en speciell kunskap, praktisk visdom, vilken inte lärs formellt utan genom erfarenhet och informella diskussioner med respekterade kollegor. Överordnade sanktionerar planerade eller genomförda åtgärder oftast utan några ingående diskussioner och feedback ges sällan. Detta styrks även av resultatet från en utvärderingsstudie med ST-läkare där över hälften i kontrollgruppen och mer än en tredjedel i analysgruppen anger att de inte alls får någon feedback från sina överordnade (Sigsfors, et al., 2005). Misslyckanden eller där utgången av ett omhändertagande inte blivit det förväntade leder till reflektion och bearbetning. Flera läkare anger att de går igenom fallet igen, kontrollerar i handlingar och diskuterar med kollegor för att söka bekräftelse på om de kunde ha gjort på annat sätt. Misslyckande ger olustkänslor och sömnlösa nätter samt att risken finns för anmälan till ansvarsnämnden. Detta är inget som de erfarna läkarna nämner.

Den erfarna läkaren

Den erfarna läkaren har mött många patienter med liknande symtom, som vilket enligt Marton et al (2004) bidragit till att se en variation av aspekter av fenomenet.

Den erfarna läkaren följer många gånger ett handlingschema där ett erfarenhetsbaserat omhändertagande till exempel får inleda en behandling. Ger inte denna effekt prövas en alternativ behandling. Den erfarna resonerar inte i termer av rätt eller fel utan tar ställning vilket innebär att de enligt Perry (1970) uppnått den högsta graden av intellektuell mognad. Den erfarna vågar testa okonventionella behandlingar, för han/hon har skaffat sig

erfarenhet även av detta och tar därvid avsteg från det rutinmässiga eller rekommenderade handlandet. Erfarenhet medför också att kunna ta ställning till att undvika behandling då det visat sig att det inte är lönsamt eller att det medför alltför mycket lidande för patienten och ...*man lägger inte alla i respirator för det är så oerhört smärtsamt* (för patienten) (E3). Den erfarenhetsbaserade kunskapen medför förutsättningar för en patientfokusering där individuella lösningar söks. Erfarenhet kan även medföra att *ju äldre man blir så inser man behovet av att inte ge sig på det nyaste* (E2).

Som erfaren hamnar läkaren i andra situationer än de unga oerfarna som vid svårigheter kan remittera patienten till en mer erfaren eller en expert. Genom detta förhållande kommer allt fler, både liknande och avvikande fall, att handhas av den erfarna som därvid får möjlighet att utvecklar ett expertkunnande. Att vara erfaren specialist med många år i yrket innebär inte att man tror sig ha sett alla varianter av sjukdom eller behandling:

... att trots dom nästan fyrtio åren så är det fortfarande så att man ser saker som man inte sett förut och det är ju ett av spänningen med jobbet. Det är jättehäftigt (E 5).

De mycket erfarna läkarna, experterna, skiljer sig även i ett annat avseende från de mindre erfarna i det att de inte har någon att rådfråga och som nestor är det ingen som ifrågasätter dem, de är bärare av kunskapen. Hos de erfarna läkarna finns också en stolthet över det egna kunnandet och de upplever att de har ett ansvar för att utveckla specialiteten och ämnet. Detta ansvar gäller även hela sjukhuset *vi ska vara bäst*.

Erfarenhet är inte allt, det måste finnas en ambition att göra, vilja och förstå det vill säga. ett förhållningssätt. Detta saknas enligt de erfarna hos de mindre erfarna, som till viss del uppges sakna glädje, och lust och nyfikenhet i arbetet. Den yngre och den äldre generationens läkare lever i skilda världar som de äldre kan ha svårt att förstå och i kommentarerna framgår detta som att det är tomt på kliniken efter klockan halv fem för *alla ska till*

dagis och hämta barnen. Jämförelser görs med den egna starten i karriären då ingen tittade på klockan utan man gick hem när arbetet var klart. Arbetet gick före familjen.

När läkarna är som mest erfarna det vill säga inför pensioneringen, då får de lämna sitt arbete. Även om möjligheten finns att vara kvar viss tid efter pensioneringen synes det som om kunskapen tystas ned – den efterfrågas inte längre (jfr Ellström, 1992). Rädslan finns att bli:

en patetisk figur som liksom tror att han betyder så väldigt mycket så att han måste vara kvar här även efter pensioneringen (E11).

En av frågeställningarna som föranledde att studien av läkarnas erfarenhetsbaserade kunskap kom till stånd var farhågor om att mycket kunskap riskerar att förloras inom organisationen när de mycket erfarna läkarna går i pension. Så är naturligtvis fallet då experter försvinner och med dem kunskap och erfarenhet. Detta är en del av de intervjuade erfarna läkarna medvetna om och arbetar aktivt med att lära upp den yngre generationen. Den erfarenhetsbaserade kunskapen ses också som en färskvara, där de yngre läkarna i vissa fall kanske besitter ett bredare kunnande än den mer erfarna som inte kunnat hålla den kliniska kompetensen aktuell. I intervjuerna framgår just detta att en äldre läkare runt de 60 som inte arbetat på akuten på 20 år, förmodligen inte gör ett bättre jobb än en med kort erfarenhet men som arbetat på akuten varannan vecka under ett par år. Detta är en av de negativa konsekvenserna med en alltför specialiserad vård där expertkunskap utvecklas på bekostnad av generalistkunskap.

VAD INNEBÄR DEN ERFARENHETSBASERADE KUNSKAPEN FÖR VÅRDEN

Såväl läkare som nattsjukvårdspersonal framhåller erfarenhetens betydelse för att kunna ge god vård och behandling. I resultatet framkommer såväl positiva som negativa effekter. De positiva effekterna av erfarenhets-

baserad kunskap leder till bättre bemötande och omhändertagande av patienter och humanare vård där etiska aspekter uppmärksammas i högre grad. Omhändertagandet blir individualiserat och erfarenhet gör att riktlinjer från böcker och rekommendationer kan sättas åt sidan i den unika situationen. Rimligheten av en behandling kan bedömas och ställas i relation till nyttan. De yngre vet genom sina studier vilka möjligheter som finns, men erfarenhet behövs för att veta i vilka sammanhang det kan användas. Erfarenheten har gett kunskap i att alltid vara ärlig, uppriktig och sanningsenlig i patientkontakten. Denna kunskap kan vara dyrköpt och grundas i negativa erfarenheter. Med erfarenhet av hur sjukdomsförlopp och symtom normalt visar sig, föranleder avvikelser att handläggning snabbas på och den hjälper även till att prioritera och sortera ut vad som är viktigt i beslutsprocesser. De mer erfarna läkarna är rådgivare, diskussionspartner, mentorer för sina yngre kollegor och medverkar formellt eller icke formellt i utbildningen av läkarstudenter och AT-/ST-läkare.

Erfarenhetsbaserad kunskap tillför mycket positivt i vården, men kan även medföra hinder för god vård. Sjöström et al (2000) och Teanby (2003) har visat att den erfarenhetsbaserade kunskapen kan leda till en etikettering av patienterna vilket är funktionellt för vårdens mål men där hänsyn inte tas till den individuella patienten. Formsaker blir viktiga, att allt görs i rätt ordning, att dokumentation följer ett mönster, att rutinkontroller görs på samma sätt som det lärdes i den egna utbildningen och att alla gör på samma sätt. Den beprövade erfarenheten kan stå i vägen för modernare behandlingsmetoder (Choudhry, et al., 2005) och exempel ges i studien då en äldre läkare berättar hur han i sitt ställningstagande av tre möjliga behandlingsmetoder väljer den han har mest erfarenhet av i stället för att pröva en nyare metod, vilken senare visade sig ha bättre effekt, när den sattes in av en yngre läkare. Läkarens ställningstagande utgick i detta fall från vad läkaren upplevde som minskad livskvalitet hos patienten i stället för de obehag patienten var villig att utsätta sig för, för att nå sitt livs

mål. Erfarenhetsbaserad kunskap som leder till expertis kan leda till att generella kunskaper inte kan hållas aktuella. Utvecklingen av kunskaper inom det egna specialområdet sker på bekostnad av den mer generella kunskapen, vilket kan leda till en rädsla eller inkompetens för jourverksamhet eller att arbeta kliniskt som överläkare. Nattsjuksköterskorna har inte samma uppfattning. De menar tvärtom att den erfarenhetsbaserade kunskapen de har av patienters beteende och vad som kan inträffa nattetid är generell och äger giltighet även då vården och patientsammansättningen förändras.

Som en positiv effekt angavs att de äldre läkarnas erfarenhetsbaserade kunskap är viktig i utbildningen av yngre läkare, men det visar sig i studien att så inte alltid är fallet. Lång erfarenhet kan ge sådan respekt att det verkar hämmande på yngre kollegor att ställa frågor eller att den som har skaffat sig en erfarenhetsbaserad kunskap fattar alla beslut och ger därmed inte till de mindre erfarna möjlighet att träna i beslutsfattande och att ta ansvar. Från de mindre erfarna läkarna uppges att förslag och nya infallsvinklar inte tas upp till diskussion av de mer erfarna då de vet att *så är det*. I läkarintervjuerna nämns sällan att läkare lär av andra personalkategorier. Läkarna framstår som ensamma i sitt beslutsfattande och har inget att lära från andra. Detta skiljer från nattsjuksvårdspersonalen där det framkommer att i den erfarenhetsbaserade kunskapen inbegrips kunskaper från andra personalgrupper än den egna. Framför allt är det sjuksköterskorna som anger att de lär såväl av undersköterskor som av läkare. Det finns dock flera erfarna läkare som betonar vikten av teamarbete och att andra personalgrupper har andra kunskaper som de kan lära av.

SAMMANFATTNING

Resultatet av de båda studierna visar att den erfarenhetsbaserade kunskapen värderas högt och att den är en förutsättning för att kunna klara det medicinska- och omvårdnadsuppdraget. Bedömning, ställningstagande och beslut vilar i hög grad på den erfarenhetsbaserade

kunskapen. Resultatet visar även att erfarenhetsbaserad kunskap inte är att betrakta som tyst då den är föremål för reflektion och diskussion med kollegor. Detta skiljer läkare från nattsjukvårdspersonalen som har svårare att sätta ord på sin kunskap. En av orsakerna till detta kan vara att på natten finns få möjligheter till diskussion med kollegor och den intuitiva känslan förblir därför icke verbaliserad.

Den mindre erfarna är i ett tidigt stadium av sin karriär fokuserad på att överleva i sin nya tillvaro och är upptagen med att utveckla skicklighet så att de kan fungera med viss mått av säkerhet i den komplexa verkligheten. Den mer erfarna har oftast flyttat positionerna där säkerhet och teknik är taget för givet och de kan därför ägna sitt intresse åt omhändertagandet av patienten (Arbon, 2004). Benner (1993, 2004) liksom MacCutcheon och Pincombe, (2001) samt Billgren et al (1990) med flera framhåller främst de positiva effekterna av erfarenhet i vårdarbetet. Motsatsen diskuteras av framför allt Choudhry et al (2005) som i en systematisk genomgång av erfarenhetens betydelse hos läkare visar att lång erfarenhet (angiven i antal tjänstgöringsår) i 52 procent innebär sämre kvalitet i vården. Yngre läkare (under 40 år) visade sig vara mer benägna att ta till sig moderna behandlingsmetoder och de med erfarenhet mellan 6 och 15 år gav den mest väl valda vården. Som en förklaring anges att läkare skaffar sig en uppsättning med handlingsalternativ under utbildningen och att de inte uppdateras senare. Det finns även motstånd mot förändringar och att följa givna rekommendationer. Detta framkommer även i studien av läkares erfarenhetsbaserade kunskaper (Skyvell Nilsson, et al., 2005) men ses då som något positivt.

Som resultatet visat skiljer erfarna och mindre erfarna läkare sig åt i sitt sätt att förhålla sig till yrke och patienter. En del av denna skillnad kan härledas till just att de äldre läkarna genom att ha ställts inför likartade problem ett otal gånger har skaffat sig kunskap byggd på erfarenhet. Frågan är om de yngre läkarna genom erfarenhet kommer att skaffa sig samma kunskap eller om

de kommer att ha en annan erfarenhet som ger annan kunskap. Det senare verkar mer troligt. En orsak till detta kan vara att yngre läkare – de som tillhör en annan generation – har ett annorlunda sätt att se på läkarprofessionen och livet i stort, de gör sin debut i arbetslivet senare än tidigare generationer, de är i dag av båda könen, de har familjer och ett liv utanför yrkeslivet. Som grupp kommer de att arbeta färre timmar och kräva flexiblare anställningsformer. De är smarta och energiska och väljer att arbeta med specialiteter som ger positiv livsstil (Smith, 2005; Lancaster & Stillman, 2002; Zemke, 2000). Detta sätt har i många fall tolkats som mindre professionellt då det står i kontrast till den äldre generationen där arbetet som läkare varit en livsstil.

En annan faktor som påverkar den erfarenhetsbaserade kunskapens natur är vårdens organisering med korta vårdtider och snabbare tempo vilket, enligt läkarna i studien, medfört att patienters sjukdomsförlopp och behandlingsresultat inte kan följas på samma sätt som tidigare.

Avslutningsvis kan sägas att erfarenhetsbaserad kunskap är en stor del av vården men att kunskapen förändras med den medicinska utvecklingen och omvårdnadsutvecklingen, synen på yrke och uppdrag samt organisation.

REFERENSER

Ahlberg, K. (2004). *Synvänder. Universitetsstudenters berättelser om kvalitativa förändringar av sätt att erfara situationers mening under utbildningspraktik*. (Akad. Avh). Göteborg ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Arbon, P. (2004). Understanding experience in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 150–157.

Benner, P. (1984). *From novice to expert. Experience and power in inclinical nursing practice*. California Addison-Wesley Publ. Comp.

Benner, P. (1993). Transforming RN education: Clinical learning and clinical knowledge development. In N. Dinkelman & M. Rather (eds) *Transforming RN Education*. New York: National League for Nursing Press.

Benner, P. & Tanner, C. (1987). How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 1, 23–31.

- Billgren, B., Chekol, I-M., Linder, K., Falk, L. & Gebru, K. (1990). *Tyst kunskap – något att lyssna till i framtidens vård!* FoU-rapport nr 33 SHSTF. Skellefteå: Artemis Bokförlag.
- Boshuizen, H., Schmidt, H., Custers, E. & van de Wiel, M. (1995). Knowledge development and restructuring in the domain of medicine: The role of theory and practice. *Learning and instruction*, 5, 269–289.
- Brooks, I. & MacDonalds, S. (2000). 'Doing Life': Gender Relations in a Night Nursing Sub-Culture. *Gender, Work and Organization*, 7, 221–229.
- Campbell A-M. (1998) Nattsjuksköterskans kompetens. I E. Pilhammar Andersson (red) (1998). *Kompetens ur ett vårdpedagogiskt perspektiv*. Rapport 1998:1, Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet,.
- Campbell, A-M., Nilsson, K. & Pilhammar Andersson, E. (2004). *Natten-dagens förutsättning. En studie av nattsjukvårdspersonalens arbetsförhållanden och arbetsuppgifter*. Rapport 2004:1, Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet.
- Choudhry, N., Fletcher, R. & Soumerai, S. (2005). Systematic Review: The relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142(4),260–273.
- Coles, C. (2002). Developing professional judgment. *Journal of Continuing Educ. Health. Prof.*, 22(1), 3–10.
- Conway, J.E (1998). Evolution of the species expert nurse. An examination of the practical knowledge held by expert nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 7:75–82.
- Corke, C., Stow, P., Green, J., Agar, M. & Henry, M. (2004). How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMJ*, doi: 10.1136/bmj.38293.435069.DE
- Cox, K. (1997). Work based learning. *British Journal of Hospital medicine*, 57:265–269.
- Dewey, J. (1965). *Education and experience*. (4.e tryckningen). New York: MacMillan.
- Edmond, C. (2001). A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today*, 21, 251–259.
- Ekeberg, M. (2001). *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap. Reflexionens betydelse för lärandet*. (Akad. Avh) Vasa: Åbo akademi.
- Ellström, P-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande för arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica.
- Eraut, M. (1999) *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: The Falmer press.
- Faufelt, K. & Wichmann-Hansen, G. (2003). *Läkare lär när de arbetar – men hur?* Lund: Studentlitteratur.
- Hams, S. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive Critical Care Nurse*, 16(5) 310–318.
- Herbig, B., Büssing, A. & Ewert, T. (2001), The role of tacit knowledge in work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5) 687–695.
- Kern, D., Wright, S., Carrese, J., Lipkin, M., Simmons, J., Novak, D, Kalet, A. & Frankel, R. (2001). Personal growth in medical faculty. A qualitative study. *West J Med.*,175(2), 92–98.
- Lancaster, L. & Stillman, D. (2002). *When Generations Collide*. New York: Harper Collins Publ.
- Lin, PF., Hsu, MY. & Tasy, S. (2003). Teaching clinical judgment in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 159–66.
- Lindgren, G. (1999). *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Lund: Liber.
- Marton, F. & Tsui, A. (2004). *Classroom discourse and the space of learning*. Mahawah, Nj: Lawrence Erlbaum.
- McCutcheon, H. & Pincombe, J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 342–348.
- Perry, W. (1970). *Forms of intellectual and etical development*. New York: Rinehart and Winston Inc.
- Pilhammar Andersson, E. (1993). *Sjuksköterskestuderandes epistemologiska utgångspunkter samt föreställningar om utbildningens innehåll och arbetsformer*. Rapport 1993:2 Institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborgs universitet.
- Pörn, I. (red).(1989) *Critical essays*. Helsingfors: Acta philosophica Fennica.
- Schön, D. (1987). *Education the reflective practioner*. California: Jossey-Bass Higher and Adult Education Series.
- Sigsfors, U., Lagström, A., Johansson, A. & Pilhammar Andersson, E. (2005). *Utvärdering av utvecklingsprogram för läkare under vidareutbildning*. Rapport: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västra Götalandsregionen.
- Sjöström, B., Jakobson, E. & Haljamäe. H. (2000).

Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 273–282.

Skyvell Nilsson, M., Knutsson, A., Samuelsson, B. & Pilhammar Andersson, E. (2005). *Läkares erfarenhetsbaserad kunskap*. Rapport: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västra Götalandsregionen.

Smith, L.G. (2005). Medical professionalism and the gender gap. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 439–442.

Teanby, S. (2003). A litterture review into pain assessment at triage in accidens and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 12–17.

Vang, J. (1994). *Kompetensutveckling och livslångt lärande inom hälso- och sjukvården*. Landstingsförbundet Dnr Lf 470/94.

Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdandets bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. (Akad. Avh). Acta Wexionensia, nr 64/2005 Växjö: Växjö University Press.

Yamauchi, T. (2001). Correlation between work experience and physical assessment in Japan. *Nursing and Health Science*, 3, 213–224.

Zemke, R. (2000). *Generations at Work*. New York: American management Association.

2.2 ERFARENHETSBASERAT LÄRANDE I DAGLIGT ARBETE – INNEBÖRDER OCH FÖR- UTSÄTTNINGAR

(föredrag)

Per-Erik Ellström, professor i pedagogik, Institutionen för beteendevetenskap (IBV), Linköpings universitet

INLEDNING

Det finns i dag en utbredd samstämmighet inom såväl forskning som samhällsdebatt om betydelsen av satsningar på att främja lärande i arbetslivet samt en ökad integration mellan arbete och lärande. Detta bland annat mot bakgrund av de ökade kompetenskrav och den ökade komplexitet som man anser sig kunna konstatera i många verksamheter. I sammanhanget finns ofta även förhoppningar knutna till lärandet som motor för att skapa det utvecklande och samtidigt effektiva arbetet. Det traditionella sättet att möta de kompetensbehov som uppstår på en arbetsplats är att erbjuda fortbildning i form av kortare eller längre kurser. Ett sådant förfaringsätt ligger också i linje med vad som varit det förhärskande sättet att uppfatta lärande – nämligen som kunskapsöverföring genom formell utbildning.

Detta synsätt på kompetensutveckling och lärande är problematiskt på flera sätt. En aspekt som diskuteras av Engeström (1994) är att lärande via traditionella utbildningsinsatser ofta är ofullständigt. Den teoretiska kunskapen utgör inte ett tillräckligt stöd för den praktiska tillämpningen. Vidare är lärtillfällena ofta ryckta ur sitt sammanhang, och det finns sällan utrymme för integrerade lärprocesser där individen får möjlighet att tillämpa den nya kunskapen i sitt praktiska vardagsarbete, något som visats starkt begränsa effekterna av gjorda utbildningssatsningar (Barnett, 1999; Ellström & Kock, 1993;

Ellström, E. & Ekholm, 2001). Forskning pekar också mot att vad som lärs in på formella utbildningar endast i begränsad utsträckning kan överföras och tillämpas i praktiken (Kvernebekk, 1995; Fahlström, 1999). Mycket av det som förmedlas i utbildningssammanhang är inte "kodifierat" för att användas i praktiska sammanhang, utan har sin plats i en textbaserad och abstrakt verklighet (Säljö, 1992). I en studie av socialarbetare och hur de värderade användbarheten av olika lärkällor i sin arbetsutövning (Demartini & Whitbeck, 1987) framkom att skolutbildning, fortbildning och böcker och tidskrifter skattades lågt när det gällde att värdera lärkällor i det praktiska arbetet. Denna typ av kunskap angavs dock som viktig när det gällde att skaffa sig en begreppsapparat inom verksamhetsområdet. Josefson (1992) och Kvernebekk (1995) för en likartad diskussion när de diskuterar kring användbarheten av teoretisk kunskap i det praktiska arbetet. Båda menar att teoretisk utbildning i stor utsträckning handlar om att lära ut generella likheter, medan det praktiska lärandet handlar om att lära sig olikheter.

Parallellt med dessa och liknande observationer har det under senare år skett en förskjutning i synen på lärande och kompetensutveckling från en stark betoning av lärande genom formell utbildning till en betoning av det erfarenhetsbaserade lärande som sker som en integrerad del av det dagliga arbetet. Detta lärande kan ske medvetet och avsiktligt planerat, exempelvis genom olika nätverk, projektaktiviteter och handledning. Den största delen av det informella lärandet sker dock spontant och för individen omedvetet, ofta som en sidoeffekt av andra aktiviteter. Vi lär oss således också när vi inte har för avsikt att lära eller när vi inte är medvetna om att vi lär det. Detta synsätt innebär dock inte att det lärande som sker i formella utbildningssituationer är ointressant eller oviktigt för det informella lärandet. Tvärtom finns mycket som talar för att den typ av teoretiska kunskaper och begrepp som betonas i formella utbildningssammanhang är av stor betydelse för att underlätta ett informellt lärande i det dagliga arbetet. Omvänt kan resultaten av formella utbildningar förstärkas genom att kopplas

till och inriktas mot att stödja problemlösning och informellt lärande i det dagliga arbetet. Här finns alltså ett ömsesidigt beroende. I stället för att ställa formell utbildning mot ett informellt, erfarenhetsbaserat lärande är det viktigt att betona behovet och värdet av en integration mellan dessa två former av lärande i det dagliga arbetet (Barnett, 1999; Ellström, 2001; Svensson, Ellström & Åberg, 2004; Rönnqvist, 2001).

Det är få som skulle bestrida vår kapacitet för ett kontinuerligt, erfarenhetsbaserat lärande och att ett sådant lärande också sker under hela livscykeln. Detta är emellertid inte problemet. Människors mer eller mindre kontinuerliga lärande innebär inte med någon automatik en utveckling av kunskaper, kompetens eller personlighet – ett växande – utan kan tvärtom innebära en anpassning till ogynnsamma levnadsbetingelser, det vill säga ett negativt lärande (Ellström, 1992). Problemet är alltså snarare vad som lärs och under vilka betingelser vi kan främja ett i någon mening önskvärt lärande. Det blir i detta perspektiv av stor betydelse vilken innebörd vi ger begreppet lärande, samt hur vi i praktiken hanterar frågor om kompetensutveckling och lärande.

Syftet med denna artikel är att närmare belysa den ovan skisserade problematiken. Detta kommer att ske först genom att närmare precisera innebörden av begreppet lärande som det används här. Därvid kommer en distinktion att göras mellan ett reproduktivt respektive ett utvecklingsinriktat lärande. Huvuddelen av framställningen kommer sedan att ägnas frågan om vilka förutsättningar – individuella, grupprelaterade och organisatoriska – som främjar och motverkar dessa båda former av lärande.

LÄRANDETS DUBBELHET – BÅDE REPRODUKTION OCH UTVECKLING

Jag har i andra sammanhang (Ellström, 1996, 2001) formulerat en modell för erfarenhetsbaserat lärande. I fokus för denna modell står, liksom här, individers och

grupperns lärande inom ramen för en organiserad verksamhet, exempelvis på en arbetsplats. Ett grundantagande är att förutsättningarna för erfarenhetsbaserat lärande i hög grad skapas i vardagen genom de aktiviteter som vi kontinuerligt väljer att engagera oss i – och som vi får möjlighet att engagera oss i. Av avgörande betydelse i detta sammanhang är de begränsningar och möjligheter som skapas av olika strukturella faktorer i vår omgivning (till exempel rådande arbetsfördelning i verksamheten), traditioner och kulturmönster, samt, inte minst, vår subjektiva bakgrund (kunskaper, intressen, självförtroende etcetera).

