

Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter

Trude Fløystad Eines og Ingela Thylèn

Trude Fløystad Eines, Høgskolelektor i sykepleie, Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse og sosialfag

Ingela Thylèn, Førsteamanuensis, Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse og sosialfag; Inst Medicin och Hälsa, Avd för Omvårdnad, Hälsouniversitetet i Linköping, Sverige; Universitetssjukhuset, Kardiologiska Kliniken, Linköping, Sverige

Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å belyse de metodologiske og praktiske utfordringene forskere vil kunne møte i prosessen når fokusgruppeintervju skal planlegges, gjennomføres og analyseres. Artikkelen omhandler egne erfaringer med pårørende som informanter, hvor metoden har mange fordeler. Likevel vil forskeren møte noen utfordringer når fokusgruppeintervju velges som forskningsmetode. Det er derfor viktig å fokusere på kompleksiteten i forskningsprosessen for å få et kvalitativt godt datamateriale. Ulike metodiske aspekt som troverdighet, pålitelighet, samstemmighet og overførbarhet vil bli diskutert i tillegg til diskusjon omkring interaksjonen i gruppene og mellom forskeren og deltakerne i fokusgruppene.

Referee*

Nøkkelord

Fokusgruppeintervju, kvalitativ forskning, pårørende, metodologiske og praktiske utfordringer

Introduksjon

Det voksende feltet av kvalitativ forskning i dagens helsevesen har et potensial til å influere sykepleieutøvelsen på grunn av sin induktive tilnærming av ulike problem. Ved å arbeide induktivt, går forskeren åpent og eksplorativt ut og søker svar på problemstillingene med utgangspunkt i datamaterialet og ikke teori. Denne artikkelen tilfører den allerede eksisterende litteraturen en diskusjon rundt fokusgruppeintervjuer som metode, for å oppmuntre sykepleiere som er nye i forskningsverden til å nærme seg et forskningsmiljø med en dypere forståelse og

kritisk refleksjon. Hensikten med artikkelen er å belyse metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgruppeintervju som forskningsmetode. Ulike kvalitetsaspekt som troverdighet, pålitelighet, samstemmighet og overførbarhet vil bli diskutert i tillegg til diskusjon rundt gruppeinteraksjon mellom deltakerne i fokusgruppeintervju. Artikkelen vil belyse ulike utfordringer ved planlegging, innsamling og analyse av datamaterialet i lys av erfaringer fra studier med pårørende som informanter.

Teoretisk referanseramme

Historisk har anvendelsen av fokusgrupper hatt en nær tilknytning til den gradvise aksept for anvendelsen av kvalitative forskningsmetoder (Barbour 2005). Tidligere ble fokusgruppeintervju ofte benyttet i en tidlig fase av forskningsprosjekt, men senere år er det blitt vanlig å benytte fokusgruppeintervju som den eneste metoden i studier innenfor helsefag og klinisk sykepleie (Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips og Davidson 2007; Drahota og Dewey 2008). Som Masters, Carlson og Pfadt (2006) poengterer, vil valg av forskningsmetode avhenge av studiens hensikt og hvilke forskningsspørsmål som ønskes besvart. Fokusgruppeintervju er en forskningsmetode hvor forskeren har anledning til å stille spørsmål til flere deltakere samtidig og samle kvalitative data med en induktiv tilnærming (Fontana og Frey 2005). Forskningsmetoden er velegnet når forskeren søker et mangfold av ideer eller følelser knyttet til bestemte opplevelser (Kreuger og Casey 2009), og når forskeren søker å forstå ulikheter knyttet til perspektiver mellom grupper eller mellom kategorier av mennesker (Curry, Nembhard og Bradley 2009). I tillegg anbefaler Morgan (1998a) å benytte fokusgruppeintervju når forskeren søker dybdeinnsikt i bakenforliggende faktorer og forhold knyttet til meninger og erfaringer. Fokusgruppeintervju anbefales når det eksisterer et maktforhold mellom deltakerne og de som tar avgjørelser. Dette bidrar til at metoden er egnet til evaluering av helsetjenester ved å gi deltakerne anledning til å påvirke ulike forhold ved eksisterende praksis (Halcomb et al 2007). I forskningsprosessens ulike trinn inngår planlegging, datainnsamling, analyse og rapportering av materialet.