I det följande görs en distinktion mellan två aspekter av erfarenhetsbaserat lärande, kallade ett reproduktivt respektive ett utvecklingsinriktat eller kreativt lärande (se även Ellström, 2001; 2005). Denna distinktion är delvis parallell till den distinktion mellan "single-loop" och "double-loop" lärande som görs av Argyris & Schön (1978), samt till den distinktion mellan reproduktivt och expansivt lärande som görs av Engeström (1987). Det är viktigt att från början betona att denna distinktion inte avser två artskilda former eller typer av lärande. Mer fruktbart är i stället att se detta som en distinktion mellan två samexisterande och komplementära aspekter av lärande, där den ena eller andra aspekten kan dominera eller vara mindre framträdande beroende på vilka förutsättningar för lärande som råder i den specifika situationen.

REPRODUKTIVT LÄRANDE

– ATT ETABLERA OCH BEFÄSTA RUTINER

Lärande har traditionellt ofta uppfattats och definierats som en fråga om hur individer förvärvar kunskaper, löser problem och lär sig handla i relation till en situation där uppgifter, mål och andra förutsättningar antas vara givna (eller för givet tagna). Med detta synsätt på lärande betonas således individens anpassning till och bemästring av givna förhållanden. Denna form av lärande svarar mot vad som här kallas ett reproduktivt lärande.

Exempel på reproduktivt lärande är lätta att finna i arbetslivets krav på att följa givna direktiv och instruktioner, eller i krav på att rutinmässigt lära sig bemästra olika uppgifter och att anpassa sig till uppkomna situationer. Detta är en nödvändig form av lärande för att kunna behärska elementära principer och regler, och för att kunna hantera återkommande uppgifter och situationer.

Att vårt sätt att handla i många situationer utmärks av en hög grad av rutinmässighet är en klassisk och i detta sammanhang central observation, inte minst utifrån ett sociologiskt perspektiv (Giddens, 1986). När väl individer, grupper eller organisationer utvecklat ett sätt att uppfatta, hantera och tala om vissa problem eller situationer tenderar dessa tanke- och handlingsmönster att stabiliseras i form av rutiner och vanemönster. Rutiniseringen av vårt handlande blir ett sätt att hantera den dagliga strömmen av händelser, problemsituationer och motstridiga krav, och samtidigt upprätthålla en känsla av trygghet och stabilitet i tillvaron (Klein et al., 1993). Det rutiniserade handlandet kan helt enkelt avlasta individen och frigöra mentala resurser för andra ändamål (jämför den karakteristik av expertens i motsats till nybörjarens kompetens och yrkesskicklighet som ges av Dreyfus & Dreyfus, 1986 i deras välkända nivåmodell).

Vi kan fungera väl på en rutiniserad handlingsnivå tills problem eller någon form av överraskning, positiv eller negativ, uppstår (jämför Dewey, 1933). Då krävs i stället en förmåga till kunskapsbaserat och reflektivt handlande som bland annat förutsätter tillgång till explicit kunskap om uppgiften, de innebörder och orsakssammanhang som är av betydelse för att förstå problemets uppkomst och för att vägleda det fortsatta handlandet. När vi ställs inför problem eller inför helt eller delvis nya situationer och krav är det därför nödvändigt att kunna bryta det rutiniserade handlandet. Här kan dock en alltför stark rutinisering få en negativ funktion genom att fungera som skyglappar, som försvårar upptäckt och hantering av förändringar. Man tenderar att omtolka och därmed ignorera eller feltolka förändringar i omgivningen i syfte att upprätthålla existerande strukturer, tanke- och

handlingsmönster (Gersick & Hackman, 1990). Detta fenomen är inte minst vanligt hos individer eller i verksamheter där de invanda tanke- och handlingsmönstren tidigare har bidragit till framgångar, det vill säga vad som kallats kompetensfällan (Levitt & March, 1988).

UTVECKLINGSINRIKTAT LÄRANDE

– ATT BRYTA OCH BYTA ETABLERADE RUTINER

Utmärkande för det utvecklingsinriktade lärandet är att individen har ett ifrågasättande och kritiskt prövande förhållningssätt till uppgifter, mål och andra förutsättningar, samt en beredskap att påverka och förändra sina arbets- och livsvillkor. Fokus ligger på att lära sig att formulera problem och inte endast att lösa givna problem. I stället för att enbart eller främst ställa frågan: hur? kommer frågorna: vad? och varför? i förgrunden. En huvudpoäng blir därmed att lära sig att hantera komplexa situationer och problem, där den första uppgiften inte är att utforma och föreslå en lösning, utan snarare att identifiera och definiera vilken situationen, uppgiften eller problemet är (jämför Schön, 1983). Detta förutsätter bland annat att existerande rutiner ifrågasätts och omprövas, och att nya tillvägagångssätt utvecklas och prövas genom ett experimenterande förhållningssätt. Detta kan relateras till vad Berner (1999) med utgångspunkt i fransk arbetslivsforskning kallar en innovativ kompetens till skillnad från en adaptiv kompetens. Medan den senare kompetensen innebär ett handlande baserat på trial-and-error, knep och tumregler, innebär den innovativa kompetensen en mer komplex problemlösning som även innefattar medverkan i utvecklingsarbete i syfte att förändra och förbättra det rådande arbetssystemet.

Lärande är i detta perspektiv också intimt sammankopplat med individens (gruppens) handlingsutrymme, och möjligheter att genom sitt handlande påverka omgivningen och experimentera, i betydelsen praktiskt pröva olika handlingsalternativ. Individen (gruppen) tänkes, utifrån sin kunskap och en reflekterad tolkning av mål och uppgifter, medvetet utforma en handlings-

plan, handla (eller underlåta att handla) i enlighet med planen samt observera, tolka och kritiskt reflektera över sitt handlande i ljuset av dess konsekvenser för den förelagda eller självvalda uppgiften. Ett utvecklingsinriktat, kreativt lärande förutsätter därmed en beredskap att ifrågasätta och omtolka uppgifter, mål och omvärldsbetingelser, samt att utveckla och pröva nya metoder och arbetssätt (Ellström, 1996; jämför Dewey, 1933; Engeström, 1999).

LÄRANDE SOM PENDELRÖRELSE

MELLAN RUTIN OCH REFLEKTION

En viktig slutsats av det ovan förda resonemanget är att erfarenhetsbaserat lärande innebär en dubbelhet och ett krav på en återkommande pendelrörelse mellan krav på rutinisering och stabilisering av nya tanke- och handlingsmönster och samtidigt krav på avlärande av tidigare etablerade mönster. Både ett reproduktivt och ett utvecklingsinriktat lärande behövs således, och kan ses som två aspekter av en mer sammansatt lärandeprocess, som, idealt sett, fortlöper växelvis (Ellström, 1996, 2001).

Detta resonemang får stöd av flera studier av yrkeskicklighet och expertis. Gemensamt för dessa studier är att de visar på betydelsen av att vid behov kunna förena ett handlande på olika nivåer, och att omväxlande kunna hantera välkända, rutinmässiga problem och nya eller okända problemsituationer. Man kan här hänvisa till den välkända tanken om "the reflective practitioner" (Schön, 1983), liksom till det inte lika uppmärksammade, men väl så intressanta resonemanget om "the reflective expert" (Olsen & Rasmussen, 1989). I detta sammanhang kan man även erinra om den distinktion mellan "mindlessness" och "mindfulness" som behandlats av socialpsykologen Ellen Langer i en rad olika arbeten (se exempelvis Langer, 1989). Kopplat till det perspektiv som anlagts här kan "mindlessness" förstås som ett tämligen passivt handlande på en rutiniserad handlingsnivå, utan att samtidigt och parallellt vara aktiv på "högre" handlingsnivåer. Det slags pendelrörelse mellan olika handlingsnivåer som vi här talat om kan i stället sägas vara

karaktäristiskt för det aktiva, reflekterande förhållningssätt som Langer avser med begreppet "mindfulness".

Den praktiska utmaningen blir i detta perspektiv att samtidigt skapa förutsättningar för – och en balans mellan – ett reproduktivt och ett utvecklingsinriktat, kreativt lärande. Medan det reproduktiva lärandet förutsätter och innebär en förmåga att effektivt tillägna sig i någon mening givna begrepp, tankemönster eller rutiner, bygger det utvecklingsinriktade lärandet på vår förmåga att bryta oss ur på förhand definierade kategorier och procedurer samt att konstruera och etablera nya mönster i tanke och handling. Ett problem i sammanhanget är naturligtvis om förutsättningarna för att främja dessa två typer av lärande skiljer sig väsentligt, och kanske i praktiken är svåra att förena. Mycket tyder på att detta också kan vara fallet, och jag ska i det följande avsnittet närmare behandla frågor kring förutsättningar för erfarenhetsbaserat lärande i dagligt arbete.

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ERFARENHETS- BASERAT LÄRANDE I ARBETET

Med förutsättningar för lärande avses här de betingelser i en organisation som försvårar eller underlättar ett erfarenhetsbaserat lärande. Dessa betingelser kan vara av strukturell karaktär, det vill säga kopplade till de materiella, kulturella eller sociala strukturer som vid en viss tidpunkt råder i en organisation. De kan också vara relaterade till individens bakgrund, subjektiva förutsättningar, handlingar och samspel. Vi ska i det följande se närmare på ett antal grupper av faktorer som utifrån tidigare forskning visats vara betydelsefulla vad gäller att begränsa eller möjliggöra lärande i en organisation.

ARBETSUPPGIFTERNAS LÄRANDEPOTENTIAL

Forskningen kring vad som utgör gynnsamma villkor för lärande i arbetet har sedan länge pekat på den centrala betydelse som arbetsuppgifternas utformning har vad

gäller att begränsa eller möjliggöra ett lärande i arbetet (se exempelvis Kohn & Schooler, 1983; Volpert, 1988). De karakteristika hos arbetsuppgiften som man i detta sammanhang brukar fokusera på är uppgiftens komplexitet, den grad av autonomi (handlingsfrihet) som den medger samt de kompetenskrav som uppgiften ställer. Som en sammanfattande term för de karakteristika hos en uppgift som främjar lärande kan man tala om uppgiftens eller arbetets lärandepotential (Ellström, 2001). Allmänt sett kan man säga att uppgiftens lärandepotential är en funktion av dess komplexitet, autonomi och kompetenskrav.

Vad gäller den andra aspekten av en uppgifts lärandepotential, nämligen den grad av autonomi (handlingsfrihet), som uppgiften medger, så kan vi skilja mellan den "objektiva" respektive "subjektiva" autonomi som en individ har. En nödvändig, men inte tillräcklig förutsättning för allt annat än ett rent reproduktivt lärande, är att det finns en "objektiv" autonomi (handlingsfrihet) vad gäller individens möjligheter att definiera uppgiften med avseende på dess innebörd, kriterier för vad som utgör en väl utförd uppgift, samt begränsningar och möjligheter. En nyligen publicerad studie av lärande i olika typer av utvecklingsprojekt stödjer också förekomsten av ett sådant samband mellan autonomi och lärande (McGrath, 2001).

En uppgifts "objektiva" autonomi kan, som ovan nämndes, ses som en nödvändig men ej tillräcklig förutsättning för lärande i arbetet. Därutöver krävs också att individen eller gruppen har de subjektiva förutsättningar som krävs för att ta tillvara den autonomi som arbetet ger, och kanske även överskrida de eventuella begränsningar som uppgiften innebär. Exempel på sådana subjektiva faktorer kan vara individens kunskaper om och förståelse av uppgiften och dess relation till verksamheten som helhet (Sandberg, 1994), förmåga att utföra uppgiften, självförtroende (Bandura, 1977), samt, inte minst, faktorer relaterade till yrkesidentitet (Lave & Wenger, 1991; Thunborg, 1999). Dessa subjektiva faktorer är var och en, men i ännu högre grad sammantaget, av avgörande

betydelse för en individs eller grupps möjligheter att utnyttja lärandepotentialen i en viss arbetsuppgift. Vi kan med en sammanfattande term tala om dessa faktorer som en individs eller grupps *subjektiva läranderesurser*, och vi kommer att återknyta till denna diskussion i det följande.

AUTONOMI KONTRA STANDARDISERING

Formalisering av arbetsprocesser genom skrivna regler och anvisningar är ett traditionellt sätt att försöka uppnå en standardisering i utförandet av en arbetsuppgift, och därmed en minskad variation i utförandet av uppgiften både för en enskild individ över tid och mellan individer. Vad gäller relationerna mellan standardisering och lärande går argumenten och ståndpunkterna, åtminstone vid första anblicken, kraftigt isär. En ståndpunkt är att standardisering hämmar ett utvecklingsinriktat lärande – detta genom att reducera autonomin och därmed variationen i utförandet av arbetet – men att en standardisering samtidigt kan främja ett lärande inriktat mot att lära sig förstå och bemästra en viss uppgift. Det resonemang som vi ovan förde om betydelsen av autonomi i tolkning av arbetsuppgifter kan ses som ett exempel på denna ståndpunkt.

Tesen om kopplingen mellan autonomi, skapandet av variation och ett utvecklingsinriktat lärande får stöd av McGraths (2001) ovan refererade studie av utvecklingsprojekt i företag. Utöver autonomi i relation till tolkningen av arbetsuppgiften ("goal/task autonomy") omfattade denna studie även mätningar av projektgruppernas autonomi i förhållande till uppgiftens utförande ("supervision autonomy"), och resultaten tyder även här på motsvarande samband som för uppgiftsrelaterad autonomi. Hög autonomi främjar ett utvecklingsinriktat lärande, medan låg autonomi främjar ett reproduktivt lärande. Liknande argument framförs av Nordhaug (1994).

Relationerna mellan autonomi, standardisering och lärande är dock mer komplexa än så. Utöver den ovan nämnda ståndpunkten att standardisering skulle hämma

ett utvecklingsinriktat lärande kan man även argumentera för det omvända. För det första kan man argumentera för att det finns ett stort värde i att, genom standardisering av åtminstone vissa arbetsuppgifter, omfördela tid och energi från att ägnas relativt enkla, rutinartade uppgifter till att inriktas på mer kreativa uppgifter. För det andra kan hävdas att formella standarder och regler skapar en ökad tydlighet och transparens i verksamheten, och därigenom forandret av en helhetsförståelse av arbetsprocessen (Adler & Cole, 1993), men också möjligheter att kritiskt ifrågasätta vad som görs och varför – faktorer som sammantaget kan antas främja ett utvecklingsinriktat lärande.

SUBJEKTIVA OCH KULTURELLA FAKTORER

Subjektiva faktorer som individers inställning till och motivation för lärande är av stor betydelse för benägenheten att delta i olika typer av lärandeaktiviteter på en arbetsplats (Ellström & Ekholm, 2001; Helms Jørgensen & Warring, 2002; Rönnqvist, 2001). Som visats av Larsson med flera (1986), har anställda med kort formell utbildningsbakgrund och arbetsuppgifter som ställer ringa krav på yrkeskompetens ofta en tämligen snäv och instrumentell syn på utbildning. De saknar ofta också motivation för att delta i utbildning om inte denna är direkt kopplad till krav i arbetet. Därmed efterfrågas inte heller utbildning, och beredskapen att delta i utbildning som erbjuds kan ofta förväntas vara låg inom dessa grupper av anställda.

Att arbetet utformas på ett sätt som ställer krav på individens kompetens kan sägas vara en nödvändig, men knappast tillräcklig, förutsättning för att ge en hög motivation hos individen. Olika människor reagerar olika på ett arbete som ställer stora krav och samtidigt ger stora utvecklingsmöjligheter. Vissa personer utnyttjar tillfullo de möjligheter till lärande och utveckling som arbetet erbjuder, medan andra inte är beredda att försöka svara upp mot utmaningar som erbjuds. Viktiga faktorer för att förklara denna typ av skillnader mellan individer

är bland annat individens syn på värdet av lärande och individuell utveckling; förväntat utbyte av gjorda satsningar; samt självförtroende i betydelsen tilltro till sin egen förmåga att lära. Dessa faktorer är i sin tur i hög grad relaterade till social bakgrund, utbildningsnivå, tidigare erfarenheter av olika typer av lärandesituationer, arbetsförhållanden samt ekonomiska, politiska och kulturella faktorer i samhället (Cross, 1981; Rubenson, 1996).

Kan den kultur som finns på en arbetsplats hämma eller främja ett utvecklingsinriktat lärande? Ett flertal studier pekar mot ett antal karakteristiska drag i en sådan arbetsplatskultur: ett klimat som uppmuntrar till ifrågasättande och kritisk reflektion över vad som sker i verksamheten – vad som uppnås och inte uppnås samt hur detta sker; en betoning av handling, initiativ och risktagande; en tolerans för olikheter i uppfattningar, osäkerhet och felhandlingar (Ellström, 1992; Weick & Sutcliffe, 2001), något som i sin tur förutsätter en hög nivå av förtroende och tillit, delaktighet samt jämlika relationer på arbetsplatsen (Svensson, Jakobsson & Åberg, 2001).

FÖRÄNDRINGSTRYCK, TID OCH LEDNINGSTÖD

För att främja ett utvecklingsinriktat lärande krävs ofta att man bryter med etablerade rutiner och vanemönster. För att detta ska ske krävs många gånger att vi ställs inför krav på förändring i form av en i någon mening "ny" problemsituation. Man kan utifrån tidigare forskning peka på en rad sådana möjliga brytpunkter (Gersick & Hackman, 1990). Exempel på detta kan vara att man ställs inför en situation som man inte tidigare mött. Det finns även en rad andra faktorer som kan leda till att vi överger en rutin. Det rutiniserade handlingsmönstret kanske leder till ett misslyckande i något viktigt avseende, till exempel att man inte når de mål man ställt upp. Det kan också hända att vi når en naturlig brytpunkt, en milstolpe, eller att vi möts av krav på förändringar vad gäller till exempel de arbets-

uppgifter, den yrkesroll eller den arbetsorganisation vi ingår i.

Denna typ av händelser är dock knappast tillräckliga för att etablerade rutiner ska brytas och för att ett utvecklingsinriktat lärande ska initieras (Ellström, 2002). Vad som krävs är dessutom olika typer av stöd och resurser för lärande. Detta inte minst för att skapa den trygghet och tillit som är nödvändig för att balansera den osäkerhet och oro som varje mer genomgripande förändring innebär för individer och kollektiv (Schein, 1988). Här har ledningen en viktig roll för att aktivt stödja och stimulera de anställda att engagera sig i lärande- och utvecklingsaktiviteter kopplat till det dagliga arbetet (Rönnqvist, 2001; Skule & Reichborn, 2002). Med andra ord, vi bör inte förvänta oss att de möjligheter till lärande och utveckling som finns i ett visst arbete kommer att realiseras med något slags automatik. I stället krävs ett brett spektrum av uthålliga utvecklingsinsatser.

Här kommer också frågor om tid in i bilden. Vad betyder tillgång på tid för möjligheterna till ett utvecklingsinriktat lärande i vardagen? Det finns ett betydande forskningsmässigt stöd för att ett utvecklingsinriktat lärande kräver särskilda resurser och till och med ett visst överflöd ("slack") för att inte drivas ut av den mer rutinmässiga verksamhetens krav (Axelsson, 1996; March, 1991; March & Simon, 1958). Tid och andra "objektiva" resurser för lärande är dock inte tillräckligt. Som berörts ovan krävs även en subjektiv medvetenhet hos såväl ledning som anställda om de möjligheter till lärande som arbetet kan erbjuda, och om hur dessa möjligheter kan tas tillvara. Som visats i en nyligen publicerad studie kan denna typ av subjektiv medvetenhet om möjligheterna till och värdet av lärande visa sig vara viktigare än de "objektiva" tidsresurser som står till förfogande – man hittar helt enkelt den tid som krävs inom tillgängliga ramar (Fenwick, 2003). I detta perspektiv blir det en central uppgift för ledningen att betona betydelsen av lärande – att sätta dessa frågor på dagordningen – samt att skapa inte minst de pedagogiska insatser som krävs

för att öka medvetenheten om och förmågan att tillvarata de möjligheter till lärande som finns i det dagliga arbetet.

AVSLUTANDE KOMMENTARER

Att vi hela tiden gör erfarenheter i vårt samspel med omgivningen, innebär inte nödvändigtvis att vi också lär oss något av dessa erfarenheter (Brehmer, 1980; Ellström, 1992). För att vi ska lära av erfarenheter krävs, som en av flera förutsättningar, att vi har kunskaper som hjälper oss att identifiera, tolka och reflektera över den information som erfarenheten ger oss. Vi har således ett slags moment 22-situation. Erfarenhetsbaserat lärande förutsätter att vi har tillgång till begrepp och kunskap som hjälper oss att lära av de erfarenheter som vi gör. Samtidigt visar det sig redan för måttligt komplexa uppgifter vara mycket svårt för individen att utveckla begrepp och kunskaper på basis av erfarenhet.

En slutsats av detta är att erfarenhetslärandet så att säga inte kan stå på egna ben, utan förutsätter någon form av "kognitivt stöd" (Ellström, 2001). Detta stöd kan exempelvis ta formen av formella utbildningsinsatser. Dessa bör då inriktas på att främja kunskapsutveckling i relation till problem och företeelser i det dagliga arbetet. För att detta ska kunna ske på ett återkommande sätt är det värdefullt att skapa tillfällen för erfarenhetsutbyte och reflektion i det dagliga arbetet. Verksamhetens aktörer ges då möjligheter att distansera sig ifrån och kritiskt granska den dagliga verksamheten, i mindre grupper och kanske under handledning. För en mer ingående diskussion av betydelsen av att ge olika typer av utbildningsstöd för erfarenhetsbaserat lärande samt hur detta stöd kan organiseras hänvisas till Svensson, Jakobsson & Åberg (2001) samt till Svensson, Ellström & Åberg (2004).

REFERENSER

- Adler, P. S. & Cole, R. E. (1993). Designed for learning: A tale of two auto plants. *Sloan Management Review*, 34, 85–94.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning*. Reading: Addison Wesley.
- Axelsson, B. (1996). *Kompetens för konkurrenskraft*. Stockholm: SNS Förlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Barnett, R. (1999). Learning to work and working to learn. I: D. Boud & J. Garrick (Eds.) *Understanding Learning at Work*. London: Routledge.
- Berner, B. (1999). *Perpetuum Mobile? Teknikens utmaningar och historiens gång*. Lund: Arkiv förlag.
- Brehmer, B. (1980). In one word: not from experience. *Acta Psychologica*, 45, 223–241.
- Cross, P. K. (1981). *Adults as Learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Demartini, J.R. & Whitbeck, L.B. (1987). Sources of Knowledge for Practice. *The Journal of Applied Behavioral Science*. Vol 23, No 2 219–231.
- Dewey, J. (1933). *How we think. A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston: D. C. Heath & Co.
- Dreyfus, S. E. och Dreyfus, H. L. (1986). *Mind over Machine*. Oxford: Basil Blackwell.
- Ellström, E. & Ekholm, B. (2001). *Lärande i omsorgsarbete. En studie av hemtjänsten som lärandemiljö*. Linköping: Linköpings universitet, CMTO Research Monographs.
- Ellström, P.-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och perspektiv*. Stockholm: Norstedts.
- Ellström, P.-E. (1996). Rutin och reflektion. I: P.-E. Ellström, B. Gustavsson & S. Larsson, (red.) *Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P.-E. (2001). Integrating Learning and Work: Conceptual Issues and Critical Conditions. *Human Resource Development Quarterly*, 12, 4.
- Ellström, P.-E. (2002). Time and the Logics of Learning. *Lifelong Learning in Europe*, 2, 86–93.
- Ellström, P.-E. (2005). Two Logics of Learning. In: E. Antonacopoulou, et al (Eds.) *Learning, Working and Living. Mapping the Terrain of Working Life Learning*.

New York, NY: Palgrave Macmillan.

Ellström, P.-E. & Kock, H. (1993). *Kompetensutveckling i offentlig verksamhet. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Civildepartementet Ds 1993: 65. Allmänna förlaget.

Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding. An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research*. Helsinki: Orienta Konsultit Oy.

Engeström, Y. (1994). *Training for change: New approach to instruction and learning in working life*. Geneva: International Labour Office (ILO).

Engeström, Y. (1999). Innovative learning in work teams: Analyzing cycles of knowledge creation in practice. In Y. Engeström, R. Miettinen, & R.-L. Puna-mäki (Eds.), *Perspectives on activity theory* (pp. 19–38). New York: Cambridge University Press.

Fahlström, G. (1999). *Ytterst i organisationen. Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg*. Uppsala: Diss. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.

Fenwick, T. J. (2003). Professional Growth Plans: Possibilities and Limitations of an Organizationwide Employee Development Strategy. *Human Resource Development Quarterly*, 14, 1, 59–77.

Gersick, C. J. G. & Hackman, J. R. (1990). Habitual Routines in Task-Performing Groups. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 47, 65–97.

Giddens, A. (1986). *The Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press.

Helms Jørgensen, C., & Warring, N. (2002). Lärning på arbetsplatsen. In: K. Illeris (Ed.), *Udspil om læring i arbejdslivet*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Josefson, I (1992). *Tankar om läkares yrkeskunnande*. Stockholm: Landstingsförbundet

Klein, G. A., Orasanu, J., Calderwood, R. & Zsombok, C. (Eds.) (1993). *Decision Making in Action: Models and Methods*. Norwood, N.J.: Ablex Publ. Co.

Kohn, M. L., & Schooler, C. (1983). *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, N. J.: Ablex Publishing Co.

Kvernbekk, T. (1995). Om erfaringstyranni og teori-tyranni. *Nordisk Pedagogik*, 2, 88–96.

Landsorganisationen (2003). *Innovation och arbetsliv. Innovationspolitik som engagerar de anställda i förnyelsen av produktionen*. Stockholm: LO.

Langer, E. J. (1989). Minding Matters: The Consequences of Mindlessness-Mindfulness. *Advances in*

Experimental Social Psychology, 22, 137–173.

Larsson, S., Alexandersson, C., Helmstad, G., & Thång, P.-O. (1986). *Arbetsupplevelse och utbildnings-syn hos icke facklärd*. Göteborg: Göteborg Studies in Educational Sciences 57.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Levitt, B., & March, J. G. (1988). Organizational learning. *Annual Review of Sociology*, 14, 319–340.

March, J. G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2, 1, 71–87.

March, J.G. & Simon, H.A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.

McGrath, R. G. (2001). Exploratory learning, innovative capacity, and managerial oversight. *Academy of Management Journal*, 44, 1, 118–131.

Nordhaug, O. (1994). Structural learning barriers in organizations. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 38, 299–315.

Norros, L. (1995). An orientation-based approach to expertise. In: J.-M. Hoc, P. C. Cacciabue & E. Hollnagel, *Expertise and technology: Cognition and human-computer interaction* (pp. 141-164). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Olsen, S. E. och Rasmussen, J. (1989). The Reflective Expert and the Pre-novice. In: L. Bainbridge & S. A. Ruiz Quintanilla (Eds.). *Developing Skills with Information Technology*. Chichester: John Wiley & Sons.

Pettigrew, A. M., Hendry, C. och Sparrow, P. R. (1988). *Training in Britain. A Study of Funding, Activity and Attitudes. Employers' Perspectives on Human Resources*. London: Training Agency, HMSO.

Rubenson, K. (1996). Livslångt lärande – mellan utopi och ekonomi. In: P.-E. Ellström, B. Gustavsson, & S. Larsson, (red.) *Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Rönnqvist, D. (2001). *Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En studie av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården*. Linköping: Linköping Studies in Education and Psychology No. 81. Linköping University, Dept. Of Behavioural Sciences.

Sandberg, J. (1994). *Human competence at work: An interpretative approach*. Göteborg, Sweden: BAS Förlag.

Schein, E. H. (1988). *Organizational Psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

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

Skule, S., & Reichborn, A. N. (2002). *Learning-conducive work. A survey of learning Conditions in Norwegian workplaces*. Cedefop Panorama series; 30. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Svensson, L., Jakobsson, E., & Åberg, C. (2001). *Utvecklingskraften i nätverk. Om lärande mellan företag*. Stockholm: Santérus Förlag.

Svensson, L., Ellström, P.-E., & Åberg, C. (2004). Integrating Formal and Informal Learning: A Strategy for Workplace Learning. *Journal of Workplace Learning*, 16, 8, 479–491.

Säljö, R. (1992). Språk och institution: den institutionaliserade inläringens metaforer. I S. Selander (1992) (red.) *Forskning om utbildning*. Stockholm: Symposion.

Thunborg, C. (1999). *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Linköping: Linköping Studies in Education. Department of Education and Psychology.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected. Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey-Bass.

Volpert, W. (1988). *What working and learning conditions are conducive to human development*. Paper presented at the Swedish-German Workshop on the Humanization of Working Life, October, 1988, Arbetsmiljöfonden, Stockholm.

2.3 KAN ERFARENHETS- BASERAD KUNSKAP ANVÄNDAS SOM BESLUTSUNDERLAG?

(sammanfattning av gruppdiskussion)

Gruppdeltagare: Catrine Jacobsson, gruppleddare, Maria Eiman, Birgitta Engström, Katarina Göransson, Else-Marie Jarl, Maria Skyvell-Nilsson, Birgitta Wireklint Sundström

VAD ÄR DET UNIKA I DEN ERFARENHETS- BASERADE KUNSKAPEN – SOM LIGGER TILL GRUND FÖR BESLUT?

Den komplexa verksamhet som innefattar människovårdande arbete utgörs till stor del av undantagen, mångfalden, det subtila och det komplicerade. Detta innebär ett stort ansvar och stora påfrestningar för vårdarna samtidigt som arbetet ofta upplevs stimulerande och positivt. Vi menar att reflektionen har betydelse för utbyte av erfarenhetsbaserad kunskap i de vårdsituationer som upplevs krävande och till och med som en börda. Detta kan utgöra ett unikt sätt att ta tillvara erfarenheter och granska vårdpraktiken, vilket i en positiv vårdmiljö skulle kunna bli en möjlighet till lärande för sjuksköterskor och samtidigt ett sätt att växa och utvecklas. Ellström (2005) tar i sin presentation upp den formella utbildningen, där den teoretiska kunskapen beskrevs som otillräcklig för praktisk tillämpning men har sitt självklara värde genom att formulera en begreppsapparat och utgör därmed en nödvändighet för att behärska elementära principer och regler. Ett antal författare exempelvis Josefson (1992) och Kvernbekk (1995), menar att teoretisk utbildning till stor del handlar om att lära sig generella likheter medan det praktiska handlandet utgår från

olikheter eller som vi i gruppen benämnde "variationer i vårdssituationerna". Detta får också stöd i det resonemang som Pilhammar Andersson har i sin presentation utifrån ett antal intervjustudier (Skyvell Nilsson, et al., 2005, Campell, et al., 2004). Studierna visar bland annat att erfarenhetsbaserad kunskap byggs genom att man varit delaktig i och sett många fall och situationer som läggs till personlig mognad, teoretisk kunskap och förhållningssätt. Detta stöder det tidigare resonemanget om att den direkta patientkontakten/vårdpraktiken är en nödvändighet för att utveckla erfarenhetsbaserad kunskap och därmed en unik möjlighet. Intervjustudierna (Skyvell Nilsson, et al., 2005, Campell, et al., 2004) visade också att erfarenhetsbaserad kunskap värderas högt av vårdpersonalen och krävs för att klara vårduppgifterna. Wireklint Sundström (2005) visar att erfarenhetsbaserad kunskap ur ett vårdvetenskapligt perspektiv präglas av en oreflekterad och "naturlig hållning" när det gäller bedömning och vård av patienter inom ambulanssjukvård.

ERFARENHET FRÅN UNIKA VÅRDSITUATIONER

Teoretisk kunskap som bygger på vetenskap är generell och modeller/teorier är i viss mån förenklingar för att kunna förstå och förklara företeelser och fenomen. Det som karakteriserar erfarenhetsbaserad kunskap är att få tillgång till den erfarenhet som utvunnits i unika och komplexa vårdssituationer. Det var stor överensstämmelse i gruppen om att ett sätt – en metod för att göra den erfarenhetsbaserade kunskapen tillgänglig är genom ett systematiskt reflekterande över vårdpraktiken. Genom reflektion över vårdssituationer, ta ett steg tillbaka, i distans till händelsen reflektera över gjorda val, och utvärdera konsekvenserna av fattade beslut och utförda handlingar, kan vi få tillgång till och se andra dimensioner i vårdssituationer. Därmed erhålls en beredskap inför liknande situationer. Om man förutsätter att bedömningar som grundlägger beslut också innehåller dimensioner av detta slag, så menade gruppen att den enskilde

vårdarens inställning till erfarenhet troligen har stor betydelse för hur lärandet ges utrymme i vårdandet. Forskning har visat att sjuksköterskor i sin handledning av studenter kan levandegöra ett lärande genom att vara explicita beträffande sin egen hållning till vårdandet, och närmare bestämt genom det reflekterande sätt på vilket de närmar sig patienten och utför bedömning och beslut (Wireklint Sundström, 2005).

Begreppen öppenhet/nyfikenhet/mod/ork och vilja lyftes som viktiga aspekter i ett förhållningssätt som är nödvändigt för ett sådant lärande och för utveckling av erfarenhetsbaserade kunskaper. Detta kan tolkas utifrån diskussionen som Ellström för om ifrågasättande och kritiskt prövande av sitt förhållningssätt och vilja att förändra som viktiga förutsättningar för det utvecklande lärandet. Det talar å ena sidan för behovet av rutinisering och struktur, och å andra sidan för kravet på avlärande av tidigare etablerade mönster för att ha en öppenhet som kan skapa förutsättningar för nya mönster i tanke och handlande. Reflektion ansåg gruppen vara en förutsättning för ett kritiskt förhållningssätt till egna och andras attityder i vårdarbetet, något som ingår i ett professionellt förhållningssätt.

GÖR TYST KUNSKAP MINDRE TYST

Diskussionen kom också att beröra vikten av trygghet hos sjuksköterskorna i beslutsfattande och vad som bildar underlag för besluten. Vad vet vi om resultatet/effekterna av olika vårdinsatser och förhållningssätt? Återkopplingen är ofta ofullständig i en hälso- och sjukvård som allt mer går i ett högt tempo, med korta vårdtider och där resultaten först visar sig i annan "vårdnivå". Ellström beskriver betydelsen av att skapa trygghet och tillit i vårdmiljön som en stödjande nödvändighet för att balansera osäkerhet och oro i svåra vårdssituationer.

Avslutningsvis diskuterades standpunkten att erfarenhetsbaserat lärande inte kan stå på egna ben och vår diskussion berörde också detta faktum. Det krävs stödfunktioner för att skapa tillfällen för erfarenhetsutbyte

och reflektion över vårdpraktiken som den visar sig. Dessa skulle då vara ett sätt att skapa större trygghet i handlande. För detta kan man också få stöd hos Pörn (1989) som talar om omdömeskunskap. Pörn menar att omdömeskunskapen krävs för att man ur en mångfald alternativ ska kunna välja de insatser som är mest lämpliga i en viss situation. Det tyder återigen på att genom tillgång till och reflektion över alternativa insatser i vårdpraktiken kan omdömet och tryggheten successivt förbättras. Om den erfarenhetsbaserade kunskapen genom reflektion kan bli tillgänglig och kritiskt granskas, så skulle den också på ett bättre sätt bidra till det underlag som utgör grunden för ställningstaganden i vårdens praktik. Den skulle troligen underlätta integrering mellan teori och praktik och kanske också vara ett sätt att förstärka god vård som ska vila på såväl vetenskap som beprövad erfarenhet.

Möjligheten för den erfarna vårdaren att ha ett handlingsschema att utgå ifrån, vilket man skulle kunna benämna "rutiner", diskuterades. Dock innebär inte detta att man tänker i termer av rätt eller fel. Den erfarna vågar även göra avsteg från det rutinmässiga. Detta talar för nödvändigheten av att erfarenhetsbaserad kunskap behöver kunna kommuniceras bättre, värderas och därmed också utgöra underlag för beslut, eller uttryckt på ett annat sätt, "göra den tysta kunskapen mindre tyst".

VILKA MÖJLIGHETER OCH HINDER

UTGÖR ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING?

Gruppen återkom ofta till vad som underlättar och försvårar lärande som bygger på erfarenhetsbaserad kunskap. Dels lyftes komponenter på det personliga planet fram (individens), dels dimensioner på den organisatoriska nivån (arbetsgivare, ledarskapet, medarbetare, såväl egen yrkeskategori som annan) för förståelsen av vilka förutsättningar som krävs för att genomföra systematisk

reflektion. De personliga egenskaper som nämndes som viktiga förutsättningar var (som tidigare nämnts) framförallt ett förhållningssätt; mod att våga vara reflekterande kring kunskap och erfarenhet, sin egen såväl som andras, nyfikenhet, verktyg att värdera teoretisk kunskap, att orka (i motsats till trötthet/uppgivenhet), att vara uppmärksam, ha vakenhet och kunna se det generella såväl som det specifika.

Egenskaper som utgör hinder för att utveckla erfarenhet till erfarenhetsbaserad kunskap kan exempelvis vara att individen inte känner någon lust att reflektera över sina beslut, att individen har tröttnat och är nöjd med att göra sina arbetsinsatser på sitt sätt. Det kan också handla om att inte ha lämpliga redskap för att reflektera kring sitt arbete. Dagens korta vårdmöten kan också utgöra ett hinder för reflektion. Om man inte kan se konsekvenserna av sitt handlande (man får ingen återkoppling), hur kan man då reflektera över beslutet i sig och dess följd hos den som vårdats?

STÖDJANDE VÅRDMILJÖER

En tillåtande och stödjande vårdmiljö där lärandet ges utrymme förutsätter öppenhet från såväl organisation (arbetsledare/givare med flera) som kollegor. Detta uttryckte gruppen som betydelsefullt för att skapa en trygg miljö för reflektion över gjorda erfarenheter från specifika vårdsituationer. Det framkom också att en avgörande dimension som styr möjligheten till reflektion, och därmed stödjer eller försvårar utbyte av erfarenhet, kan vara om tid saknas eller inte ges. Ellström visade i sin presentation att det finns ett uttalat stöd i forskning för att ett utvecklingsinriktat lärande i vardagen kräver särskilda resurser och till och med ett visst överflöd av tid. Enbart tid är dock inte tillräckligt för det utvecklingsinriktade lärandet. Andra resurser krävs också, som till exempel en medvetenhet på alla nivåer och strategier för hur det erfarenhetsbaserade lärandet kan tillvaratas i vårdorganisationen. Tiden är ofta en bristvara i dagens vård, och man kan fundera över hur

till exempel systemet med anmälningsplikt till Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan tänkas påverka möjligheten hos den enskilda vårdaren till reflektion i grupp. Utöver att vara tillåtande till reflektion och skapa tid, behöver också organisationen visa att den uppmuntrar reflektion, något som kan premieras på olika sätt (till exempel vid utvecklingsamtal och lönesamtal, genom att ge ett ökat ansvar med mera). Om organisationen inte är tillåtande kan det finnas risk för att den erfarenhetsbaserade kunskapens tillgänglighet och utveckling avstannar. Medarbetare kan då i stället för att känna ork och vilja, känna trötthet och uppgivenhet. Andra hinder kan vara ett ifrågasättande av nyttan/nödvändigheten av reflektion bland medarbetarna/arbetskamraterna. Ytterligare exempel på hinder för kollegial reflektion kan vara förändringen i sättet att genomföra dokumentation och rapportering. Tidigare kunde muntliga rapporter utgöra ett tillfälle för reflektion i det kollegiala sammanhanget, men med dagens system för rapportering kan det vara svårare, även om personlig reflektion kan uppstå när man dokumenterar, men då begränsas den till självreflektion.

EVIDENT KUNSKAP

Norberg diskuterar i sin presentation (kap 3.3) att samvetsgrann tillämpning av evident kunskap (där erfarenhetskunskap ingår) förutsätter moralisk dygd. Hon hänvisar till Eurat (1994) som beskriver olika sätt att arbeta. Ett sätt är att arbeta överlagt, att tänka efter och resonera med sig själv och andra. Framförallt är det betydelsefullt att ta del av patienters berättelser (se kap 3.1). Sådana berättelser borde vara en väsentlig del i att utveckla erfarenhetsbaserad kunskap som ska leda till beslut i patientvården. En samlad kunskapsbas om hur ett antal patienter har upplevt en viss aspekt (ett visst fenomen) borde underlätta en öppenhet för andra patienters upplevelser och då även att se den person som finns framför vårdaren i den enskilda vårdssituationen. Norberg beskriver

också utifrån Eurat (1994) att ett överlagt/analytiskt arbetssätt förutsätter både någon vetenskap/teori och erfarenhet. Den tredje aspekten som krävs för detta arbetssätt är tid. I gruppens diskussion framkom tydligt att möjligheten att avsätta tid för gemensam reflektion och handledning är en betydelsefull förutsättning, vilket enligt ovan dessutom skulle vara en förutsättning för att utveckla dygder.

UTMANING FÖR UTBILDNINGEN

Den personliga inställningen till reflektion och förståelsen för dess betydelse för beslutsfattande kan till viss del grundläggas under utbildningstiden. Men det är inte säkert att utbildningens och kommande arbetsgivares bild och förståelse för behovet av reflektion stämmer överens, något som kan vara svårt för den oerfarna vårdaren att anpassa sig till. Som exempel kan nämnas utbildningens krav på att blivande sjuksköterskor ska kunna skriva en uppsats på C-nivå, vilket bland annat innebär ett kritiskt förhållningssätt till vetenskaplig kunskap, medan arbetsgivaren i huvudsak är intresserad av att få en praktiker och den vetenskapliga kompetensen får en underordnad betydelse. Här har utbildningarna en utmaning att leva upp till de krav som ställs på utbildningen, men också att förbereda studenterna på deras kommande yrke, så att de kan få realistiska förväntningar på sig själva som vårdare. Arbetsgivaren har också ett ansvar att ta till vara individens kunskaper och ge dem möjlighet att utveckla dessa. Arbetsgivarna har en skyldighet att inte enbart se en ny sjuksköterska som någon som fyller en vakans, de måste också ge möjligheten att tillvarata kunskaper och därmed ge förutsättningar för medarbetare att vidareutvecklas i sitt yrke. Inte minst på grund av det ständigt ökande informationsflödet som yrkesverksamma, enligt lag, är skyldig att hålla sig uppdaterad om. Det kan vara en del i att utveckla den erfarenhetsbaserade kunskapen; att ta in ny kunskap från nya rön/ny vetenskaplig kunskap och förankra den med

kunskapen som utvecklas genom att se variationerna i vårdpraktiken.

YTTERLIGARE REFLEKTIONER

Vår strävan att bedriva individuell vård i praktiken och utgå från den enskildes perspektiv och förståelse av sin situation som lyftes fram i Lundmans (2005) presentation, behöver troligen oftare bli föremål för reflektion. Genom att ta del av patienters berättelser kan man utveckla förmågan till personlig förståelse av sjukdom. Att tydliggöra den erfarenhetsbaserade kunskapen kan också vara ett instrument i denna sträva. Genom att studera professionella vårdgivares erfarenhetsbaserade kunskaper kring en patientgrupp eller ett specifikt vårdbehov, kan den unika ("tysta") kunskapen kring hur de individuella variationerna bland patienter påverkar professionella ställningstaganden, tydliggöras. Studie gällande erfarenhetsbaserad kunskap (Skyvell Nilsson, et al., 2005) visar, att de med längre erfarenhet utvecklat ett förhållningssätt gentemot patienten som innebär en större förmåga att ta del av patientens livssituation. De ser patientens sjukdom och behandling i ett vidare perspektiv, än de som har kortare erfarenhet. Med ett antagande om att en sådan kunskap ligger till grund för de beslut som tas i en specifik vårdssituation, finns det anledning att studera erfarenhetsbaserad kunskap närmare. Sådan erfarenhetsbaserad kunskap kan vara av betydelse för att beskriva variationer i behandlingsstrategier och bemötande för såväl olika grupper (kön, åldrar) som för individer.

INRE DIALOG

I ett utdrag ur *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård* presenterar Wireklint Sund-

ström (2005, s 129) en didaktisk idé om hur erfarenheter från vårdssituationer kan utgöra underlag för lärande reflektion.

En vårdssituation som synliggjorde hur vårdarens arbetssituation plötsligt förändrades och fick en hotfull karaktär, uppstod då hämtadressen var häktet på polis- huset. Vårdaren gick fram till den väntande mannen som fanns i ett mycket litet rum. Dörren stod öppen och en vaktande polisman fanns utanför. Vårdaren hälsade på patienten och berättade att de hade kommit för att ta med honom till sjukhuset. Patienten, som fortfarande inte var helt nykter, gav ett slags "mummel" till svar och uppvisade ett argt ansiktsuttryck. Eftersom patienten var för omtöcknad för att på egen hand gå till ambulansen tog vårdaren honom i armen. Patienten blev i samband med beröringen "fullständigt galen" och träffade vårdarens överarm med ett kraftigt slag. Efter en kort "kamp" följde patienten med till ambulansen. Den hotfulla situationen inne i häktet övergick till en mer vanlig bedömnings-situation inne i ambulansen. Vårdaren hade vid denna bedömnings- och vårdssituation stora svårigheter med att vara en engagerad vårdare i mötet med patienten, vilket bland annat synliggjordes i att samtalet med patienten blev fåordigt. Hos vårdaren fanns det, till och med, en känsla av att patienten "utnyttjade ambulansen" i syfte att få komma ut i det fria för att därigenom kunna återuppta sin "hobby"¹.

Det empiriska exemplet kan leda till flera didaktiska reflektioner. Tidigare forskning har visat att vårdare som klarar av att möta våldsamma patienter, genom en inre dialog prövar olika sätt att förstå hotfulla situationer². Samma forskning har tydliggjort att förmåga till ett gott bemötande i dessa och liknande situationer bland annat förutsätter att erfarenhetskunskapen blir tydliggjord och utsätts för reflektion. Det är genom en didaktik där en "inre dialog" uppmuntras och stöds

1. Detta berättade vårdaren i det uppföljande fältsamtalet.

2. Carlsson G.2003. *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld inom psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling. Växjö universitet.

som vårdaren eller studenten således får redskap för en eftertänksam bedömning i ambulanssjukvård.

HANDEDARENS BETYDELSE

Att stimulera den lärande till reflektion, som kan leda till djupare förståelse för patientens specifika situation och att samtidigt kunna särskilja sina egna känslor och reaktioner blir särskilt värdefullt, men är också särskilt problematiskt, i vårdsituationer då vårdaren inte är väntad och kanske inte ens önskvärd. I relation till vårdandets meningssammanhang och vårdarens vilja att hjälpa, kan det då skapas en paradoxal upplevelse, inte minst för en student. Dessutom syftar handledningen till att studenten också framgent, i motsvarande sammanhang, ska kunna göra medvetna³ val i motsats till att handla impulsivt med utgångspunkt i de känslor som väcks. Ett didaktiskt syfte med handledningen i samband med speciella vård-situationer är således att skapa möjligheter för studenter att kunna utveckla en etisk medvetenhet och en förmåga att hantera det okända och oväntade i stället för att låta sig hotas. Handledaren kan vägleda studenten in i en förståelse för att en professionell vårdare både har kontakt med sina känslor och samtidigt kontroll över dem⁴.

BEHOV AV FORTSATT FORSKNING OCH UTVECKLING

– RELATERAT TILL GRUND FÖR BESLUT

Det var tydligt i diskussionen att det finns ett stort behov av att beforska och lyfta fram den goda och den reflekterade erfarenhetsbaserade kunskapen, men att det är ett svårt område. Det finns behov av kunskapsstöd och ytterligare empiriska studier för att belysa det fält som omfattar den "tysta" erfarenhetsbaserade kunskapen, för att den på ett relevant sätt kan bidra till underlag som

ligger till grund för beslutsfattande i vårdpraktiken (till exempel i underlag för öppna prioriteringar). En viktig fråga som ställdes var: Hur kan vi ta tillvara och utveckla den positiva erfarenhetsbaserade kunskapen? Vilka metoder behövs och finns och ges det förutsättningar att utveckla den erfarenhetsbaserade kunskapen som bas för evidensbaserad vård både i utbildning och i vårdverksamheten?

Avslutningsvis nämndes att det finns ett stort behov av att göra sammanställningar över forskning såväl som av erfarenhetsbaserad kunskap inom vård och omsorg. Sådana sammanställningar kan utgöra underlag för riktlinjer och därmed också underlag för val av insatser, vilka förhoppningsvis kommer vårdpraktiken till godo (jämför Engström, et al.2005). "Bästa praxis" (här avses främst kunskaper från erfarenhet) är inte längre tillräckligt då det bland annat ställs krav på att vårdpraktiken ska vara jämbördig, rättvis, oavsett var eller av vem patienten vårdas. Vården måste grundas på bättre evidensbaserat underlag än "bästa praxis". Diskussioner fördes också om hur kunskap om erfarenhetsbaserad kunskap kan användas i samband med att man väljer handledare för studenter i verksamhetsförlagd utbildning. Tydligare och bättre beskrivning av erfarenhetsbaserad kunskap kan leda till att man blir trygg i sjuksköterskerollen. Detta kan leda till trygghet i beslut, förutsatt att det funnits ett reflekterat förhållningssätt. I annat fall kan en falsk trygghet infinna sig, nämligen att man gör som man alltid gjort, oavsett om detta är bra eller mindre bra beslut för vårdtagaren.

REFERENSER

Banning M. (2005). Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: independent nurse prescribers' views. *Journal of Clinical Nursing*, 14:411–7.

3. Lindström UÅ. 1994. *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm. Liber utbildning.

4. Carlsson G.2003. *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld inom psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling. Växjö universitet.

- Bengtsson J. (2005). *Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap*. Föreläsning vid nationell konferens, SSF, Stockholm.
- Campell A-M, Nilsson K & Pilhammar Andersson E. (2004). *Natten-dagens förutsättning. En studie av natt-sjukvårdspersonalens arbetsförhållanden och arbetsuppgifter*. Rapport 2004.1, Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet.
- Ellström P-E. (2005). *Erfarenhetsbaserat lärande i dagligt arbetet – innebörder och förutsättningar*. Föreläsning vid nationell konferens, SSF, Stockholm.
- Engström B, Nilsson R & Willman A. (2005). *Omvårdnad vid stroke. State of the Art*. Svensk sjuksköterskeförening. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Eurat M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falme.
- Josefsson I. (1992). *Tankar om läkares yrkeskunskande*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Kvernbekk T. (1995). Om erfaringstyran och teorittyranni. *Nordisk Pedagogik*, 2, 88–96.
- Lundman B. (2005). *Personalens erfarenhet och patienters erfarenhet*. Föreläsning vid nationell konferens, SSF, Stockholm.
- Norberg A m.fl. (1992). *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.
- Norberg A. (2005). *Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till en evidensbaserad kunskap*. Föreläsning vid nationell konferens, SSF, Stockholm.
- Pilhammar Andersson E. (2005). *Erfarenhetsbaserad kunskap – en del av vården*. Föreläsning vid nationell konferens, SSF, Stockholm.
- Pörn I. (red.).(1989). *Critical essays*. Helsingfors: Acta philosophica Fennica.
- Skyvell Nilsson, M, Knutsson A, Samuelsson B & Pilhammar Andersson E. (2005). *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap*. Rapport: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västra Götalandsregionen.
- Wireklint Sundström B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Akademisk avhandling, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbetet, Växjö universitet.

3. PATIENTENS OCH VÅRDGIVARES ERFARENHETSKUNSKAPER I RELATION TILL EVIDENSBASERAD KUNSKAP

3.1 PATIENTENS OCH PERSONALENS ERFARENHETER

(föredrag)

Berit Lundman, legitimerad sjuksköterska, professor, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

INLEDNING

Vetenskaplig kunskap är ofta baserad på empiriska studier, men kan också baseras på teorier som testas. Innebörden i levd erfarenhet förmedlas bäst genom berättelser. Genom metodisk och systematisk analys av berättelser kan människors erfarenhet bli till vetenskaplig kunskap. Olika sätt att förstå sjukdom är i grunden en fråga om vilken förståelse av världen vi har, där en viktig distinktion är teoretisk förståelse kontra levd erfarenhet. Teoretisk förståelse bygger på logiska slutsatser medan levd erfarenhet förmedlas genom berättelser. Personalen hämtar sin kunskap framförallt från faktaböcker som bygger på fysiologi och patofysiologi och från teorier om människan i samspel med miljön och med andra. Personalen hämtar också sin kunskap ur erfarenhet av egen eller närståendes sjukdom eller ohälsa. Personer som har en sjukdom skaffar sig också faktakunskap om sjukdomen och använder egen erfarenhet. Både patienter och personal har således erfarenhetsbaserad kunskap, ibland

delas perspektivet, men många gånger har de olika förståelse av situationen. I detta avsnitt presenteras olika perspektiv relaterade till förståelse av sjukdom. De perspektiv som belyses är syn på sjukdom respektive upplevelse av att vara sjuk (disease-illness), utifrån- respektive inifrånperspektiv, professionell respektive personlig förståelse av sjukdom och att vara sjuk, samt personliga förståelsemodeller.

DISEASE – ILLNESS – SICKNESS

Inom vården kan det vara nödvändigt att skilja på sjukdom som begrepp och upplevelse av att ha en sjukdom. I engelskspråkig litteratur används begreppet "disease" för att benämna sjukdomar medan "illness" används för att benämna människors upplevelse av att ha en sjukdom och att vara sjuk (Boyd, 2000). "Sickness" speglar ett samhällsperspektiv och motsvaras närmast av sjuklighet. I svenska språket saknas ett enhetligt begrepp som beskriver "illness". Ett exempel på vad denna distinktion kan ha för betydelse i klinisk praxis är i samband med diagnossättandet. För till exempel diabetes-sjukdomen finns klara kriterier. Ett blodsocker som överskrider ett uppsatt gränsvärde innebär att kriterierna är uppfyllda och diabetesjukdom föreligger. Detta behöver inte betyda att personen upplever sig ha en sjukdom. Det kan ta flera år innan personen ser sig själv som en person med diabetes. Den vetenskapliga kunskapen skiljer sig

från erfarenhetskunskapen och den medicinska diagnosen har olika innebörd för olika personer (Koopman & Schweizer, 1999). Att få diagnosen diabetes kan upplevas som en bekräftelse på något som man egentligen redan visste, men kan också innebära en stor katastrof i ens liv (Hörnsten, et al., 2004). Planering av vården blir mycket olika om diagnosen upplevs som något naturligt med tanke på att till exempel många andra i familjen redan har en sjukdom, eller som något förfärligt oförklarligt som drabbat en. Om diagnosen upplevs som en bekräftelse på misstanke eller förvisning om sjukdom så kan omvårdnaden fokusera på åtgärder som behöver vidtas.

UTIFRÅN- RESPEKTIVE INIFRÅNPERSPEKTIV

Ett annat, liknande sätt att beskriva sjukdom från olika perspektiv är att använda begreppen utifrån- respektive inifrånperspektiv, där utifrånperspektivet representerar synen på sjukdomens yttringar baserat på patofysiologiska fakta, medan inifrånperspektivet representerar den drabbades syn på sjukdomen och dess konsekvenser i det dagliga livet. (Thorne & Paterson, 2000). Inifrånperspektivet representerar i hög utsträckning patienters erfarenhetsbaserade kunskap. Båda dessa perspektiv belyses bra i en studie bland personer med reumatoid artrit (Kralik, et al., 2004). Personalen identifierade egenvård som strukturerad patientundervisning, med fokus på sjukdomen, behandling och kontroller. Egenvården ur patienternas perspektiv handlade framförallt om att skapa ordning i tillvaron, vilket beskrevs i teman som att testa gränser, mobilisera resurser, hantera en ny självbild samt att balansera och planera i vardagen.

PROFESSIONELLT RESPEKTIVE PERSONLIGT PERSPEKTIV

Att leva med astma sett ur ett utifrånperspektiv kan beskrivas med utgångspunkt från patofysiologiska fakta och prevention. Ericson och Ericson (2001) beskriver i

sin lärobok omvårdnad vid astma i termer av behov att sanera miljön, undvika irriterande, sluta röka, öka ventilation inomhus, undvika kraftig kroppsansträngning, medicinera regelbundet och att gå på regelbundna kontroller. Råd som förvisso är viktiga och många gånger nödvändiga men ur ett inifrånperspektiv ser bilden av att leva med astma något annorlunda ut. Hansson Scherman et al., (2002) har följt en grupp personer med astma under åtta år och beskriver deras uppfattning av sjukdomen i 14 kategorier. Dessa kategorier som representerar erfarenhetsbaserad kunskap, överensstämmer till viss del med det medicinska perspektivet till exempel att undvika provokation och följsamhet med ordinationer, medan andra speglar en annan förståelse exempelvis alternativ medicin, normalisering, fatalism och prioritera vad som är viktigt i livet just vid tillfället. Författarna sammanfattar sin tolkning som "att vägra vara sjuk".

De olika sätten att beskriva hur det är att leva med en kronisk sjukdom är båda sanna och lika, men ändå olika. Likheterna är att båda utgår från människan som har sjukdomen och de speciella krav detta medför i vardagslivet. Olikheten ligger i att den första beskrivningen utgår från vad som är nödvändigt med utgångspunkt från patofysiologi och faktakunskap om konsekvenser, och kanske erfarenheter från andra patienter i liknande situation. Inifrånperspektivet utgår från nödvändigheten av att förena många olika önskningar och ibland motstridiga krav för att få livet att fungera.

Utifrån- respektive inifrånperspektiv kan också ses som professionell respektive personlig förståelse av sjukdom. Toombs (1992) har med utgångspunkt från erfarenhet av egen långvarig sjukdom analyserat och beskrivit läkares och patientens olika perspektiv på sjukdom. Läkarperspektivet är även överförbart till sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Toombs beskriver upplevelsorna som sprungna ur olika världar, den professionella världen och den sjukes värld. De olika perspektiven skiljer sig enligt Toombs beträffande fokusering, (vad som är i fokus i den aktuella situationen), attityd till sjukdom, relevans, (vad som anses viktigt), och *upplevelse av*

tiden. Toombs är noga med att understryka att det inte finns någon motsättning mellan professioners och patienters perspektiv. Båda är viktiga och sanna. Det väsentliga är att vara medveten om de olika perspektiven och framförallt att medvetandegöra sitt eget perspektiv.

För vårdpersonalen, och speciellt för läkarna, kan fokusering innebära att tolka symtom och fastställa diagnosen, att hitta lösningen på ett pussel. När diagnosen är fastställd är pusslet klart. För patienten kan diagnosen innebära att få en förklaring till symtom, men det kan också handla om att tappa fotfästet och kastas in i en främmande värld: *hur ska det nu gå med mig?* Att gå från att ha varit frisk till att få en långvarig sjukdom kan upplevas som att ta steget från de friskas värld till de sjukas (Söderberg et al., 2001). Att behöva ändra sin självbild kan utgöra ett hot mot identiteten (Morse, 1997).

Beträffande attityden till sjukdomen talar Toombs om personalens mer naturvetenskapliga syn på sjukdomen. Detta kan handla om förväntningar om att patienten ska följa råd om behandling och förändringar i livsstil. Patienten däremot ser ofta sjukdomen utifrån dess konsekvenser i vardagslivet och kan dela personalens uppfattning om vad som behöver göras men kan också prioritera annat.

Vad som är relevant just för tillfället kan upplevas olika. Medicinsk behandling och omvårdnadsåtgärder är ofta fokuserade på olika strategier i ett relativt kort-siktigt perspektiv. För personen som drabbats av en sjukdom eller skada handlar perspektivet om hela livet, eftersom tolkning av nuet sker på basen av erfarenheter om vad som varit och i skenet av förväntningar på framtiden (Norberg, et al., 1992). Att i samband med planering av omvårdnad tala om synen på framtiden, kan ge en bättre förståelse av patientens ställningstaganden.

Toombs beskriver också en kommunikativ gemenskap som en källa till feltolkningar. Personalen och patienten anstränger sig för att försöka förstå varandra, bland annat genom att använda språk som är anpassat

till de förväntningar man tror att andra har. Patienten berättar om vad de tror personalen kan vara intresserad av och personalen frågar om sådant de tror har betydelse för patienten. Ibland blir det bra, ibland talar man förbi varandra.

Eftersom den bild man har av sjukdomen i hög grad inverkar dels på upplevelsen att få en sjukdom eller skada, dels på hur man anpassar sig till situationen så kan det vara av stort värde att försöka sätta sig in i hur patienten förstår i samband med planering av omvårdnaden och vården. Den bild vårdaren får av hur patienten upplever situationen får naturligtvis konsekvenser för förståelse av patientens val av strategier för att hantera sjukdomen.

Betydelsen av olika sätt att förstå belyses i en studie från Texas (Hunt, et al., 1998). Bland personer med typ 2 diabetes och personal ansvariga för deras vård, belyser författarna skillnader i behandlingsmål, strategier och måluppfyllelse. Personalens mål var att få patienten att ändra kost, motionsvanor och ta mediciner som rekommenderats. Fokus var att få patienten att följa rekommendationer. Patienternas mål var att hitta vägar att integrera sjukdomen i det dagliga livet, med fokus på att få livet att fungera, inte främst att få kontroll över blodsockret. God måluppfyllelse enligt personalen handlade om normalt blodsocker, medan dålig måluppfyllelse berodde på brister i egenvården. God måluppfyllelse enligt patienterna handlade om att må bra och känna sig frisk, dålig balans handlade om att sakna kraft och ork. Patienterna ansåg personalens mål som utopier, orealistiska att uppnå och oförenliga med ett fungerande yrkes- och familjeliv. Det finns också svenska studier som visat på svårigheter att förstå varandras intentioner. Utifrån intervjuer med arabisktalande personer med diabetes i Sverige och deras diabetessköterskor beskriver Sale-Statina (2001) att diabetessköterskornas största bekymmer var att få patienterna att följa kostrekommendationerna och patienternas största bekymmer var att få diabetessköterskorna att förstå hur de måste och ville leva. Studien belyser svårigheter som kan uppstå i interaktionen när

den erfarenhetsbaserade kunskapen är olika och inte kommuniceras på ett för båda parter meningsfullt sätt.

PERSONLIGA FÖRSTÅELSEMODELLER

För att bättre förstå patienters syn på sjukdom och orsaksförklaringar till den egna sjukdomen, har begreppet personliga förklaringsmodeller använts. Vanligaste engelska benämningen är "Explanatory models" (exempelvis Dumont et al., 2004) och "Personal model of illness" (exempelvis Hampson, et al., 1995). Lundman och Hörnsten (2002) använder begreppet "personliga förståelsemodeller" eftersom det inte bara handlar om vilka förklaringar personen anammar, utan också på vilket sätt innebörden förstås. Förståelsemodeller anses inte vara medvetet formulerade, heller inte organiserade. De tenderar att förändras över tid och är influerade av individens sociala sammanhang, kultur, etnicitet och erfarenhet av sjukdom. De flesta modellerna omfattar fyra eller fem underliggande dimensioner som berör tankar om orsaker inklusive vad som lett fram till sjukdomen, varför den kom när den kom, konsekvenser på kort och på lång sikt, möjligheter att kontrollera sjukdomen samt syn på sjukdomens utveckling och framtiden.

Merparten av forskning kring personlig förståelse av sjukdom har fokuserat på långvariga sjukdomar som till exempel diabetes (Meetoo & Meetoo, 2005), kronisk obstruktiv lungsjukdom (Weaver, et al., 1997), reumatoid artrit (Dein, 2004), hjärtsvikt (Russel, et al., 1998) men har även studerats i relation till exempelvis cancer (Gregg & Curry, 1994), hälsobefrämjande arbete (Stuifberger, et al., 2005) och reproduktiv hälsa (Ross, et al., 2002).

De flesta studier som belyser personliga förståelseperspektiv eller förklaringsmodeller har genomförts i USA och företrädesvis bland ursprungsbefolkningar som till exempel navajoindianer i Nordamerika (Huttlinger, et al., 1992). Det finns också ett fåtal skandinaviska studier som den personliga förståelsen av diabetes bland tonåringar i Finland (Kyngäs & Barlow, 1995), bland

jugoslaviska immigranter i Sverige (Hjelm, et al., 1999) och personer med typ 2 diabetes i Norrland (Hörnsten, et al., 2004).

Personlig förståelse av diabetes används här som ett exempel på variationer i personlig förståelse av sjukdom (huvudsakligen från Hörnsten, et al., 2004) och vilken betydelse det kan ha vid planering av omvårdnaden. Det finns många beskrivningar på tankar om orsaker till exempel att ha ätit för mycket socker som barn, att ha en rubbning i den inre balansen, att vara överviktig, att diabetes finns överallt, att det är Guds vilja eller beror på någon yttre skada. I de flesta studier anges ärftlighet som en viktig orsak. I flertalet beskrivningar redovisas också tankar om vad som utlöst sjukdomen, till exempel infektioner, stress, mediciner eller något slag mot buken. Att förlägga orsaker till något man själv ser sig kunna påverka innebär större möjligheter till förändring än när orsaken förläggs enbart till arvet eller till arbetsmiljön. Samband mellan att se orsaken i eget agerande och upplevelse av skuld och skam har också beskrivits, vilket i sin tur påverkar anpassning och livskvalitet negativt.

Upplevelse av allvaret i situationen verkar vara kopplad till om man känner sig sjuk eller inte. Många personer saknar specifika symtom på sjukdom, utan konstaterar bara att blodsockret är högt, man har en "disease" men ingen "illness". Synen på konsekvenser av att ha fått diabetes verkar hos andra vara kopplat till synen på sjukdom överhuvudtaget. En identitet kopplad till att vara frisk och stark eller vilja att vara oberoende kan öka känslan av allvar i situationen. För andra kan det vara att diabetessjukdomen kommer som en ytterligare börda bland andra problem som upptar patientens liv. Det upplevda hotet i situationen kan alltså bidra till upplevelse av allvar i situationen, vilket kan resultera i motivation att försöka normalisera blodsockernivån, men också till rädsla och oro.

Det finns mycket varierande syn på möjligheterna att ha kontroll på sjukdomen, från att se det som naturligt att integrera sjukdomens krav i vardagslivet, som en ständigt pågående kamp eller som någonting helt utan-

för den egna kontrollen. Synen på egenvården och eget ansvar kan ställas mot synen på vårdens ansvar. Uppfattningar kan variera mellan att å ena sidan helt ta eget ansvar och inte ha behov av eller tilltro till vården och, å andra sidan, att överlämna sig helt till andra. I vissa fall kan det handla om att överlämna ansvaret för hantering av sjukdomen till hustrun. Andra personer tar många egna initiativ för att uppnå tillfredsställande blodsockerbalans och klarar sig bra med begränsat stöd från vården.

Att skatta vad som är viktigt och tankar om framtiden hör ihop. Upplevelse av att det är viktigt att få en bra ålderdom, med fortsatt aktivt liv och många givande kontakter, kan innebära stark motivation för att vidta åtgärder för att uppnå en tillfredsställande blodsockerbalans, kanske på bekostnad av välbefinnande i dag. Andra däremot kanske tycker att det är bättre att leva "gott" i dag än att få några fler år i framtiden. Att få en förståelse för hur patienten ser på och värderar sin framtid är av avgörande betydelse för planering av vården. Vården blir mycket olika om framtiden upplevs mörk: ... *just nu ser jag ingenting ... jag har ingenting framför mig, allt känns mörkt*, eller mer positivt: ... *jag tror på att det ska komma någonting som kan hjälpa, jag vet inte vad, jag menar jag kanske tror på under*.

Personliga förståelsemodeller liknar i viss mån professionella förklaringsmodeller av sjukdom, men det är också stora skillnader. Ett professionellt perspektiv har traditionellt fokus på diagnos och behandling, har en sjukdomsförståelse baserad på patofysiologi och ser ofta problem utifrån vårdens eller medicinens mål. Detta perspektiv är viktigt och uppskattas också ofta av patienterna särskilt i samband med akuta sjukdomar eller vid förändringar i tillståndet vid långvariga sjukdomar. Personlig förståelse däremot innebär fokus på konsekvenser av det som skett, sjukdomsförståelse utifrån erfarenhet av symtom och tolkning av situationen i skenet av vad som varit och föreställningar om vad som ska komma. Att hjälpa människor att anpassa sig till att leva med en långvarig sjukdom underlättas om det professionella

perspektivet kompletteras med insikt i patientens personliga förståelse av sin sjukdom och bedömning av sin situation.

BETYDELSE FÖR OMVÅRDNAD

Sammanfattat kan man säga att en viktig förutsättning för individualiserad omvårdnad, är att försöka förstå hur patienten förstår sin situation, och då är det en hjälp att använda modeller kring personlig förståelse. Den handlar om att på basen av generell erfarenhet inom olika områden försöka förstå patientens erfarenheter och ställningstaganden. För att kunna få denna förståelse, alltså få del av patienters levda erfarenhet, behöver en annan typ av frågor ställas än de som vanligen ingår vid en omvårdnadsanamnes. Att ställa en annan typ av frågor eller ta del av berättelser innebär ett skifte i perspektiv, där patientens syn på sjukdomen och erfarenhetsbaserade kunskap får en mer central plats. Detta innebär också unika möjligheter att tillsammans med patienten hitta varaktiga lösningar gällande sjukdomshantering som resulterar i både bra anpassning till sjukdomen och ökat välbefinnande för patienten.

REFERENSER

Boyd, K.M. Disease, illness, sickness, health, healing, and wholeness: exploring some elusive concepts. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 2000; 26:9–17.

Dein, S. Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology*, 2004;5:119–24.

Dumont, C., Gervais, M., Fougeyrollas, P., Bertrand, R. Towards an explanatory model of social participation for adults with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2004;19:431–44.

Ericson, E., Ericson, T. *Medicinsk vård och specific omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2001.

Gregg, J., Curry, RH. Explanatory models for cancer among Africa-American at two Atlanta neighbourhood health centres: the implications for a cancer screening program. *Social Science of Medicine*, 1994;39:519–26.

- Hansson Scherman, M., Dahlgren, LO., Löwhagen, O. Refusing to be ill: longitudinal study of patients' experiences of asthma/allergy. *Disability and Rehabilitation*, 2002;24:297–307.
- Hampson, S., Glasgow, RE., Foster, LS. Personal models of diabetes among older adults: Relationship to self-management and other variables. *The Diabetes Educator*, 1995;21:300–307.
- Hjelm, K., Nyberg, P., Isacsson, P., Apelqvist, J. Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, 1999;30:1147–1159.
- Hunt, LM., Arar, NH., Larme, AC. Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. *Western Journal of Nursing Research*, 1998;20:656–682.
- Huttlinger, K., Krefting, L., Drevendahl, D., Tree, P., Baca, E., Benally, A. "Doing the battle": A metaphorical analysis of diabetes mellitus among Navajo people. *American Journal of Occupational Therapy*, 1992;46:706–712.
- Hörnsten, Å., Sandström, H., Lundman, B. Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 2004;47:174–182.
- Koopman, W., Schweizer, A. The journey to multiple sclerosis: A qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 1999;31:17–26.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., Howard, N. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 2004;13:259–267.
- Kyngäs, H., Barlow, J. Diabetes: an adolescent's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 22: 941–947.
- Lundman, B., Hörnsten, Å. Olika perspektiv på sjukdom – omvårdnad vid diabetes baserad på patienters personliga förståelsemodeller. *Hälsan i Centrum*, 2002;2:21–23.
- Meetoo, D., Meetoo, L. Explanatory models of diabetes among Asian and Caucasian participants. *British Journal of Nursing*, 2005;14: 154–159.
- Morse, JM. Responding to threats to integrity of self. *Advances in Nursing Science*, 1997;19:21–36.
- Norberg, A., Axelsson, K., Hallberg, R I., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, SL., Engström, B., Jansson, L., Kihlgren, M. *Omvårdnadens mosaik*. Stockholm: Liber, 1992.
- Ross, JL., Laston, SL., Pelto, PJ., Muna, L. Exploring explanatory models of women's reproductive health in rural Bangladesh. *Culture, Health and Sexuality*, 2002;4: 173–90.
- Russell, CK., Geraci, T., Hooper, A., Shull, L., Gregory, DM. Patients' explanatory models for heart failure and COPD exacerbations. *Clinical Nursing Research*, 1998;7:164–88.
- Sale Stattin, N. *Immigrant patients with diabetes. How they understand, learn to manage and live with their diabetes*. Medical Dissertation. Department of Public and Caring Sciences, Health Services Research, Uppsala University, 2001.
- Stuifberger, AK., Seraphine, A., Roberts, G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 2005;49:122–9.
- Söderberg, S., Lundman, B. Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*, 2001;22:617–631.
- Thorne, SE., Paterson, BL. Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience. *Annual Review of Nursing Research*, 2000;18:3–25.
- Toombs, K. *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physicians and patients*. London: Kluwer Academic Publishers, 1992.
- Weaver, TE., Richmnd, TS., Narsavage, GL. An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 1997;46:26–31.

3.2 (HUR) KAN MORALISK LYHÖRDHET BYGGD PÅ ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP VÄRDERAS OCH BEDÖMAS?

(sammanfattning av gruppdiskussioner)

Gruppdeltagare: Kim Lützen, gruppledare, Helena Alm Tejle, Margareta Billebo, Birgitta Ek, Elizabeth Jansson, Birgit Rasmussen

Frågan om "hur" moralisk lyhördhet byggd på erfarenhetsbaserad kunskap kan värderas och bedömas ger intrycket dels av att moralisk lyhördhet är en positiv egenskap, dels att det finns sätt att värdera och bedöma denna egenskap.

Syftet med denna sammanställning är att försöka problematisera begreppet moralisk lyhördhet och illustrera hur det kan överföras till olika vårdkontexter i termer av en kunskapsbaserad erfarenhet samt på vilket sätt. Förutom en mycket kortfattad beskrivning av begreppets ursprung har de fyra övergripande frågeställningarna för workshopen varit vägledande för gruppens diskussion.

VAD ÄR DET UNIKA I MORALISK LYHÖRDHET UR ETT TEORETISKT PERSPEKTIV?

På engelska används begreppen, *moral sense*, *moral sensing*, *moral sensitivity* och *ethical sensitivity* för att beskriva en känsla eller lyhördhet för den moraliska innebörden i en viss situation, och en känsla som hjälper oss att ta ställning till om handlingar är onda eller goda. På en teoretisk nivå går det att skilja dessa begrepp från varandra vilket kan vara mindre relevant i konkreta

situationer. Aktuell empirisk forskning om etik i vården ger stöd för att moralisk lyhördhet är ett användbart begrepp för att förstå och inta en reflekterande medvetenhet om en annan människas sårbarhet och viljan att göra det bästa för denna person.

Begreppet *moral sense* introducerades av Earl of Shaftesbury (1) på 1700-talet som hävdade att människors (män!) förmåga att skilja mellan rätt och fel styrdes av ett så kallat sinne liknande lukt eller hörsel. Shaftesbury har egentligen inte beskrivit någon teori om *moral sense* men hans syn på moralen var tidstypisk för den moral-intuition-filosofi som var i opposition till rationalisternas syn på moraliska ställningstaganden.

Hutcheson och Hume argumenterade för att det var känslorna som engagerar det moraliska sinnet och *benevolence* (viljan att göra gott) som motiverade människor att offra sina egna önskningar och behov för att göra gott, *justification*, det vill säga argument som används för att försvara eller rättfärdiggöra handlingar. Enligt denna syn på moral är "reflection upon motives is a necessary condition of moral approbation". Med andra ord, reflektion innebär att den kognitiva dimensionen av moralisk lyhördhet är ofrånkomlig och ger möjlighet till att utveckla ett etiskt försvarbart förhållningssätt.

VAD ÄR DET UNIKA

I MORALISK LYHÖRDHET I PRAKTIKEN?

Exempel från vården får visa på hur moralisk lyhördhet, som bygger på erfarenhetsbaserad kunskap, kan visa sig. Följande exempel hämtade från äldrevården illustrerar en situation där patientens integritet hotas och hur moralisk lyhördhet gestaltas:

Personalen på en avdelning för äldreboende enades om att byta ut det gamla möblemanget mot ett nytt. Lisa, en ung undersköterska, fick uppdraget att genomföra möbleringen. Hon var helt uppfylld av sin egen idé, vilket innebar flytt av ett speciellt litet bord som Astrid, (en patient), länge hade tagit till sig som sin egen matplats.

Astrid blev mycket ledsen och vägrade att sätta sig vid sin nya matplats. Lisa blev irriterad och tyckte att Astrid var "jobbig". Pia, ansvarig sjuksköterska, kunde se problemet både från Astrids och Lisas perspektiv. Pia var medveten om och ville upprätthålla Astrids rätt till självbestämmande. Om Lisa envist skulle hålla fast vid sina egna idéer, och få stöd av Pia, skulle Astrids integritet kränkas. Samtidigt ville Pia som arbetsledare värna om Lisas integritet och delaktighet i vårdplanering.

Pia tog upp problemet på en arbetsplatsträff, men avvaktade medvetet Lisas reaktion för att om möjligt väcka hennes egen empati och kunskap. Astrid satt tills vidare och åt på sin rollator. Om det hade varit en situation som krävt snabbare ställningstagande hade Pia använt sin roll som omvårdnadsansvarig och sjuksköterska och bestämt hur borden skulle ställas. Efter två dagar av förmodad eftertanke hos Lisa, försök att göra placeringskort och andra placeringsförslag utan att Astrid blev nöjd och kände sig lugn, gick Pia in och gjorde en bordsplacering som gjorde att Astrid kände sig hemma igen.

Pia var i en mellanposition, som ofta känns igen av sjuksköterskor när de hamnar i en situation där moraliska plikter motsäger varandra. "Hur man än gör så blir det fel!" I stället för att se detta som ett problem kan sjuksköterskan utnyttja sin mellanposition (2). Att se och värdera en konflikt från två olika perspektiv är första steget. Men det är när sjuksköterskan är medveten om hur makten eller mellanpositionen kan användas för patientens bästa, som den moraliska lyhördheten kan omvandlas till en moraliskt medveten handling. Erfarenhet är det "hermeneutiska" instrumentet, alla situationer är unika, men däremot kan erfarenhet av en situation tjäna som vägledning för att hantera liknande situationer.

VAD ÄR DET UNIKA

I MORALISK LYHÖRDHET

SOM ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP?

Etik i vården styrs av normativa värderingar och principer som syftar till att upprätthålla patientens integritet. Respekt för patientens integritet kan ses som en grundläggande vårdetisk princip. Att värna om och se den som okränkbar innebär en medvetenhet eller lyhördhet för situationer som potentiellt kan hota patientens integritet. Ur ett vårdetiskt perspektiv uppstår sådana situationer, med få undantag, i det mellanmännliga mötet. Det paradoxala med etiken är att det ibland saknas godtagbara argument för vad som är moraliskt rätt eller fel när patienten saknar förmåga till självbestämmande eller delaktighet i beslut som berör dennes vård. I dessa situationer kan vårdarens personliga förmåga till moralisk lyhördhet vara av stor betydelse.

MORALISK LYHÖRDHET

SOM FORSKNINGSSÄMNE

I en aktuell studie (3) har tre komponenter av moralisk lyhördhet identifierats: moralisk styrka, moraliskt ansvar och moralisk börda. Moralisk styrka behövs för ställningstagande och handling (till exempel lex Maria) och moraliskt ansvar visar sig genom att man inte "delegerar" bort sina ställningstaganden. Känner man sig ensam i en svår situation eller har skuld känslor kan en moralisk börda medföra negativa konsekvenser.

Däremot kan *erfarenhet* av moralisk börda vara nödvändig för att utveckla den moraliska lyhördheten; – att bli berörd i en svår situation och ha styrka att acceptera denna känsla. Inom vård och omsorg finns flera exempel som kan illustrera detta, framför allt inom psykiatri där exempelvis ett beslut om tvångsmedicinering eller bältesläggning innebär att patientens självbestämmande fråntas. Även om detta görs i medicinskt syfte och beslut

och handling noggrant följer de juridiska lagarna, känns det svårt för personalen. Det vore oroande om denna och liknande situationer inte berörde vårdpersonalen känslomässigt.

SAMMANFATTNING AV HUR MORALISK

LYHÖRDHET KAN VÄRDERAS

OCH UTVECKLAS

Kunskap, reflektion och motivation är viktiga dimensioner av moralisk lyhördhet och kan användas för att värdera och evaluera konsekvenserna av etiska beslut i vården. Erfarenhet av etikens gränsland i svåra vårdsituationer ger dessutom en ökad insikt i att det inte finns enkla svar och kan bidra till en beredskap att hantera denna paradox. Sammanfattningsvis, utifrån en erfarenhetsbaserad kunskap, framträder denna bild av moralisk lyhördhet:

- Moralisk lyhördhet är både en kognitiv förmåga att veta och en "känsla", som kan fungera som en sorts varningssignal.
- Moraliska konflikter är nödvändiga erfarenheter, de både utmanar och utvecklar moralisk lyhördhet och ger nya moraliska kunskaper.
- Moralisk lyhördhet kan visa sig både på individ- och grupp-/teamnivå.
- Det är viktigt att ett genusperspektiv anläggs för att förhindra orättvisa etiska beslut som kan leda till att det ena könet diskrimineras.
- Det bör finnas strategier för att kunna skilja mellan behov av stöd till enskild vårdare och behov av moraliskt stöd på en organisations- och ledarskapsnivå.

BEHOV AV FORTSATT FORSKNING

Begreppet moralisk lyhördhet som erfarenhetsbaserad kunskap väcker många intressanta frågor. Ovanstående sammanfattning kan problematiseras till vetenskapliga frågeställningar och ligga till grund för viktig forskning.

Något som hittills saknas i forskningen, däremot, är patientperspektivet. Med detta menas: Vilka moraliska konflikter upplever patienten själv när han eller hon ska fatta beslut om vård eller behandling? Uttrycket, "jag är ju gammal, låt någon yngre komma först" har vi nog alla hört. Kan ett "altruistiskt" tänkande hos en gammal människa innebära att denna person avstår från eller negligerar sin vård eller behandling? (Hur) kan den moraliska lyhördheten vara värdefull i en sådan situation?

REFERENSER

1. Moral Sense. Dictionary of the History of Ideas. The Electronic Text Centre. University of Virginia Library, 2003.
2. Bishop, A. och Scudder, J. The practical, moral and personal sense of nursing. A phenomenological philosophy of practice. New York. State University Press. 1990.
3. Lützen, K. Dahlqvist, V. Eriksson, S. Norberg, A. Development of the concept of moral sensitivity. Accepted in Nursing Ethics.

3.3 ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP I RELATION TILL EN EVIDENSBASERAD KUNSKAP

(föredrag)

Astrid Norberg, legitimerad sjuksköterska, professor, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Erfarenhetsbaserad och evidensbaserad kunskap är i dag aktuella begrepp. En diskussion förs om den erfarenhetsbaserade kunskapen hotas av den evidensbaserade

och hur de två kunskapstyperna kan förenas. Det är en ny version av den gamla diskussionen om konst och vetenskap inom vården, det vill säga om olika slag av kunskap. Erfarenhetsbaserad kunskap innebär givetvis kunskap som emanerar ur erfarenhet. Vetenskaplig kunskap som bygger på empiriska studier är därmed erfarenhetsbaserad. Man kan se intuition som erfarenhet, med andra ord, termen erfarenhetsbaserad kunskap är mångtydig. När vi talar om erfarenhetsbaserad kunskap som skild från vetenskaplig menar vi ofta kunskap som inte eller ännu inte har kodifierats och uttryckts explicit.

De flesta artiklarna om vård utifrån evidensbaserad kunskap handlar om evidensbaserad medicin. Evidensbaserad sjukgymnastik, evidensbaserad psykoterapi, evidensbaserad omvårdnad etcetera beskrivs också (till exempel Ekeland, 1999; French, 2001; Johansen, 2004; van Meijel et al., 2004). Ett sammanfattade begrepp är evidensbaserad praktik (Banning, 2005).

KUNSKAP

För att kunna ta ställning till relationen mellan erfarenhetsbaserad och evidensbaserad kunskap är det viktigt att ha en uppfattning om vad man menar med kunskap. Kunskap handlar om att kunna förknippa observationer med begrepp. Ett litet barn kan förknippa alla djur med begreppet hund medan större barn lär finare diskrimineringar. Det handlar om att lära diskrimineringar som är adekvata för den verksamhet man är engagerad i. Linde (2001) menar att det är information som kan kodifieras och beskrivas medan kunskap inte existerar skild från den som har kunskapen. Kunskap är inte objektiv. Vi omvandlar information och andra praktiska, estetiska etcetera erfarenheter till kunskap med hjälp av vår kunskap. Information kan överföras utan förlust av integritet. Det krävs dock kunskap för att kunna tolka information. Information blir *inte* kunskap men *ändrar* vår kunskap, som alltid innehåller tysta komponenter (Gonzalez-Arnal & Bur-

wood 2003). Stenmark (2002) menar att kunskap alltid är tyst.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

Begreppen erfarenhetsbaserad kunskap, tyst kunskap, implicit kunskap och praktisk kunskap är delvis överlappande begrepp.

Erfarenhetsbaserad kunskap inordnas alltså under begreppet tyst kunskap som hålls isär från begreppet explicit kunskap (till exempel Linde, 2001). Den tysta kunskapen kan vara av olika slag, exempelvis. social eller fysisk, individuell eller kollektiv (inom en grupp). Ett team kan tillsammans ha den nödvändiga kunskapen för en viss handling (Eraut, 2000).

Vi vet mer än vi kan uttrycka, skriver Polanyi (1983). Det finns många uttryck för tyst kunskap; intuition, "know-how", tumregel, känsla i magen, insikt, förmåga, tro, mentala modeller och praktisk intelligens (Haldin –Herrgard, 2004). Tyst kunskap beskrivs som personlig, abstrakt och svår att uttrycka. Forskare har olika åsikter om i vad mån tyst kunskap kan uttryckas, om den bör kodifieras så den kan uttryckas eller om den förstörs om den kodifieras (för referenser se Haldin-Herrgard 2004). En del kallar kunskap som kan göras explicit för tyst kunskap och kunskap som inte kan göras explicit för implicit kunskap. Det kan finnas olika skäl till att det är svårt att uttrycka tyst kunskap. Vi är ibland inte medvetna om att vi har en viss kunskap, andra gånger finns medvetenheten men det är svårt att finna adekvata uttryck (Eraut, 2000). Om tyst kunskap inte alls eller med svårighet kan uttryckas så är det förstås svårt att sprida den (Linde, 2001). Det kan krävas metoder som imitation och berättelser. Berättelser kan till exempel förmedla berättarens moraliska attityd. De mest effektiva berättelserna är ofta de som är minst explicita. Det finns tyst kunskap som inte kan förmedlas genom berättelser, till exempel hur man cyklar (praktisk kunskap). Ett vanligt exempel på tyst kunskap som inte kan göras explicit är

att vi kan känna igen en persons ansikte i en folkmasa, men vi kan inte beskriva det så att en annan person kan känna igen det. Systematisk handledning av personal kan vara en metod att hjälpa dem att bli medvetna om och uttrycka delar av sin tysta kunskap. Medvetenhet om och uttryck för tyst kunskap är förutsättningar för kritisk granskning av kunskapen. Ett sätt att kritiskt granska tyst verbaliserbar kunskap är dialoger mellan "experter" och författande av konsensusdokument. Men när den tysta kunskapen uttrycks i dokument är den kodifierad och explicitgjord fast inte vetenskapligt utvärderad. Verbalisering av tyst kunskap är ofta startpunkt för forskning inom omvårdnad. Kunskapen som verbaliserats genom intervjuer eller demonstrerats i videoinspelningar kan beskrivas och tolkas genom användning av kvalitativa forskningsmetoder eller beskrivas och utvärderas genom användning av kvantitativa metoder. Explicit kunskap och tyst kunskap är alltså inte helt uteslutande begrepp. Det sker övergångar. När vi repeterar explicit kunskap kan den övergå till tyst kunskap och när vi reflekterar över tyst kunskap kan den övergå till explicit kunskap (Eraut, 2000).

Erfarenhetsbaserad kunskap nedvärderas ofta i vår kultur, vilket kan ha samband med att vi ser kroppen som skild från den förnämre själen enligt Descartes modell. Den tysta kunskapen har ett tydligt samband med kroppen och anses därigenom som mindre värdefull. Lachapelle et al (2003) refererar till Artaud och beskriver erfarenhetsbaserad kunskap som fragmenterad och oorganiserad i motsats till teoretisk kunskap som är logisk, sammanhängande och organiserad. Teoretisk kunskap hjälper oss att distansera oss från våra egna upplevelser och reflektera över dem. När erfarenhetsbaserad kunskap och teoretisk (ofta vetenskaplig) kunskap integreras skapas ny, kanske tyst, kunskap.

All erfarenhetsbaserad kunskap är inte god kunskap. I en dålig vårdmiljö kan vi till exempel internalisera förödande sätt att se på patienter och förhålla oss.

Även den erfarenhetsbaserade omvårdnaden behöver utvärderas (referenser i Herbig, et al., 2001).

EVIDENSBASERAD KUNSKAP (INFORMATION ENLIGT OVAN)

Evidensbaserad medicin startades av den engelske läkaren Archie Cochrane med skriften *Effectiveness and efficiency* (1972). Han menade att läkare i högre grad än som skedde borde basera sina vårdåtgärder på vetenskap. Han var bland annat kritisk mot ett alltför okritiskt bruk av läkemedel. Senare betonade redaktörer i tidskriften JAMA vikten av randomiserade kontrollerade studier och metaanalyser (Anonymous, 1992). Evidensbaserad kunskap bygger på explicit kunskap, det vill säga kunskap som kan kodifieras, värderas och överföras till andra.

David Sackett beskrev som ledare för Centre for Evidence-Based Medicine i Oxford evidensbaserad medicin så här: "Evidence based medicine is a conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Sackett, et al., 1996). Sackett betonade alltså att vi behöver kombinera evidensbaserad medicin och erfarenhetsbaserad tyst kunskap. Det gäller att hitta en balans. Det är viktigt att notera att Sackett inte menade att åtgärder enbart skulle baseras på vetenskap, vetenskapen skulle inte bara kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap utan också med dygder (conscientious) och laglydnad. Liknande synpunkter framför Zarkovich och Upshur (2002) som betonar att evidens baserad kunskap måste kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap, exempelvis med intellektuella och moraliska dygder. Samvetsgrann tillämpning av evident kunskap förutsätter moralisk dygd.

Det finns en hel del kritik mot evidensbaserad medicin. Sackett (2000) betonar exempelvis att forskning

ännu inte visat att evidensbaserad medicin leder till bättre vård. Ekeland (1999) menar att det finns risk att evidensbaserad medicin blir en ideologi. Han åberopar filosofen Hans Skjervheim och framför en farhåga att evidensbaserad medicin innebär en tendens att praxis (resultatet av handlingen ligger inom handlingen själv, exempelvis glädjen att dansa) elimineras till fördel för poiesis (resultatet ligger utanför handlingen, exempelvis bygga ett hus). Man blir mera inriktad på effekter som kvarstår efter behandlingen än på vad som händer under behandlingen. En instrumentell rationalitet tränger undan den kommunikativa rationaliteten. Modellen för handling blir teknisk.

Cohen, Stavri och Hersh (2004) analyserar kritiken mot evidensbaserad medicin. Evidensbaserad medicin bygger, menar de, på naiv empirism. Man förutsätter neutrala teorifria observationer och tar inte hänsyn till de argument som sedan mer än 100 år framförts mot idén att det finns neutrala observationer (till exempel Quine, Kuhn) eller till insikten att vi tolkar det vi ser utifrån vår förståelse (Harari, 2001). Man fokuserar snarare på statistiken i studier än på underliggande teorier om exempelvis patofysiologiska processer (Cohen, et al., 2004). Stora randomiserade kontrollerade studier prioriteras. Evidensbaserad kunskap visar på genomsnitt i grupper snarare än på enskilda personers värden. Problem som hänger samman med små populationer eller som kräver naturalistiska observationer och subjektiva bedömningar negligeras. Worall (2002) ifrågasätter det generella värdet av randomisering. Det innebär problem att tillämpa medelvärden på unika individer och använda generaliserad kunskap lokalt (Kravitz, et al., 2004). Eftersom medicinsk vetenskap ofta är snedvridd avseende kön, så kommer evidensbaserad medicin att upprepa könssnedvridningen (Rogers, 2004). Forskning som använder kvalitativa metoder har länge negligerats. Vi behöver utveckla synen på evidensbaserad praktik och utvidga synen på metoder. Eftersom omvårdnad ges till unika personer och relationen mellan patient och vårdare är central för utfallet av omvårdnaden behöver

vi utvärdera och syntetisera små studier (till exempel Feltham, 2005, Frank, 2004).

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP OCH EVIDENS- BASERAD KUNSKAP (INFORMATION)

När explicit kunskap används i nya sammanhang uppstår ny tyst kunskap. På basis av episodiska minnen uppstår semantiskt minne, abstraktioner (Eraut, 2000). Eraut (1994) menar att det finns ofta ett bristande samband mellan explicita teorier och teorier som kan avläsas i praktisk användning (*theories in use*). Eraut beskriver tre typer av kognition, analys (evidensbaserad praktisk och teoribaserade argument), intuition och eftertanke. Dreyfus modell (1986) (i samarbete med Benner, 1984) beskriver att med erfarenhet ersätts eftertanke (*deliberation*) gradvis med intuition. Den tysta kunskapen beskrivs som tyst förståelse, tysta procedurer och tysta regler. Den erfarna vårdaren som "känner" att något inte är rätt, respektive känns rätt, är exempel på en metakognitiv process (*reflection in action*). Tre sätt att förhålla sig beskrivs, – analytiskt, överlagt och intuitivt. Att arbeta överlagt kan innebära att resonera med sig själv. Analytiskt arbetssätt kräver att det finns vetenskaplig kunskap eller teori och intuitivt arbetssätt kräver att man har relevant erfarenhet. Överlagt arbetssätt passar bäst när man har både någon vetenskap/teori och erfarenhet. Vi handlar inte enbart på det ena eller andra sättet. Rutiner avbryts ofta och vi tänker efter. Det handlar också om vilken tid som står tillbuds, hur komplex situationen är och hur många vi samarbetar med.

Patienter har också en erfarenhetsbaserad kunskap, det vill säga insikter om hur de kan förhålla sig till situation (Caron-Flinterman, et al., 2005). Patienter kan givetvis kombinera sin erfarenhetsbaserade kunskap med explicit kunskap. Nordin (2000) diskuterar hur läkarens expertkunskap kan matchas med patientens kunskap om sig själv. Han menar att det i de flesta fall är patienten som bör fatta beslut om sin egen vård. Det finns risk att experter väljer medel utifrån sin egen kom-

petens som ofta till stora delar är tyst. Den är assimilerad på en omedveten (förmedveten) nivå och visar sig i praktiskt handlande (Pawson, 2003). Ford et al (2003) beskriver EBPC (*evidence-based patient choice*), det vill säga patienten informeras om relevant evidensbaserad kunskap och patient och vårdaren har respekt för patientens preferenser och erfarenhetsbaserade kunskap i det gemensamma beslutsfattandet.

UTVECKLING AV KUNSKAP INOM VÅRDEN

Idén bakom evidensbaserad praktik är att vård ska bygga på vetenskap, vilket inte är någon ny idé. Det nya är att det utvecklas metoder för hur vetenskapens evidens ska fastställas och att det utfärdas riktlinjer om att vård ska vara evidensbaserad. Författare diskuterar vilka samhällsliga fenomen som kan ligga bakom satsningen på evidensbaserad medicin (till exempel Hoggett, 1996; Johansen, 2004). Vården kunde tidigare med framgång bota infektionssjukdomar men klarar inte av livsstilssjukdomar, antalet äldre ökar i befolkningen, nya behandlingsmetoder utvecklas. Det uppstår en kris i vården. Sjukvårdskostnaderna ökar och prioriteringar blir nödvändiga. Informationsutbudet är nu så stort att enskilda vårdare inte kan hänga med i utvecklingen (Gray & Pinson, 2003). Därför behövs hjälp som metodologiska sökfiter i databaser (Jenkins & Johnson, 2004) och rapporter över utvärderad forskning, exempelvis SBU-rapporter.

Mycket pengar satsas på att utveckla evidensbaserad vård. I flera länder har det byggts upp en infrastruktur för att befrämja användningen av evidensbaserad praktik (Rycroft-Malone, et al., 2004), exempelvis Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i Sverige. Liksom i de flesta länder har det främst varit evidensbaserad medicin som fokuserats i Sverige, men även annan evidensbaserad praktik uppmärksammas nu, inte minst genom samarbete mellan Svensk sjuksköterskeförening och SBU.

Jimes och Lucardie (2003) beskriver "produktivtetsparadoxen" som innebär att om man fokuserar för

mycket på kodifierad kunskap och glömmar den tysta kunskapen så kan det bli så att mer kunskap inte leder till förbättrad verksamhet. Om man negligerar den tysta kunskapen kan all kunskap spolieras. Sackett et al (1996) varnade för evidenstyranneri om vetenskapen får för stor plats och för bruk av otidsenliga åtgärder om erfarenhetskunskapen får för stor plats. Det gäller att finna en balans och utan tyst kunskap kan vi inte använda den evidensbaserade informationen.

REFERENSER

Anonymous. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1992; 268: 2420–5.

Banning M. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: independent nurse prescribers' views. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 411–7.

Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley, 1984.

Caron-Flinterman J F, Broerse, J E, Bunders, J F. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science and Medicine* 2005; 60: 2575–84.

Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (Reprinted in 1989 in association with the BMJ, Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London (ISBN 1-85315-394-X) .) Beskriven i Johansen 2004.

Cohen A M, Stavri P Z, Hersh W R. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *International Journal of Medical Information* 2004; 73: 35–43.

Dreyfus H L, Dreyfus SE with Athanasiou T. Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer Oxford: Basil Blackwell, 1986.

Ekeland T_J. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistiskt mistak. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 1999; 36: 1036–47.

- Eraut M. *Developing professional knowledge and competence* London: Falmer, 1994.
- Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *ology* 2000; 70: 113–36.
- Feltham C. Evidence-based psychotherapy and counselling in the UK: Critique and alternatives. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2005;35: 131–43.
- Ford S, Schofield T, Hope T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 589–602.
- Gonzalez-Arnal S, Burwood S. Tacit knowledge and public accounts. *Journal of Philosophy of Education*. 2003; 37: 377–91.
- Gray GE, Pinson LA. Evidence-based medicine and psychiatric practice. *Psychiatric Quarterly* 2003; 74: 387–99.
- Haldin-Herrgard T. Diving under the surface of tacit knowledge. *Proceedings for Organizational Knowledge, Learning and Capabilities*, Innsbruck, April 2004. www.ofenhandwerk.com/oklc/pdf_files/B-2_haldin-herrgard.pdf
- Harari E. Whose evidence? Lessons from the philosophy of science and the epistemology of medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000; 35: 724–30.
- Herbig B, Bussing A, Ewert T. The role of tacit knowledge in the work context of nursing *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 687–95.
- Hoggett P. New modes of control in the public service. *Public Administration* 1996;74:9–32.
- Jenkins M, Johnson F. Awareness, use and opinions of methodological search filters used for the retrieval of evidence-based medical literature – a questionnaire survey. *Health Information and Libraries Journal* 2004; 21: 33–43.
- Jimes C, Lucaride L. Reconsidering the tacit-explicit distinction – A move toward functional (tacit) knowledge management. *Electronic Journal of Knowledge Management* 2003; 1: 23–32.
- Johansen JB. Evidensbaseret medicin. Evidensbaseret fysioterapi og de nye sygdomme. *Specialafhandling. Cand. Paed. studiet i alm. Ped. Danmark Pedagogiske Universitet. Cpr.nr. 261056–1767*. 2004. www.esbfys.dk/fysesb/spindelvaev/projekter/Evidensbaseret-medicin.pdf
- Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Quarterly* 2004; 82: 661–87.
- Lachapelle R, Murray D, Neim S. Aesthetic understanding as informed experience: the role of knowledge in our art viewing experiences. *Journal of Aesthetic Education* 2003;37(3):78–98.
- Linde C. Narrative and social tacit knowledge. *Journal of Knowledge Management*. 2001; 5: 160–70.
- Nordin I. Expert and non-expert knowledge in medical practice. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2000; 3: 297–304.
- Pawson R. Social care knowledge: seeing the wood for the trees. *ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 12*, January 2003. http://evidencenetwork.org/Documents/wp_12.pdf
- Polanyi M. *The tacit dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith, 1983.
- Rogers W. Evidence-based medicine and women: do the principles and practice of EBM further women's health? *Bioethics* 2004; 18: 50–71.
- Rycroft Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47: 81–90.
- Sackett DL. *Evidence-based medicine*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- Sackett DL, Rosenberg W M, Gray J A, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312: 71–2.
- Stenmark D. Information vs. Knowledge: the role of intranets in knowledge management. *Proceedings of the 35th Hawaii International Conference on System Sciences* 2002. w3.informatik.gu.se/~dixi/publ/ddoml02.pdf
- van Meijel B, Gamel C, van Swieten Duijfjes B, Grypdonck MHF. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48:84–92.
- Worrall J. What evidence in Evidence-Based Medicine? *Philosophy of Science*. 2002; 69(3 Supplement): 316–30.
- Zarkovich E, Upshur RE. The virtues of evidence. *Theoretical Medicine* 2002; 23: 403–12.

3.4 HUR KAN VI INTEGRERA VETENSKAPLIG OCH ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP?

(sammanfattning av gruppdiskussioner)

Gruppdeltagare: Karin Axelsson, gruppleddare, Eva Sahlberg Blom, Margaretha Ekeberg, Tea Hwit, Astrid Norberg

INLEDNING

Erfarenhetsbaserad kunskap och vetenskaplig kunskap är olika former av vetande och frågan är hur vi bäst ska kunna förena dem. Det går inte att förorda någon av dessa, frågan är istället hur de kan förenas. De bör integreras till en enhet, och bilda en plattform för sjuksköterskans professionsidentitet. Det som har betraktats som erfarenhetsbaserad kunskap blir vetenskaplig kunskap om det beforskas. Vad som ses som sanning förändras allt eftersom ny kunskap produceras. Detta gäller all kunskap. Det är viktigt att beforska erfarenhetsbaserad kunskap även om all sådan kunskap inte går att formulera i vetenskapliga termer. Evidensbaserad kunskap har fått en särställning inom vetenskaplig kunskap och lyfts fram i många sammanhang. Evidensbaserad kunskap är viktig, men även kunskap som inte inryms under det begreppet är viktig.

VAD ÄR DET UNIKA I DEN ERFARENHETSBASERADE KUNSKAPEN – SOM KAN FÖRSTÄRKA DEN VETENSKAPLIGA KUNSKAPEN?

Ett sätt att skilja erfarenhetsbaserad kunskap från vetenskaplig kunskap är att erfarenhetsbaserad kunskap måste vi tillägna oss på ett annat sätt, exempelvis genom information i form av dokument och texter. Erfarenhetsbaserad kunskap kan vara individuell och gälla professionen,

patienten och andra. Den kan också gälla som konsensus bland experter. Om kunskap ska vara integrerad i personen tar det tid. Det innebär att inte bara ha kunskap utan också att vara bärare av kunskap. Den integrerade kunskapen förutsätter förståelse.

Det är en skillnad mellan tolkande och förklarande kunskap. Olika paradigmer har olika språk och olika kunskap har olika språk. Det unika med erfarenhetsbaserad kunskap är att den tillämpas utan att den är granskad. Den borde värderas och granskas och metoder behöver utvecklas för detta. Erfarenhetsbaserad kunskap behöver lyftas och sättas ord på när det går. På det sättet består erfarenhetsbaserad kunskap men övergår från tyst till verbaliserad. En tyst del återstår antagligen alltid. Rimligtvis finns det erfarenhetsbaserad kunskap som inte kan verbaliseras men som kan observeras och detta behöver beaktas när den ska studeras. Det behövs en kritisk granskning av erfarenhetsbaserad kunskap och den bör sammanlänkas med vetenskaplig kunskap.

Vetenskaplig kunskap måste transformeras till den unika situationen genom att kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap. Patientberättelsen behöver transformeras till vårdarspråk. Det professionella språket kanske borde ligga närmare patientberättelsen, det språk som patienten använder, så att inte översättningen blir fel. Men det finns inte ett patientspråk. Alltså krävs det öppenhet och lyhörddhet för den subjektiva dimensionen i varje patientmöte. Olika vårdare kan ha olika språk men det kan vara nödvändigt att vara minst trespråkig, där två språk är det medicinska och omvårdnadsspråk. Det tredje språket kan mer vara en fråga om öppenhet för patientens värld, än ett verbalt språk, som möjliggör ett konstruktivt möte mellan den konkret levda patientberättelsen och den erfarenhetsbaserade kunskap som vårdaren besitter kombinerat med vetenskaplig kunskap. Frågan uppkommer då hur vårdaren drar nytta av vetenskaplig kunskap i den konkreta situationen. Den vetenskapliga kunskapen kan behöva översättare inom vården. Patienten har erfarenhet av sin egen situation och

ett inifrån perspektiv på sin sjukdom och behandling. Detta kan leda till en konflikt med vårdarens perspektiv och språket som är förknippat med det. Dessutom är många patienter mycket pålästa om sin sjukdom och kan i vissa fall ha en mer fördjupad kunskap (vetenskaplig kunskap) än personalen. Personalens kunskap baseras i många fall på medelvärden och det är inte nödvändigtvis den enskilda individens värde (till exempel feber, blodtryck).

VILKA MÖJLIGHETER OCH HINDER UTGÖR ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING – SOM KAN FÖRSTÄRKA VETENSKAPLIG KUNSKAP?

Ofta innebär vetenskaplig kunskap medelvärden medan erfarenhetsbaserad kunskap gäller individer eller om hur man individualiserar. Vetenskaplig kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap måste i en sådan situation integreras och inte bli en fråga om det ena eller det andra. Både vetenskaplig kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap måste värderas och kritiskt granskas. Vetenskaplig kunskap behöver transformeras till det konkret levda sammanhanget. Den kan lätt bli normativ eller rutiniserad när den ska tillämpas, vilket kan vara bra i vissa situationer, men en fara i andra.

Erfarenhetsbaserad kunskap utvecklas genom samtal, reflektion i samtal med andra och tid att tänka själv. Genom reflektionen kan den artikuleras och blir synliggjord för att kunna användas i dialogen mellan vårdare, mellan patient och vårdare samt i dokumentationen. Genom reflektionen i form av exempelvis grupphandledning kan erfarenhetsbaserad kunskap synliggöras med olika variationer och formuleras i olika abstraktionsnivåer. Det är sannolikt först när den är synliggjord på detta sätt, som den kan utsättas för granskning och utvecklas som kunskap. Teamets sammansättning kan vara ett hinder för att bygga upp erfarenhetsbaserad kunskap, exempelvis åldersstrukturen (bara de med

mycket erfarenhet eller bara de utan erfarenhet). Ett annat hinder kan vara ensamarbetet där det inte finns kollegor att rådfråga och diskutera arbetet med, risken är att man blir "sin egen erfarenhetsbaserad kunskap". Den individuella egna reflektionen, och tid för denna, kan stödjas genom en vårdmiljö som betonar vikten av reflektion.

Att ta till sig vetenskaplig kunskap och integrera den med erfarenhetsbaserad kunskap kan betyda att den egna omvärldsuppfattningen behöver omvärderas, vilket kan bli svårare om det inte bara går att stoppa in den nya vetenskapliga kunskapen i det som redan finns. Trygghet i erfarenhetsbaserad kunskap kan bli ett hinder för professionell utveckling beroende bland annat på hur mycket som måste omvärderas av den egna kunskapen eller om individen behöver omvärdera sig själv. När man får ny kunskap kan det innebära att någon gammal kunskap måste "tas bort". Utmaningen kanske är att förändra det gamla synsättet och se utveckling av ny kunskap som en sammansmältning av det gamla och det nya. När nya och gamla synsätt passar ihop finns det gamla med som en komponent i det nya. I så fall blir det mindre hotfullt att utsätta erfarenhetsbaserad kunskap för prövning. Individen behöver medvetandegöra vad det egna arbetet grundar sig på, det vill säga tydliggöra den egna kunskapen för att kunna ompröva och förändra. För att synliggöra erfarenhetsbaserad kunskap krävs därför ett omfattande arbete i form av reflektion och artikulering.

Om vetenskaplig kunskap skulle bli helt överordnad blir sannolikt utvecklingen av erfarenhetsbaserad kunskap lidande. Professionell utveckling är utveckling av båda kunskapsformerna. Det går inte att tillämpa vetenskaplig kunskap på individer utan att samtidigt använda erfarenhetsbaserad kunskap. Den professionella utvecklingen kan vara att vetenskaplig kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap utvecklas parallellt, att de utvecklas integrerat eller om möjligt både och. Om vetenskaplig kunskap tillämpas tillräckligt länge blir den erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan liknas med en väg som

vissa sträckor har en fil och andra sträckor har två filer. Erfarenhetsbaserad kunskap och vetenskaplig kunskap kan tillämpas samtidigt integrerat och var för sig. När eller om vetenskaplig kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap inte sammanfaller i en situation eller handling, vad är "sanning" då?

Många faktorer påverkar hur vi handlar och hur vi utvecklas, inte minst den utveckling som sker i samhället. Erfarenhetsbaserad kunskap i vården måste förstås i ett större sammanhang, som sträcker sig utanför själva vårdkontexten. För utvecklingen av erfarenhetsbaserad kunskap är kulturen *viktig*. Kulturen sätter gränser för vad som är tillåtet, möjligt, accepterat och respekterat. Professionen är ansvarig för den egna kunskapsutvecklingen men utvecklingen av erfarenhetsbaserad kunskap kan hindras av en kultur eller en organisation som professionen inte kan styra över. Ledarskapet för arbetsgruppen och på olika nivåer i organisationen är mycket viktigt för att ge utrymme för utveckling av en god erfarenhetsbaserad kunskap. I de flesta organisationer finns det eldsjälar som betyder mycket för uppbyggnad av gemensam erfarenhetsbaserad kunskap. Processen kan vara att erfarenhetsbaserad kunskap finns förkroppsligad hos eldsjälarna (det blir "evidens" när man ser att det går), detta reflekteras, imiteras och görs till egen kunskap för att spridas till flera och alla. Eldsjälarna kan troligen fungera som revolutionärer och/eller förstärkare. Vilket det blir kan bero på om tiden är mogen eller inte.

Erfarenhetsbaserad kunskap ska läras in under utbildning, vilket oftast sker genom imitation och per definition oreflekterat, eftersom den vanligen inte är medveten och artikulerad kunskap i praxis. Reflektion behöver finnas med i utbildning av vårdpersonal. Det går dock inte att göra anspråk på att få in allt i utbildningen eftersom det är en begränsad tidsperiod. En bra didaktisk medvetenhet om reflektionens betydelse för systematiskt lärande och personlig utveckling i utbildningen skulle vara ett bra stöd för studenterna i sammansmältningen av vetenskaplig kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap.

BEHOV AV FORTSATT FORSKNING OCH UTVECKLING (AV ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP) – RELATERAT TILL VETENSKAPLIG KUNSKAP

Det bör vara en växelverkan så att vetenskaplig kunskap granskas kritiskt med erfarenhetsbaserad kunskap och vice versa. Forskning behövs om *hur* forskningsresultat (vetenskaplig kunskap) tillämpas eftersom man måste ta till sig vetenskaplig kunskap med erfarenhetsbaserad kunskap, annars finns risk för att det bli kontextlösa regler. I tidskrifter kan "Implications for Nursing" kännas inadekvat av det skälet. När vi vet hur vi integrerar vetenskaplig kunskap med erfarenhetsbaserad, vill vi veta vilket resultat det leder till. En kritisk fråga blir då, vilka andra faktorer som påverkar. Det är även viktigt att titta på hur forskningsresultat sprids och hur de transformeras för att möta erfarenhetsbaserad kunskap. Vetenskaplig kunskap kan vara beskrivning av erfarenhetsbaserad kunskap och har ofta sin utgångspunkt i frågor från erfarenhetsbaserad kunskap. Detta är inte minst fallet i omvårdnadsforskningen. Vetenskaplig kunskap kan vara en utvärdering av erfarenhetsbaserad kunskap och kan bygga på frågeställningar som erfarenhetsbaserad kunskap genererat. Erfarenhetsbaserad kunskap kan utgöra utgångspunkt för utveckling av vetenskaplig kunskap. Vid utvärdering av erfarenhetsbaserad kunskap uppstår frågan vad den ska utvärderas mot. Det kan vara den goda vårdpraktiken, men den är inte tidsbeständig. För att studera det goda exemplet behövs en analys av i vilket avseende det är gott och även söka kontrasten i det dåliga exemplet. Kanske vetenskaplig kunskap kan vara lättare att ompröva än erfarenhetsbaserad kunskap. Om erfarenhetsbaserad kunskap måste omvärderas kan det vara mer "smärtsamt" därför att den är så personlig. Det kan också vara så att mer integrerad kunskap, oavsett om det är erfarenhetsbaserad eller vetenskaplig, är svårare att omvärdera än mindre integrerad kunskap.

Att forska på erfarenhetsbaserad kunskap och göra om den till vetenskaplig kunskap kan göras inom vissa områden. Det är dock inget mål att all erfarenhetsbaserad

kunskap ska bli vetenskaplig. Vi tar ut en del frågor men vi "dödar" troligtvis inte erfarenhetsbaserad kunskap för att vi gör det. Det finns kriterier för hur man värderar vetenskaplig kunskap. Kriterier för värdering av erfarenhetsbaserad kunskap behöver utvecklas och i det arbetet är den ontologiska frågan viktig. Det behövs ett speciellt SBU, eller en egen avdelning inom SBU där omvårdnadsforskningen och dess publicering granskas med passande kriterier. Olika former av evidens är möjlig till exempel vetenskaplig evidens och erfarenhetsbaserad evidens. Erfarenhetsbaserad kunskap kan tas tillvara, synliggöras och dokumenteras utan att det blir forskning och därmed vetenskaplig kunskap. Forskning för att utvärdera erfarenhetsbaserad kunskap kan göras mot utfallet, genom observation, genom observation med video i kombination med reflektion, reflektion, samtal och med hjälp av kritiska händelser. Det kan förmedlas genom essäskrivande, drama eller andra konstformer. Detta bör kunna förmedlas till yrkesföreträdarna i tidskrifter.

Förslag på design

Välja några "skickliga" vårdare (där definitionen av skickliga utgör ett problem i sig). Utgångspunkten är observation av någon komplex omvårdnadssituation, till exempel morgontoalet. Observation medelst videoinspelning:

1. Medvetandegöra erfarenhetsbaserad kunskap via essäskrivande bland de vårdare som observerats.
2. Observation av samma typ av situation med videoinspelning/reflektion.
3. Medvetandegöra vetenskaplig kunskap om situationen (som i detta exempel är morgontoaletten) medelst information/utbildning.
4. Observation/reflektion.

SLUTORD

Det behövs nya metoder eller former för att värdera erfarenhetsbaserad kunskap. Hur mycket vetenskaplig kunskap som än tillkommer måste erfarenhetsbaserad kunskap

användas eftersom det är där variationerna finns. Så länge vi saknar metoder att värdera erfarenhetsbaserad kunskap kommer det att finnas problem med att känna igen dålig erfarenhetsbaserad kunskap. Det behövs experter med vetenskaplig kunskap, konsensusdokument med erfarenhetsbaserad kunskap och experter som integrerar de båda. Ytterligare problem finns i hur experter väljs ut. De ska vara skickliga – men vad är kännetecknet på det och i vilken kultur är skickligheten giltig? De kan vara skickliga i en dålig kultur, i enlighet med vad den kulturen anser vara skicklig. Här behövs vårdvetenskapliga forskningsresultat, som belyser patientens situation och vårdrelationens påverkan och betydelse.

Utvecklingen av erfarenhetsbaserad kunskap sker i tillämpningen utifrån ett antal grundläggande antaganden. Dessa är beroende av samhällsutvecklingen, men det finns någon kärna som vi inte vill rubba när det gäller våra grundläggande antaganden. Eviga värden eller grundläggande värden för professionen eller vården finns antagligen. Organisationen är ett samhälle i samhället. Det kan bli svårt för en enskild professionell när det finns olika eller motstridiga antaganden eller syn i samhället, organisationen, egna värderingar, mitt värde i egna, andras, organisationens ögon, etcetera.

4. KUNSKAPSTEORETISKA OCH ONTOLOGISKA PERSPEKTIV PÅ ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

4.1 KUNSKAPSTEORETISKT PERSPEKTIV PÅ ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

(föredrag)

Anneli Sarvimäki, legitimerad sjuksköterska, professor och forskningsdirektör, Äldreinstitutet, Helsingfors

INLEDNING

Har alla praktiker erfarenhetsbaserad kunskap? Växer erfarenheten i takt med antalet arbetsår? Enligt Polanyi (1983) är det inte säkert att en person som arbetat 20 år inom ett område har 20 års erfarenhet. Hon kanske har två års erfarenhet som hon upprepat de senaste 18 åren. Hur är detta möjligt? Kan man verka inom ett område utan att få mera erfarenhet, bli mera erfaren och utvidga sin erfarenhetsbaserade kunskap? Vad är då denna erfarenhetsbaserade kunskap som antingen växer eller inte?

ERFARA, ERFARENHET

Att erfara någonting innebär i korthet att få veta någonting genom sinnenas förmedling, röna och känna. Erfarenhet refererar till de rön som ger kunskap, till omdöme grundat på rön och till sammanfattningen av sinnesrön

som kunskapskälla (Collinder, 1983). Det motsvarande engelska verbet "to experience" betyder att ha praktisk förtrogenhet med någonting samt att känna och genomgå någonting, medan substantivet "experience", "erfarenhet", står för:

- praktik eller övning inom en verksamhet
- kunskap eller färdighet som förvärvats genom övning
- vishet som förvärvats genom observation av livet samt
- en händelse som påverkar eller engagerar (Chambers ... 1994).

Centralt i dessa betydelser, hämtade ur lexikon, tycks vara att det handlar om kunskap (vetande, färdighet, omdöme, vishet) som förvärvats genom sinnesintryck och övning, det vill säga i direkt kontakt med en verksamhet, med livet som helhet eller med någon händelse som påverkar en.

Jag ska i det följande belysa den erfarenhetsbaserade kunskapen utgående från två distinktioner: erfarenhetsbaserad kunskap som motsats till kunskap som inte är baserad på erfarenhet, det vill säga rationell kunskap, och erfarenhetsbaserad kunskap som motsats till vetenskaplig kunskap.

ERFARENHETSBASERAD

KONTRA RATIONELL KUNSKAP

Erfarenhet är på grekiska *empereia*. Härur kommer ord som empiri, empirisk, empirism. Latinets *empirice* betyder

på erfarenhet grundad läkekonst. (Heikel, 1946; Audi, 1999.)

FÖRNUFTET SOM KUNSKAPSKÄLLA

I epistemologins historia har distinktionen empirism – rationalism varit central. Distinktionen handlar om vad som kan betraktas som säker kunskap, kunskap som baserar sig på sinnesintryck, varseblivningar och observationer eller kunskap som baserar sig på en klar insikt eller ett logiskt resonemang, det vill säga förnuftet. Rationalisterna förhöll sig misstänksamt till den erfarenhetsbaserade kunskapen. Mannen i Platons (1984) grotta såg endast skuggor av verkligheten röra sig på väggen. Descartes kunde inte bevisa sin egen existens genom att hänvisa till sinnesintryck, eftersom dessa kan bedra oss. Jag kan till exempel, som det kinesiska ordspråket säger, inte bevisa att jag är en människa och inte en fjäril som i detta ögonblick drömmer att den är en människa. Tvivlet blev därför Descartes metod. Han tvivlade på sinnesintrycken, men räddade sin existens med den berömda satsen: "Jag tänker (tvivlar), alltså finns jag till". Sanningen i denna sats grundade sig inte på erfarenhet och sinnesintryck utan på logisk nödvändighet, ett förnuftsresonemang – om det finns ett jag som tänker eller tvivlar så måste detta jag ju finnas (Hartnack, 1958).

ERFARENHETEN OCH SINNESINTRYCKEN SOM KUNSKAPSKÄLLA

Empiristerna betonade å sin sida erfarenhetens betydelse. En tidig förespråkare för erfarenhetens betydelse var Aristoteles, som samlade in kunskap om växter och djur och också förespråkade erfarenhetsbaserad inläring. Det vore dock missvisande att kalla Aristoteles för kunskapssteoretisk empirist. Empirismen som kunskapssteori formulerades framför allt av 1700-talsfilosofen John Locke, som förde fram tanken att all kunskap om verkligheten måste basera sig på erfarenheter och observationer av verkligheten. Locke (1970) vände sig i främsta

hand emot tanken att vi skulle ha medfödd kunskap, medfödda idéer. Enligt honom var själen en tom tavla – "tabula rasa" – på vilken erfarenheten inristade kunskap.

TVÅ OLIKA TYPER AV KUNSKAP

Distinktionen mellan empirism och rationalism utmynnade sedan i uppfattningen att det rör sig om två olika sorters kunskap, erfarenhetskunskap och logisk-begreppsmässig kunskap, som är olika till sin natur och har olika kriterier på giltighet. Immanuel Kants (1984) uppdelning i analytiska och syntetiska satser samt a priorisk och a posteriorisk kunskap spelade här en viktig roll. Erfarenhetsbaserad kunskap är enligt denna uppdelning för det första syntetisk, det vill säga den säger någonting mera än satsens enskilda begrepp. Den är också a posteriorisk: dess sanning måste bevisas genom att hänvisa till någonting utöver satsen – erfarenheten. Om jag exempelvis hävdar "det sitter en hund på trappan", så måste detta påståendes sanning kontrolleras genom observation. Sanningen ingår inte i begreppens betydelse eller satsens konstruktion. Definitioner ("en far är en manlig förälder") och logiska sanningar ("antingen a eller –a") hör till de senare. Ett annat viktigt kantianskt bidrag till kunskapssteorin var att han förde fram medvetandets åskådningsformer (tid, rum) och tanke kategorier (orsakskategorin) som förutsättningar för kunskap. Medvetandet var alltså enligt honom inte en tom tavla som passivt tog emot intryck utan innehöll färdiga strukturer som satte sin prägel på de intryck som mottogs.

Medan den radikala empirismen enbart betonade erfarenheter och sinnesintryck, kom den moderata empirismen att föra fram uppfattningen att sinnesintryck blir kunskap först när de konfronteras med begrepp och tankar. Man brukar också tala om den interaktiva synen på kunskap: kunskap om den "yttre verkligheten" skapas i interaktionen mellan ett aktivt medvetande och denna verklighet. Medvetandet är alltså inte den tomma tavla som Locke tänkte sig utan en aktiv part i kunskapandet.

Medvetandets a priori innebär att såväl språkliga som kulturella kategorier och neurofysiologiska processer sätter sin prägel på intrycken av världen (Sarvimäki, 1988).

Den empiristiska kunskapsteorin låg till grund för den moderna naturvetenskapens utveckling: kunskapen om världen skulle bygga på iakttagelser, observationer, mätningar och experiment. Den skulle vara erfarenhetsbaserad, empirisk. Därmed tog man avstånd från rationalismen i den betydelsen att kunskap om världen skulle kunna inhämtas utan iakttagelser. Samtidigt tog man också avstånd från uppfattningen att vetenskaplig kunskap om världen kunde bygga på tro, heliga skrifter och uppenbarelser.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

Utgående från distinktionen erfarenhetsbaserad eller empirisk kunskap – rationell eller icke-erfarenhetsbaserad kunskap kan man alltså säga att:

- all empirisk kunskap är erfarenhetsbaserad (enligt definition).
- erfarenhetsbaserad kunskap bygger på observationer, iakttagelser, förnimmelser och varseblivningar.
- giltigheten bygger på att iakttagelserna är korrekta (ett problem i sig).
- iakttagelserna blir kunskap när de konfronteras med begrepp eller bearbetas av ett medvetande (modifierad empirism).

Om man säger att all empirisk vetenskap är erfarenhetsbaserad, så finns det egentligen inget motsatsförhållande mellan erfarenhetsbaserad och vetenskaplig kunskap. När man idag använder uttrycket erfarenhetsbaserad kunskap eller erfarenhet, ses den ändå vanligen som någonting annat än vetenskaplig kunskap. Man kan säga att all vetenskaplig kunskap är erfarenhetsbaserad, men all erfarenhetsbaserad kunskap är inte vetenskaplig.

ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

I MOTSATS TILL VETENSKAPLIG

När man idag talar om erfarenhetsbaserad kunskap kopplas den ofta ihop med uttryck som tyst, implicit eller underförstådd kunskap, med personlig kunskap (Polanyi, 1983). Denna kunskap ställs i motsats till vetenskapens explicita, begreppsmässiga och "objektiva" kunskap. Vidare talar man om beprövad erfarenhet, en erfarenhet som inte längre är enbart personlig och subjektiv.

Hur ska detta förstås? Låt oss gå tillbaka till den ursprungliga betydelsen av erfarenhetsbaserad kunskap: kunskap som bygger på iakttagelser, förnimmelser, observationer och varseblivningar. Vem är det som ska ha gjort dessa iakttagelser? Måste var och en göra dem själv eller kan jag förmedla min erfarenhet till någon annan – exempelvis genom en berättelse eller en teori?

PERSONLIGA ERFARENHETER

– FÖRSTAHANDSERFARENHETER

Utgående från synen på erfarenhetsbaserad kunskap i motsats till rationell kunskap kan man säga att en enskild persons erfarenhetskunskap utgörs av det som han eller hon själv har iakttagit och varseblivit. Att ha en egen erfarenhetsbaserad kunskap betyder att man:

- har sett med egna ögon.
- har hört med egna öron.
- har känt doften av.
- har kunnat förnimma med sin känsel.

Grunden för den erfarenhetsbaserade kunskapen är alltså de intryck av verkligheten som man själv mottagit. När vi talar om en personlig erfarenhetsbaserad kunskap tänker vi emellertid att kunskapen inte enbart stannar vid spridda och enskilda intryck, utan att den bearbetas och tolkas av den person som tar emot intrycken och att den också kan kumuleras.

Enligt den modifierade empirismen eller den interaktionistiska synen på kunskapandet uppstår alltså erfarenheten när individen med sitt aktiva medvetande konfronterar yttre intryck. Dewey (1963) beskriver utgående från principen om interaktion och principen om kontinuitet hur vår erfarenhet skapas och växer. Varje erfarenhet har såväl en yttre som en inre källa. Den yttre källan utgörs av den situation i vilken individen befinner sig, den inre av de erfarenheter han har med sig från tidigare. Den nya erfarenheten skapas i interaktion mellan dessa. Samtidigt förändrar den nya erfarenheten den person som gjort den så att han eller hon går in i nästa situation som en delvis förändrad människa. På så sätt växer erfarenheten kontinuerligt och individen förändras.

Genom att ta emot intryck i olika situationer, tolka och bearbeta dem, bygger individen upp sin erfarenhetsbas, som han sedan använder som handlings- och tolkningsgrund i nästa situation. Den erfarenhetsbaserade kunskapen är central för den praktiska kunskapen. Tanken är då att man blir erfaren och utvecklar sitt praktiska kunnande, när man via sina sinnen och sitt handlande är involverad i den aktuella verksamheten. Om erfarenheten leder till att man dessutom växer och utvecklas, som Dewey (1963) menade, blir man med tiden inte bara kunnig utan också omdömesgill och vis.

Eftersom erfarenheten bygger på direkt kontakt med en verksamhet eller en händelse, kunskapen bygger på sinnesintryck, ligger det i sakens natur att det är sinnena som är kunskapskanalen, inte begrepp och teorier. Av den anledningen brukar man säga att denna kunskap är "tyst" eller "icke-artikulerad". Men eftersom människan är en språklig, tolkande och reflekterande varelse, är det svårt att föreställa sig helt rena, begreppsmässigt "obesmittade" intryck.

Hur ska vi då bedöma erfarenhetens giltighet som kunskap? Är all erfarenhet giltig? Kan erfarenheten missta sig? På sätt och vis kan man säga att all erfarenhet är giltig: har man den så har man den, och man har den erfarenhet man har och det är den man använder sig av i livets

olika skeden. Dewey (1963) skiljer emellertid mellan erfarenheter som får oss att växa och utvecklas och erfarenheter som hindrar oss från att utvecklas. Enligt den pragmatistiska synen på erfarenhet har erfarenheten som uppgift att hjälpa oss genom olika handlingssituationer. Utgående från det kriteriet kan man säga att den är giltig som kunskap om vi med dess hjälp handlar bättre, men ogiltig om den inte är till hjälp eller om den hindrar oss från att handla väl.

Den egna erfarenheten är en viktig och ofrånkomlig kunskapsbas för varje individ. Den är individuell, vilket kan vara både en styrka och en svaghet. Inom en yrkesverksamhet ska man klara av olika sorters situationer och olika sorters människor. Man använder då givetvis den erfarenhet man har, men den kanske är för begränsad för alla de situationer man möter. Också om man arbetat relativt länge inom ett område kan erfarenheten vara snäv.

BEPRÖVAD ERFARENHET – TRADITION

Varje individ har sin egen personliga erfarenhet som hon förvärvat under livets gång. Men en kultur och en yrkeskår bygger också upp en gemensam erfarenhet med gemensamma handlingsmönster, en tradition (Sarvimäki, 1994). Iakttagelser som har visat sig vara korrekta och handlingsmönster som visat sig fungera byggs upp till en beprövad erfarenhet. Uttrycket "beprövad" erfarenhet visar att det inte duger med vilken erfarenhet och vilka handlingsmönster som helst utan att det handlar om en kunskap som prövats under en lång tid och visat sig fungera. Den har hjälpt yrkesutövarna framgångsrikt genom olika handlingssituationer.

En praktisk konst kan enligt Polanyi (1983) aldrig helt och hållet artikuleras i begrepp. Den innehåller alltid utsagda och underförstådda element. Dessa utsagda (outsägbara?) element, som inte är organiserade i teorier och begrepp utan i traditionen och den beprövade erfarenheten, kan därför inte heller läras via begrepp. De måste läras genom att man med sina sinnen involveras i

den praktiska konsten och dess tradition. På detta sätt "traderas" kunskapen till nästa generation yrkesutövare.

I diskussionen om erfarenhetsbaserad kunskap kontra vetenskaplig kunskap är det vanligen den direkta kontakten med verkligheten i motsats till den teoriförmedlade kunskapen som diskuteras. Traditionen och den beprövade erfarenheten innehåller viktig icke-artikulerad kunskap som kan vara svår (omöjlig?) för vetenskapen att komma åt. Men traditionen är, som Polanyi (1983) påpekar, också auktoritär, eftersom den bygger på att man måste underkasta sig den för att lära sig den. Oreflektad och icke-ifrågasatt erfarenhet och tradition kan i längden bli ett hinder för att klara av nya situationer.

VETENSKAPLIG KUNSKAP SOM ERFARENHETSBASERAD OCH TEORETISK

I det ovanstående strävade jag att föra fram tanken att den vetenskapliga kunskapen också är erfarenhetsbaserad, trots att man ofta ser den erfarenhetsbaserade kunskapen och den vetenskapliga som varandras motsatser. Det bör dock framhållas att den vetenskapliga kunskapen också har en annan sida, nämligen den teoretiska. Ett vetenskapligt system kan sägas bestå av tre delar:

1. Ett begreppssystem som identifierar centrala fenomen i den verklighet som studeras.
2. En teori som består av satsar som å ena sidan definierar begreppen, å andra sidan organiserar data ur verkligheten genom att beskriva, förklara, förutsäga och tolka.
3. Data som å ena sidan ger kriterier för begreppens användning, å andra sidan ger evidens för teorin. (Pörn, 1985, Sarvimäki, 1988).

Teorin är alltså förankrad i erfarenheten därigenom att den stöder sig på empirisk evidens, men den är genom begreppssystemet också förankrad i tänkandet.

Man kan säga att en vetenskaplig teori har som uppgift att göra verkligheten begriplig för förnuftet. Detta gör den genom att beskriva, förklara och tolka. Dessa beskrivningar, förklaringar och tolkningar kan i sin tur

användas som stöd i olika handlingssituationer. Beroende på teorins art kan de bland ge direkta handlingsrekommendationer, medan andra snarare fungerar som ett hjälpmedel för förståelse och reflektion.

AVSLUTNING

Hur kan man då verka 20 år inom ett område men bara ha två års erfarenhet? Jo, på det sättet att man under de första två åren var öppen, tog in sinnesintryck, såg, hörde, kände och påverkades av intrycken. Man införlivade intrycken i sin personliga erfarenhet, byggde upp handlingssätt och sätt att konfrontera nya situationer. Därvid blev det. Efter det slutade man att vara öppen för intryck, alla situationer såg likadana ut och erfarenhetsbasen tillfördes ingenting nytt. Man blev mera rutinerad men inte erfarenare, kunnigare eller visare.

REFERENSER

- Audi R. (ed.) (1999) *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chambers Encyclopedic Dictionary. (1994) Edinburgh: Chambers.
- Collinder B. (1983) *Stora ordboken*. Höganäs: Bra Böcker.
- Dewey J. (1963) *Experience and education*. New York: Collier Books.
- Hartnack J. (1958) *Filosofiska problemställningar*. Stockholm: Norstedts.
- Heikel I. (1946) *Latinsk-svensk ordbok*. Helsingfors: Söderström & C:o förlagsaktiebolag.
- Kant I. (1984) *Critique of pure reason*. London: Everyman's Library.
- Locke J. (1970) *Selections from "Some thoughts concerning education"*. I boken: Cahn S. (ed.) *The philosophical foundations of education*. New York: Harper & Row, pp. 135–152.
- Platon. (1984) *Staten*. Lund: Doxa.
- Polanyi M. (1983) *Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pörn I. (1985) *Enhet och mångfald i vetenskaperna*.

Societas Scientiarum Fennica. Sphinx. Årsbok LXIII, Serie B, ss. 25–30.

Sarvimäki A. (1988) Knowledge in interactive practice disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. Research Bulletin 68. Helsinki: University of Helsinki, Department of Education.

Sarvimäki A. (1994) Science and tradition in the nursing discipline. A theoretical analysis. Scand J Caring Sci 8: 137–142.

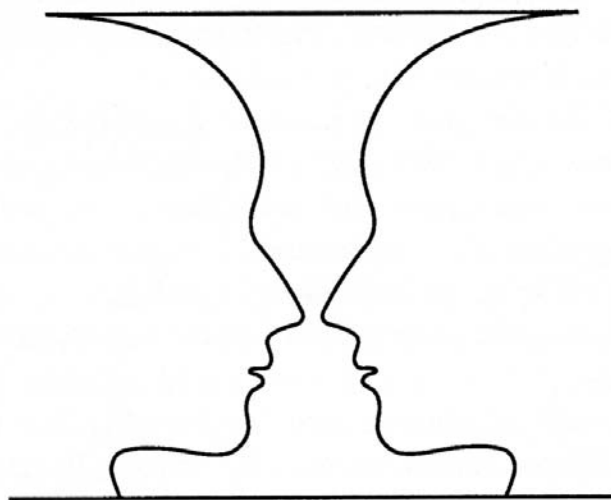
4.2 ONTOLOGISKT PERSPEKTIV PÅ ERFARENHETS-BASERAD KUNSKAP

Jan Bengtsson, professor, Institutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgs universitet

FÖRHÅLLET MELLAN ONTOLOGI, VÅRD OCH ERFARENHETS-BASERAD KUNSKAP

Den vård som bedrivs vid olika vårdinrättningar har som målsättning att undersöka, lindra och bota människors hälsoproblem. Oavsett om vården utförs enskilt eller tillsammans med kollegor med samma eller skilda yrkesuppgifter, möter vårdpersonalen de vårdsökande utifrån vissa antaganden om andra människor. Inom vården är antaganden om den mänskliga kroppen avgörande för den verksamhet som bedrivs och de erfarenheter som kan göras. Dessa antaganden är av ontologiskt slag, det vill säga antaganden om vad som finns och hur det är beskaffat. Vården innesluter med andra ord svar på filosofiska frågor även om de aldrig explicit har formulerats. Det är dock inte filosofins allmänna frågor om

varat över huvud taget som aktualiseras. De begränsas i stället till de regionalt avgränsade frågor som är av betydelse för vården, och dit hör den mänskliga kroppens ontologi. Sådana ontologiska antaganden fungerar som det filter genom vilket praktiken sker, eller som det osynliga som gör att det vi möter i praktiken bli synligt på ett visst sätt. Förhållandet mellan ontologiska antaganden och vårdpraktik kan också tydliggöras med hjälp av Edgar Rubins berömda gestaltfigur (Rubin, 1915), den så kallade ansiktsvasen.



Figur 1. Edgar Rubins ansiktsvas.

Med denna figur – eller egentligen figurer – kan vi se att det finns ett beroende mellan figur och bakgrund. Vasen förmår endast att framträda som figur om den omgivande bakgrunden betraktas på ett visst sätt. Detta kan emellertid förändras radikalt. Plötsligt ändras figuren och vasen blir bakgrund och den tidigare bakgrunden framstår som två ansikten som tittar på varandra. Detta innebär att om vi ändrar bakgrund kommer en ny figur att framträda. Överfört till vården skulle vi kunna säga att den verklighet som är tillgänglig för en given praktik är beroende av de ontologiska antaganden som har gjorts. Om vi ändrar antaganden, kommer en annan

verklighet att bli tillgänglig för praktik och andra erfarenheter att göras.

Vård kan med andra ord inte bedrivas utan ontologiska antaganden. De förutsätts i all vårdpraktik, men de är inte sällan otematiserade och implicit fungerande i det dagliga arbetet. Det finns därför anledning för vårdpraktiker att se över vilka antaganden som de förutsätter i sin dagliga yrkesverksamhet så att de blir medvetna om deras innehåll och konsekvenser och kan ta ställning till dem. Avsikten med denna text är att bidra till en ökad medvetenhet om och beredskap för ontologiska antaganden i vården.

Det är i detta sammanhang av betydelse att vårdpraktikens ontologiska antaganden inte förväxlas med resultat av empirisk vårdforskning. Även empirisk forskning gör ontologiska antaganden om den avgränsade del av verkligheten som den försöker få kunskap om. På motsvarande sätt som den verklighet som är tillgänglig för praktiken är beroende av ontologiska antaganden är också den empiriska verklighet som är tillgänglig för forskning beroende av ontologiska antaganden. I detta avseende finns det ingen skillnad mellan evidensbaserad och erfarenhetsbaserad kunskap. Båda kunskapsformerna förutsätter ontologiska antaganden, men dessa antaganden kan givetvis vara olika till sitt innehåll.

ONTOLOGIER I VÅRDEN

I vården har dualistisk och materialistisk ontologi haft framträdande roller ända sedan renässansens dagar. Den franske filosofen René Descartes (1596–1650) utvecklade inte bara en dualistisk ontologi. Han bidrog även till att denna ontologi lades till grund för den framväxande empiriska medicinska forskningen. På så sätt kom en dualistisk förståelse av människan att införas i vården.

I Descartes ontologi kan allt som finns delas upp i två slag av egenskaper: materiella och mentala. Dessa båda egenskapstyper står dock i en exkluderande relation till varandra. De samexisterar, men de är inte förenliga med

varandra. Detta har varit ett olöst problem i dualismen ända sedan dess början. Ett exempel kan illustrera detta förhållande. När jag till frukost ska skära upp brödskivor, råkar kniven slinta och jag skär mig i fingret. Ett gapande sår uppstår i mitt finger, det börjar blöda och det gör ont. Hur kan detta exempel analyseras enligt dualistisk teori? Såret i mitt finger är materiellt. Detsamma gäller för blodet som strömmar ut ur såret. Men smärtan är en mental egenskap. Frågan är nu vad det finns för relation mellan såret, blodet och smärtan. Såret och blodet är av samma egenskapstyp och står i ett kausalt förhållande till varandra. Såret i huden är orsak till att blodet strömmar ut. Men smärtan är av ett helt annat slag och har inget med materiella egenskaper att göra. I dualismen finns det således utrymme för att förstå såväl materiella som själsliga egenskaper, men de är uppdelade i två separata områden som aldrig möts. Vad smärtan har med såret och blodet att göra förblir därför en gåta.

Genom historien har två former av monism varit ontologiska alternativ till dualismen. Enligt dessa teorier räcker det med en enda egenskapstyp för att förstå allt som finns. De båda formerna av monism är vanligtvis bekanta under namnen materialism och idealism. I vård-sammanhang är framför allt materialismen av intresse, eftersom den har spelat en framträdande roll i vården. I materialismen anses en enda egenskap räcka för att förstå verkligheten, nämligen materiella egenskaper av olika slag och i olika konstellationer, exempelvis kroppens fysiska utsträckning och uppbyggnad, kemiska förlopp och elektriska impulser. Materialismen löser därmed ett av dualismens grundläggande problem. Problemet med att förstå förhållandet mellan materiella och mentala egenskaper finns helt enkelt inte i materialismen. Om det bara finns en enda egenskapstyp, kan det inte finnas något problem med att förstå relationen mellan olika typer av egenskaper. Men nya frågor uppstår. Är det verkligen möjligt att förstå allt som finns eller ens en begränsad del av verkligheten som den mänskliga kroppen med en enda egenskapstyp och vad får det för konsekvenser?

Både i dualistisk och i materialistisk ontologi begränsas förståelsen av den mänskliga kroppen till sina materiella egenskaper. I mötet med andra människor i vården finns det därför bara utrymme för att kunna beakta fysiska egenskaper och deras förändringar hos en objektiv kropp vid undersökning, vård och behandling. En viktig skillnad mellan dualism och materialism är dock deras självförståelse. I materialismen finns det ingen principiell skillnad mellan andra människor och sig själv. En konsekvent materialist betraktar även sig själv som en objektiv kropp och inget annat. Ett problem är dock hur en kropp som definieras uteslutande av sina fysiska egenskaper kan bedriva vård, det vill säga handla. Det verkar krävas mera för att kunna handla än att vara ett materiellt ting. I dualismen räknar man däremot med ett subjekt som tänker, känner och upplever – ett cogito. Detta subjektiva liv har subjektet direkt tillgång till i en inre åskådning där det framträder oberoende av all kroppslighet ("cogito ergo sum", för att citera Descartes). Av den anledningen påverkas inte mötet med andra människor av dualismens självförståelse. Det subjektiva framträder bara hos subjektet självt, men inte hos andra människor. I dualismen finns därför en radikal skillnad mellan patienten (som objekt) och vårdaren (som subjekt).

En praktisk konsekvens av dualism och materialism är att det inte finns någon anledning att beakta något som har med andra människors subjektiva liv att göra. Patienten är sin fysiskt definierbara sjukdom (diagnos) och behandlingen anpassas därefter. Det finns därför ingen anledning att fråga hur patienten mår efter exempelvis en bröstcanceroperation. Det räcker att undersöka om tumören har avlägsnats, om såret läker väl, vad proverna visar för resultat med mera. Någon vård av patienters lidande finns det inget reellt utrymme för. Detta beror inte bara på att det inte finns något subjekt som kan lida, utan som en följd av detta att lidandet inte kan relateras till något subjekt med en viss personlighet, livshistoria, livsvärld, livssituation, livsåskådning och så vidare.

Vården behöver därför underbyggas av någon annan kroppsentologi än dualismens och materialismens

kroppsentologier. De senare ontologierna medger en betydelsefull, men begränsad kroppsförståelse i vården och behöver därför en vidare kroppsteori som är inkluderande i stället för att vara exkluderande. En sådan teori erbjuds i livsvärldsfenomenologin och den teori om den levda kroppen som Merleau-Ponty (1945) har utvecklat i *Phénoménologie de la perception*.

LIVSVÄRLDSFENOMENOLOGI

OCH DEN LEVDA KROPPEN

Livsvärlden står i ontologisk betydelse för en pluralistisk och integrativ syn. Pluralism ska i detta sammanhang förstås som ett icke-reduktionistiskt sätt att förstå verkligheten. Uttryckt i relation till traditionell västerländsk ontologi betyder det att verkligheten inte kan ges en uttömmande bestämning med hjälp av ett begränsat antal egenskaper som fysiska och psykiska egenskaper. Formulerat i positiva termer betyder livsvärldsentologins pluralism att verkligheten förstås som en komplex verklighet bestående av ett omfattande antal egenskaper som inte kan reduceras till varandra. Med en sådan utgångspunkt framträder vårdpraktiker på ett mycket mer differentierat sätt än i dualistisk eller monistisk ontologi.

Ett andra utmärkande drag hos livsvärldsentologin är sammanflätningen eller det ömsesidiga beroendet mellan verklighetens många skiftande egenskaper. Det är detta som den integrativa synen står för, och den förkastar dualistisk ontologi. Livsvärlden är varken en objektiv värld i sig själv eller en rent subjektiv värld, utan den är snarare en ambivalent värld däremellan. Värld och liv är beroende av varandra i den meningen att livet alltid är världsligt och världen alltid beroende av den mening den har för ett levande subjekt. På detta sätt är liv och värld en enhet som först i efterhand kan delas upp i åtskilda delar. Det är därför ett misstag att tvinga oss att välja mellan liv och värld som vi har lärt oss i ontologins historia.

Egentligen måste vi lära oss att förstå verkligheten mer i termer av "både-och" i en ömsesidig betydelse i stället för att förstå den som "antingen-eller". Detta gäller inte bara för liv och värld, utan även för kropp och själ, objekt och subjekt, yttre och inre, fysiskt och psykiskt, sinnligt och kognitivt, själv och andra, individ och samhälle och så vidare. Den mänskliga kroppen är således aldrig bara ett fysiskt objekt. Den är också alltid ett subjekt. Omvänt är subjektet aldrig bara ett subjekt. Det är också alltid en fysisk kropp. Kropp och liv är således ömsesidigt beroende av varandra och utgör en enhet som vi kan kalla "den levda kroppen". Med teorin om den levda kroppen är det möjligt att göra en annan analys av exemplet med att skära sig i fingret. När jag skär mig själv i fingret, vet jag precis var smärtan är. Den är i mitt skadade pekfinger, inte i huvudet, inte i foten, inte i långfingret. Sår, blod och smärta är integrerade i min levda kropp.

I teorin om den levda kroppen är kroppen ett subjekt. Av den anledningen skiljer sig den levda kroppen från ting av olika slag. Ett ting, exempelvis en stol, kan jag gå ifrån och flytta till en annan plats, men den egna levda kroppen kan jag aldrig fjärma mig från och jag kan inte flytta den som jag flyttar en stol. Den levda kroppen är ständigt närvarande i allt jag gör. Den är med mig över allt och vi kan därför säga att jag är min kropp. Den egna levda kroppen är subjekt för alla mina erfarenheter och är därför aldrig ett rent objekt. Den egna levda kroppen är därför förutsättningen för att objekt alls ska kunna finnas och den är även förutsättningen för att ting framträder i perspektiv. Världsliga ting erfars alltid utifrån den egna kroppens perspektiv och därifrån breder världen horisontellt ut sig. Inte ens i spegeln visar sig min egen kropp som ett rent objekt, utan spegelbilden följer hela tiden mina avsikter och tillåter ingen perspektivväxling.

Genom att den levda kroppen är ett kroppsligt subjekt innebär det att subjektet inte är fördolt i ett inre liv som bara subjektet självt har tillgång till. Den levda kroppen är ett subjekt som redan existerar i världen tillsammans

med andra människor. Visserligen erfars inte andra människors kroppar på samma sätt som min egen kropp, men de framträder inte bara som materiella ting. En annan levd kropp är i stället uttryck för ett subjekt med en egen personlighet, livshistoria, livsvärld, livssituation, livsåskådning och så vidare. I mötet med andra människor kommer därför den andres liv till uttryck på olika sätt som *ett annat subjekts liv*. I vårdsammanhang gäller det att ta vara på denna resurs och inte stanna vid en förståelse av andra kroppar som blott fysiska objekt. Bara utifrån en sådan förståelse av den mänskliga kroppen blir det praktiskt möjligt att bedriva vård av lidande människor i världen.

AVSLUTANDE KOMMENTARER FÖR VÄRDERING AV ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP

Jag har i det föregående skisserat tre olika ontologiers kroppsförståelse och deras konsekvenser för vården. I vilken utsträckning dessa ontologier återfinns i vårdpraktiken är dock en öppen fråga, vars svar kräver empiriska studier. Det råder dock ingen tvekan om att alla ontologierna förekommer i olika form i praktiken. Oavsett hur den empiriska vårdpraktiken ser ut, erbjuder de ontologiska alternativen oss möjlighet att ta ställning till vilken ontologi vi anser bäst gynnar vårdpraktiken. Vi kan inte komma förbi ontologiska antaganden om kroppen i vården. Frågan är därför vilka antaganden vi föredrar att satsa på.

Svaret på denna fråga är således inte bara ett svar på en teoretisk eller empirisk fråga. Det är svar på en praktisk fråga om hur vi vill att vårdens praktik ska se ut, och detta svar är normativt. Svaret har också direkta konsekvenser för hur vi värderar erfarenhetsbaserad kunskap. Om erfarenhetsbaserad kunskap är grundad på erfarenheter i vårdpraktik, och om vårdpraktik värderas olika beroende på ontologiska antaganden, kan inte all erfarenhetsbaserad kunskap värderas lika (lika lite som all evidensbaserad kunskap kan det). Hur den

erfarenhetsbaserade kunskapen ska värderas måste sättas i relation till de ontologiska utgångspunkter den har och de erfarenheter som det möjliggör samt det område där den ska värderas (vad för slags vård, meritering för antagning till vilken utbildning eller vilka karriärsammanhang).

REFERENSER

OCH NÅGRA SVENSKA TITLAR AV RELEVANS

Bengtsson, Jan (1993). Theory and practice. Two fundamental categories in the philosophy of teacher education. *Educational Review* 45/3.

Bengtsson, Jan (1999). *Fenomenologiska utflykter. Människa och vetenskap ur ett livsvärldsperspektiv*. Göteborg: Daidalos.

Bengtsson, Jan (2001). *Sammanflätningar*. 3:e uppl., Göteborg: Daidalos.

Bengtsson, Jan (2005). *Med livsvärlden som grund*. 2:a uppl., Lund: Studentlitteratur.

Bullington, Jennifer (1999). *The mysterious life of the body. A new look at psychosomatics*. Linköping Studies in Arts and Science 190.

Dahlberg, Karin, Drew, Nancy och Nyström, Maria (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Duesund, Liv (1996). *Kropp, kunskap och självuppfattning*. Stockholm: Liber.

Grundén, Ingrid (2005). *Att återerövra kroppen. En studie av livet efter en ryggmärgsskada*. Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg Studies in Educational Sciences 226.

Friberg, Febe (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärldgrund*. Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg Studies in Educational Sciences 170.

Merleau-Ponty, Maurice (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.

Nyström, Maria (2003). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

Rosberg, Susanne (2000). *Kropp, varande och*

mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Rubin, Edgar (1915). *Synsoplevede Figurer. Studier i psykologisk Analyse*. København, Gyldendalske Boghandel nordisk Forlag.

Wireklint Sundström, Birgitta (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Acta Wexionensia 64/2005 Växjö: Växjö University Press.

Öhlén, Joakim (2000). *Att vara i en fristad. Berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård*. Göteborg: Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet.

4.3 ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP – VAD ÄR DET OCH HUR VÄRDERAR VI DEN? GÅR DEN ATT BEDÖMA?

(sammanfattning av gruppdiskussion)

Gruppdeltagare: Ester Mogensen, gruppleddare, Åsa Assmundson, Margareta Ehnfors, Ewa Pilhammar Andersson, Joakim Öhlén, Gerthrud Östlinder

VAD ÄR ERFARENHETSBASERAD KUNSKAP?

Det specifika med erfarenhetsbaserad kunskap är att den enbart kan skaffas genom deltagande och handling. Den erfarenhetsbaserade kunskapen inom vårdområdet bygger på egna, personliga erfarenheter av möten i vård-situationer. Möten med patienter, anhöriga, personal och den omgivande vårdmiljön. Mycket av erfarenhets-

baserad kunskap går under andra namn som exempelvis praktikerkunskande, förtrogenhet och tyst kunskap.

Inom sjuksköterskans område är det bland annat att kunna använda egna direkta erfarenheter för lärande och utveckling av den egna professionen genom ett öppet reflekterande i dialog med andra där följande ingår:

- Lyhördhet, inlyssnande och bemötande
- Känsla för nyansskillnader i vårdssituationer
- Klinisk blick för att kunna bedöma behov
- Pedagogisk blick för att kunna se var patient eller student befinner sig i sin utveckling
- Nyfikenhet och öppenhet för andras perspektiv

Erfarenhetsbaserad kunskap utgör grunden för all professionell utveckling, men det krävs en medvetenhet om att det måste ställas vissa krav på hur den används och hur den kan utvecklas. Den här kunskapen behöver värderas och bedömas i relation till sitt sammanhang. I ett isolerat och slutet system sker ingen utveckling, lika så finns samma risk inom ett alltför fragmentiserat arbetsområde.

En viktig aspekt på erfarenhetsbaserad kunskap är att ta med patienters erfarenheter av sina upplevelser. Hur blir deras upplevelser en användbar erfarenhetskunskap och hur kan vi inom vården få del av den? Hur kan vi hantera vår attityd till patienters kunskap och vår tendens att ofta hävda tolkningsföreträde?

FÖRELÄSARNAS INLÄGG KOMPLETTERAS I FORTSÄTTNINGEN MED NÅGRA KOMMENTARER

Jan Bengtssons inledande reflektioner över vad som styr vårdens ontologiska antaganden ledde till funderingar över hur man kan göra begreppet ontologi mer tillgängligt. Blir det möjligen mer begripligt att tala om vår grundsyn? Vad är det som styr hur vi bedömer och värderar den kunskap som används/finns tillgänglig inom vården? Hur får vi med mer av livsvärldsriktad/fenomenologisk grundsyn i vården?

Jan Bengtsson betonade att det finns behov av att se

över och medvetandegöra våra antaganden. Erfarenhetsbaserad kunskap måste värderas med utgångspunkter i den grundsyn som råder i det sammanhang där den utövas, men man måste också ta hänsyn till det område där den ska värderas och för vad – som grund för exempelvis antagning till utbildning, eller som meritunderlag för att söka tjänst och så vidare. Vilka antaganden föredrar vi att satsa på?

Anneli Sarvimäki utgick från Polanyis provocerande påstående att 20 års erfarenhet kanske endast innehåller två års kunskap, resten är rutin. Det här något många kan känna igen, men låt oss hålla emot lite. Kan 20 års erfarenhet verkligen minimeras till två år? Är det möjligt att undvika att göra upplevelser till erfarenhetskunskap? Alla kan nog hålla med om att tiden säkerligen bidrar till någon form av kunskap, men att den inte alltid kan kallas god och användbar. Det gavs till och med exempel på hur vårdare med lång erfarenhet utvecklat tekniker och metoder för att undertrycka och plåga (patienter, personal och studenter). Återigen ett belägg för att kunskap inte självklart är något gott eller alltid används för goda ändamål.

Vad är det som gör att rutin inte räcker? Vi kräver något av erfarenheten för att benämna den kunskap! Den ska bearbetas och reflekteras för att bli till kunskap. Och reflektionen är inte enbart en diskussion och en återblick, den måste ha med en självreflekterande/kritisk komponent för alla inblandade för att bli verkningsfull.

Enligt *Anneli Sarvimäki* skapas vår kunskap om verkligheten i interaktionen mellan ett aktivt medvetande och den yttre verkligheten. Hur kan den interaktionen utformas så att kunskapen blir till något gott?

I en omgivning, där det är högt i tak, där det är tillåtet att fråga och ifrågasätta, där en mångdimensionell kunskapssyn råder – där finns alla möjligheter. En vårdavdelning, en arbetsplats med ett öppet klimat, bidrar i hög grad till att den erfarenhetsbaserade kunskapen byggs upp till värdefull professionell kunskap. En vision är att patienters erfarenheter också finns med i den uppbyggnaden.

Vems är den erfarenhetsbaserade kunskapen? frågade Anneli Sarvimäki. Egen, personlig? Föregående generationers nedärvda kunskap som vi okritiskt tar över? eller forskarnas, det vi hitintills kunnat studera och göra antaganden om? Svaret blir väl att det varierar.

Astrid Norberg efterlyste metoder för att kunna utforska och utvärdera den tysta erfarenhetsbaserade kunskapen. Att negligera den tysta kunskapen riskerar att spolia all kunskap.

En fråga hänger kvar efter *Astrid Norbergs* inlägg, där hon också framhöll att all erfarenhetskunskap inte är god kunskap och argumenterade för att evidensbaserad kunskap måste kombineras med erfarenhetskunskap och med intellektuella och moraliska dygder för att bli fullt användbar:

Hur kan vi överblicka och få insyn i lärmiljöer exempelvis i utbildningarnas praktiska, verksamhetsförlagda avsnitt? Här har vi ett av problemen inom utbildningen idag. Vi vet att lärare har allt mindre kontakt med de verksamhetsförlagda avsnitten i utbildningarna. Lärare gör numera kontaktbesök, de är sällan med i situationerna, har ibland inte heller grepp om de specifika sammanhang där studenter samlar sina erfarenheter. De "sitter sällan med", det vill säga de ser sällan studenten i aktion när erfarenheten samlas in. Där har den enskilde handledaren det största ansvaret och där måste utbildningen tydligt efterfråga och erbjuda handledaren redskap att bedöma och utvärdera den erfarenhet studenten skaffar sig. Hur kan vi bidra till en utveckling på det området? Troligen är detta en central fråga för den fortsatta möjligheten att kunna värdera och bedöma erfarenhetsbaserad kunskap.

Per-Erik Ellström poängterade det erfarenhetsbaserade lärandet, ett "förstadium" till kunskapen. Traditionella utbildningsinsatser är ofta ofullständiga, när det gäller att ge stöd för praktisk tillämpning. Det praktiska lärandet handlar om enskildheter och att lära sig olikheter, medan teoretisk utbildning ofta handlar om att lära ut generella likheter. Lärandets resultat kan vara positiva i form av utvidgad eller ökad kompetens,

men även innebära passivisering och underordning.

Låt oss ta fasta på hans beskrivning av det praktiska lärandet som en pendel mellan rutin och reflektion, mellan det reproduktiva, bevarande lärandet och det utvecklingsinriktade. Båda formerna behövs för den professionella utvecklingen, men den senare behöver särskilt betonas. Kollektiv erfarenhetsbaserad kunskap borde kunna byggas in i standardiserade riktlinjer, så kallade guidelines. Dessa vägledande riktlinjer är en möjlighet till systematiserad kunskap, som den enskilde inte enkelt själv kan ställa upp. Det gäller också att se risken med den så kallade kompetensfällan, som enligt *Ellström* uppstår när för mycket rutin läggs in och den enskilde förlorar den kunskap som är grunden för handlandet.

En återkommande fråga är Vilka möjligheter utgör erfarenhetsbaserad kunskap för professionell utveckling? I sammanhang där det finns en tydlig struktur för erfarenhetsutbyte, för dialog och diskussion är den erfarenhetsbaserade kunskapen motorn och drivkraften i den professionella utvecklingen. Möjligheterna att ytterligare bygga upp sådan kunskap värderas då högt.

Och vilka hinder kan vi se? I situationer/sammanhang där erfarenhet inte tillskrivs något värde uppstår en mängd hinder för utveckling. Här finns sällan utrymme för reflektion.

Samma sak gäller i de fall där bara viss erfarenhet räknas, där man inte är öppen för diskussion om olika grupper/individens enskilda erfarenheter. Sätter den enskilde eller gruppen en gräns för vad man delar med sig? Finns revirtänkande? Ett hinder för professionell utveckling är också bristen på metoder att värdera och bedöma den erfarenhetsbaserade kunskapen.

I *Ewa Pilhammar Anderssons* presentation sammanfattades vad som krävs för att göra erfarenhet till kunskap: aktiv handling både kognitivt, motoriskt och affektivt hos individen. Den tysta kunskapen är en väsentlig del i det kliniska arbetet, men kan leda till felaktiga beslut om den inte blir föremål för reflektion. *Ewa Pilhammar Andersson* beskrev fem komponenter som visat

sig ingå i uppbyggandet av erfarenhetsbaserad kunskap i en nyligen genomförd studie riktad till pensionerade läkare: mångfald och variation, uppövande av intuition och klinisk blick, förmåga att använda alla sinnen, personlig mognad och livserfarenhet, teoretisk kunskap och förhållningssätt.

Hur kan vi i fortsättningen bidra till att dessa komponenter får utrymme i den professionella utvecklingen? Vem ansvarar för detta? Hur hanteras det tänkbara påståendet att erfarenhetsbaserad kunskap dels är att föra vidare en tradition, dels också måste kunna betraktas som färskvara. Erfarenhetsbaserad kunskap utgör en förutsättning för att kunna klara av sjukvårdsuppdraget genom att ge underlag för bedömning, ställningstagande och beslut. Hur kommer den erfarenhetskunskapen att se ut i framtiden?

Det bör vara möjligt att kunna bedöma erfarenhetsbaserad kunskap om vi får möjlighet att ta hänsyn till de speciella förhållanden under vilka den utvecklats och har insyn i vad värderingen ska användas till. Ellströms påpekande om erfarenhetslärandets pendling mellan bevarande och utveckling måste ses som en viktig del i bedömningsarbetet.

Medvetenhet om det speciella sammanhanget, att kunna vara med i situationen, att formulera förväntningar, att samla och organisera evidens och sedan använda den skulle kunna vara några riktlinjer att följa.

BEHOV AV FORTSATT FORSKNING OCH UTVECKLING

I en avslutande diskussion om behov av fortsatt forskning och utveckling inom området fanns en enighet om att kliniska handledare och lärare i större utsträckning behöver ta del av vad som faktiskt pågår i en verksamhet för att kunna värdera och bedöma erfarenhetskunskapen.

Narrativa metoder i form av enskilda berättelser kan vara ett sätt att utforska erfarenhetskunskap. Fokusgrup-

per med berättande om erfarenheter i centrum är ett annat.

Portföljmetoden kan utvecklas att omfatta den erfarenhetsbaserade kunskapen tillsammans med "sitting beside" eller "sit ins" det vill säga en ökad närvaro i yrkessammanhang av dem som ska bedöma.

REFERENS:

Braskamp, L.A. Education for Health, vol 18 (1) 2005, 74–79. *Advice to Deans: assessing faculty work by "sitting beside"*.

5. FORTSATT UTVECKLING

De olika inläggen om erfarenhetsbaserad kunskap visar att mycken forskning är gjord för att beskriva erfarenhetens betydelse och för att finna utbildningsmodeller vilka underlättar utvecklingen av erfarenhetsbaserad kunskap. Metoder behöver dock utvecklas för att kunna beskriva och värdera den erfarenhetsbaserade kunskapen som i många fall är personlig och tagen för given.

HUR KAN DEN ERFARENHETSBASERADE KUNSKAPEN GÖRAS SYNLIG

– BEPRÖVAD – VETENSKAPLIG?

Som framgått i de olika inläggen är vi alla, patienter, vårdpersonal, lärare, forskare med flera, bärare av en personlig kunskap som till stor del vilar på erfarenhet. Erfarenhet som kan vara såväl reflekterad som oreflekterad, såväl verbaliserad som icke verbaliserad. För att kunna värdera, pröva och göra den kollektivt måste vi till en början finna metoder för att kunna upptäcka den och beskriva den. I forskningen kommer därför den enskilda individens erfarenhetsbaserade kunskap att bli central och metoder behöver utvecklas för att synliggöra den.

Berättelsen som metod att synliggöra den erfarenhetsbaserade kunskapen kan vara en möjlighet. Genom berättelser, delgiva i form av intervjuer eller essäer kan individer med olika erfarenheter uppmanas att reflektera över den kunskap de använder sig av, vilka erfarenheter de gjort och vilken betydelse de tillmäter detta. Berättelserna kan även användas vid interventioner, där reflektionen över egen och andras kunskap/erfarenhet utgör interventionen och analysen utgörs av observationer över förändringar i förmåga att kunna upptäcka nyanser i vårdandet. Detta kan eventuellt komma till uttryck i senare berättelser. Ett annat sätt är att utnyttja de möjlig-

heter forskning med Critical incident technique erbjuder, det vill säga att utifrån deltagarnas fritt valda beskrivningar av positiva och negativa händelser föra samtal om de ställningstaganden och intentioner som legat till grund för beslut och handlingar.

I vårdarbetet kan vissa personer framstå som speciellt utmärkande i patientkontakter på såväl positivt som negativt sätt. Varför kan till exempel en patient bli orolig när en viss vårdare finns närvarande medan andra vårdare kan ha motsatt effekt? Kan observationer, direkt eller med hjälp av video av enskilda vårdare i olika situationer leda till ett synliggörande av erfarenhetens betydelse så att den kan verbaliseras och prövas? Frågeställningarna innebär nya utmaningar där den erfarenhetsbaserade kunskapen hos enskilda personer läggs under luppen.

All erfarenhet är inte av godo. Ibland utvecklats tekniker, metoder och förhållningssätt som kan vara till skada för patienter eller som kan hämma personal i deras professionella utveckling. Patienternas erfarenheter och upplevelser av vård och vårdare är minst lika viktigt att belägga genom vetenskapliga studier. Fortsatt forskning behövs för att visa fram såväl goda som dåliga exempel vilka kritiskt kan granskas och diskuteras utifrån dess ontologiska bas. Den erfarenhetsbaserade kunskapen är föränderlig och kan till viss del ses som färskvara, vilket medför att forskningsområdet är spännande och evigt aktuellt.

BILAGA 1

ARBETSGRUPP FÖR PLANERING AV ARBETANDE KONFERENS

Astrid Norberg, legitimerad sjuksköterska, professor, Umeå universitet

Ewa Pilhammar Andersson, legitimerad sjuksköterska, professor, Göteborgs universitet och Malmö högskola

Joakim Öhlén, legitimerad sjuksköterska, lektor, Göteborgs universitet och Karolinska institutet

Gerthrud Östlinder, legitimerad sjuksköterska, FoUU-sakkunnig, Svensk sjuksköterskeförenings kansli

FÖRFATTARE TILL KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING – FÖREDRAG

Ewa Pilhammar Andersson, legitimerad sjuksköterska, professor, Göteborgs universitet och Malmö högskola

Per-Erik Ellström, professor i pedagogik, Linköpings universitet

Berit Lundman, legitimerad sjuksköterska, professor, Umeå universitet

Astrid Norberg, legitimerad sjuksköterska, professor, Umeå universitet

Anneli Sarvimäki, legitimerad sjuksköterska, professor, Helsingfors

Jan Bengtsson, professor, Göteborgs universitet

TEMA FÖR GRUPPDISKUSSIONER, GRUPPINDELNING OCH DELTAGARE I WORKSHOP DEN 16 SEPTEMBER 2005

77

Moderator: Joakim Öhln, Göteborgs universitet och Karolinska Institutet

Bisittare: Gertrud Östlinder, FoUU-sakkunnig, Svensk sjuksköterskeförenings kansli

TEMA	GRUPPLEDARE	INBJUDNA MEDVERKANDE
Grupp 1 Erfarenhetsbaserad kunskap går den att värdera och bedömas?	Ester Mogensen, Karolinska Institutet	*Åsa Assmundson, SU/Sahlgrenska, Göteborg *Margareta Ehnfors, Örebro universitet *Ewa Pilhammar Andersson, Göteborgs universitet *Joakim Öhln, Göteborgs universitet/Karolinska Institutet *Gertrud Östlinder, Svensk sjuksköterskeförening
Grupp 2 Hur kan vi integrera vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap?	Karin Axelsson, Luleå tekniska universitet	*Margaretha Ekebergh, Växjö universitet *Tea Hwit, Örgryte stadsdelstfövaltning *Astrid Norberg, Umeå universitet *Eva Sahlberg Blom, Örebro universitet
Grupp 3 Hur kan erfarenhetsbaserad kunskap användas som underlag för beslut?	Catrine Jacobsson, Umeå universitet	*Maria Eiman, Malmö högskola *Birgitta Engström, Umeå universitet *Katarina Göransson, Örebro universitet *Else-Marie Jarl, Mälardalens högskola *Maria Skyvell-Nilsson, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Göteborgs universitet *Birgitta Wireklint Sundström, Borås högskola
Grupp 4 Hur kan moralisk lyhördhet byggd på erfarenhetsbaserad kunskap värderas och bedömas?	Kim Lützen, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm	*Helena Alm Tejle, Västervik *Margaretha Billebo, CSK Karlstad *Birgitta Ek, skolhälsovården Sävar *Elizabeth Jansson, Stiftelsen Stora Sköndal, Stockholm *Birgit Rasmussen, Umeå universitet

BILAGA 2

TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER

EGEN UTGIVNING

(Beställs hos SSF Material, Bilda Förlag)

Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad. Sjuksköterskornas kvalitetsråd inom Svensk sjuksköterskeförening 2000, reviderad 2005.

Strategy for Quality Improvement of Nursing Care. Sjuksköterskornas kvalitetsråd inom Svensk sjuksköterskeförening 2001 (översättning).

Omvårdnad som akademiskt ämne. Sjuksköterskornas vetenskapliga råd inom Svensk sjuksköterskeförening 2001 (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialisering i smärtvård. Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen mot Smärta 2001, revidering 2002. (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Riktlinjer för godkännande av handledare i yrkesmässig handledning i omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för Yrkesmässig Handledning i Omvårdnad 2001, revidering 2003.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. International Council of Nurses – ICN 2000. Översättning av Svensk sjuksköterskeförening 2002.

Strategi för utveckling av sjuksköterskans IT-kompetens. Svensk sjuksköterskeförening 2002. (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Grundforskning – något för omvårdnad? Svensk sjuksköterskeförening 2002. (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Omvårdnad som akademiskt ämne i forskning, utbildning och patientnära verksamhet – ätande, svår-läkande sår och långvarig smärta. Östlinder G (red).

Sjuksköterskornas vetenskapliga råd inom Svensk sjuksköterskeförening 2002. (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Strategi för oss som utvecklar vården. Svensk sjuksköterskeförening 2002. (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Metoder i omvårdnad och sjuksköterskans arbete – inventering som underlag för SBU Alerts utvärderingar, Ania Willman, Anna Forsberg, Anna Strömberg, Svensk sjuksköterskeförening 2003 (tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Methods in Nursing – Inventory as a Basis for SBU Alert Evaluations, Ania Willman, Anna Forsberg, Anna Strömberg, Svensk sjuksköterskeförening 2003 (Översättning).

Kvalitetsrevision av omvårdnad, Sjuksköterskornas kvalitetsråd inom Svensk sjuksköterskeförening 2004.

Svensk sjuksköterskeförening om omvårdnadsforskning, Svensk sjuksköterskeförening 2004.

The Swedish Society of Nursing on Nursing Research. Svensk sjuksköterskeförening 2005 (översättning).

Närståendes behov. Omvårdnad av akademiskt ämne. Östlinder G (red) Svensk sjuksköterskeförening 2004.

The Needs of Family Members. Nursing as an Academic Subject. Svensk sjuksköterskeförening 2005 (översättning).

Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom allergi och annan överkänslighet. Svensk sjuksköterskeförening och Astma- och allergisjuksköterskeföreningen 2005.

Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård. Svensk sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård 2006.

OMVÅRDNADSSERIEN – SSF I SAMARBETE MED SPRI/FÖRLAGSHUSET GOTHIA

Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Idvall E (red). Omvårdnad, Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 1/1996. Reviderad 2001 som nr 9 Omvårdnad, Svensk sjuksköterskeförening och Förlagshuset Gothia.

Quality Indicators in Nursing. Idvall E (ed). Omvårdnad, Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 1/1997 (översättning).

DySSSy – En metod för kvalitetssäkring i vården. Hellung-Strohl E (red). Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 2/1996. (Slut på förlag).

Omvårdnadsforskningens möjligheter och gränser. Heyman I. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 3/1997 (Slut på förlag).

Neonatal omvårdnad – Riktlinjer för kvalitetsutveckling. Wallin L. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 4/1997. (Slut på förlag).

Det goda valet – Prioriteringar i omvårdnad. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 5/1998. (Slut på förlag).

Nursing Informatics Combining Clinical Practice Guidelines and Patient Preferences Using Health Informatics. Ehnfors M, Grobe J S, Tallberg M (ed). Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 6/1998. (Slut på förlag).

Cancerrelaterad smärta. Carleson B (red). Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 7/1999. (Slut på förlag).

Nursing Management of Cancer Related Pain. Carleson B (ed). Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Förlagshuset Gothia nr 7/2000 (översättning). (Slut på förlag, kan beställas från SSF).

Omvårdnad Nu – 6:e konferensen "The State of Art in Nursing". Karolinska Institutet och Svensk sjuksköterskeförening 1998. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 8/1999. (Slut på förlag).

Kerstin Nordendahl – en sjuksköterska i tiden. Wendt R. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Spri nr 9/1999.

Monograph – Critical Appraisal Nursing Theories in Practice, Education and Research. Second European Nursing Theory Conference in Scandinavia. Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för omvårdnadsteorier inom praktik, utbildning och forskning 2000. Omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Förlagshuset Gothia nr 10/2001. (Slut på förlag, kan beställas från SSF).

Omvårdnad vid Stroke – State of the Art. Svensk sjuksköterskeförening och Förlagshuset Gothia 2005.

EVIDENSBASERAD OMVÅRDNAD – SSF I SAMARBETE MED SBU

Strålbehandling av patienter med cancer. SBU-SSF nr 1 1998.

Behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck. SBU-SSF nr 2 1998.

Behandling av patienter med depressionssjukdomar. SBU-SSF nr 3 1999.

Behandling av patienter med schizofreni. SBU-SSF nr 4 1999.

Evidence-Based Nursing– Caring for Persons with Schizophrenia. SBU-SSF nr 4 1999 (översatt 2001).

ÖVRIGA

Bättre liv. Forskning för äldre. Svensk sjuksköterskeförening, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters riksförbund och Vårdförbundet 2003. (Tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Prioriteringar av omvårdnad. Ett diskussionsunderlag baserat på insatser vid stroke. Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet och Svenska läkaresällskapet 2004. (Tryckt upplaga slut, finns på www.swenurse.se).

Förlagshuset Gothia

08-462 26 70

08-462 03 22 (fax)

e-post: info.gothia@verbum.se

SBU

08-412 32 00

08-411 32 60 (fax)

e-post: info@sbu.se

Bilda Förlag

08-709 05 00

08-709 05 31 (fax)

e-post: ssfmaterial@bildaforlag.se



Swedish Society of Nursing – SSF

Baldersgatan 1

SE-114 27 Stockholm

SWEDEN

Telephone: +46 8 412 24 00

Telefax: +46 8 412 24 24

E-mail: ssf@swenurse.se

www.swenurse.se