Planlegging

Når fokusgruppeintervju skal planlegges, må det tas hensyn til økonomiske aspekt og rekrutteringsgrunnlaget. Forskeren vil kunne møte større utfordringer når deltakere skal rekrutteres til deltakelse i fokusgruppeintervju enn individuelle intervju, spesielt dersom deltakerne ikke kjenner hverandre fra før. Hvis deltakerne gir uttrykk for at de opplever ubehag ved å dele erfaringer ved bruk av fokusgruppeintervju, bør individuelle dybdeintervju vurderes av forskeren. Dersom temaet for et forskningsprosjekt er sensitivt, er det viktig å vurdere nøye om fokusgruppeintervju som metode er å anbefale (Polit og Beck 2010), fordi hele forskningsprosessen skal være etisk forankret ved at deltakernes rettigheter beskyttes (Burns og Grove 2009).

Sammensetningen av gruppene vil påvirke kvaliteten på diskusjonen og datamaterialet som helhet, fordi samspillet mellom deltakerne er en viktig faktor ved bruk av denne metoden. Dersom deltakerne ikke er komfortable med hverandre, vil dette kunne bidra til at deltakerne ikke diskuterer meninger og følelser åpent (Morgan 1998a). Siden interaksjon og diskusjon innad gruppen er en viktig faktor for innhenting av et kvalitativt godt datamateriale, mener Morgan (1998b) at forskeren bør vurdere å rekruttere deltakere som har en gruppetilhørighet fra før. Krueger og Casey (2009) anbefaler i tillegg at fokusgruppene settes sammen homogent med

utgangspunkt i kjønn, utdanning og familiekarakteristikk. Anerkjente teoretikere som Krueger og Casey (2009) og Morgan (1998a, 1998b) anbefaler ulikt antall deltakere i fokusgruppeintervju, fra 4-10. Antallet deltakere i gruppen vil imidlertid påvirke datamaterialet som innhentes og det er viktig at forskeren er bevisst utfordringene antall deltakere vil medføre. Store grupper vil kunne bidra til et bredt og rikt mangfold av meninger, men hver deltaker vil få lite tid til å prate. I tillegg vil store grupper kunne føre til at deltakere tier og blir passive. Morgan (1998b) påpeker at store grupper gir hver deltaker mindre ansvar for å holde diskusjonen i gang, men samtidig mindre mulighet for å få dybdeinformasjon fra den enkelte deltaker. Mindre grupper vil gi hver deltaker mer tid og mulighet til å dele sine erfaringer og meninger, men deltakerne kan oppleve det belastende og føle ansvar for å holde samtalen gående (Morgan 1998b). Ruff, Alexander og McKie (2005) anbefaler at forskeren planlegger fokusgruppeintervju ut fra at to deltakere faller fra før fokusgruppeintervjuet blir gjennomført. Det skaper store utfordringer for forskeren dersom han må avlyse eller at gjennomføringen blir utilfredsstillende med for få deltakere. Det er i tillegg viktig å reflektere rundt forskerens forforståelse i forkant av intervjuene og hvordan dette kan påvirke forskningsprosessen. Et bevisst forhold til egen forforståelse er viktig for å øke kvaliteten på studien.

Dersom personopplysninger skal registreres i en database, må prosjektet meldes til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Personopplysningsloven, NSD 2012). I tillegg foreligger det kriterier for innhenting av skriftlig eller muntlig informert samtykke før prosjektet igangsettes. Forskeren må undersøke om prosjektet må innrapporteres til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ut fra de krav som foreligger til enhver tid.

Datainnsamling

Ideelt sett bør fokusgruppeintervju gjennomføres i komfortable, rolige og praktiske omgivelser fri for forstyrrelser. I tillegg bør stedet være enkelt å finne (Ruff et al. 2005). Omgivelsene vil påvirke deltakerne, og det er viktig at forskeren vurderer sted for gjennomføring i forkant.

Krueger og Casey (2009) anbefaler ulike tilnærminger for å samle data når fokusgruppeintervju skal gjennomføres; samtalene kan skrives ned stikkordsmessig i ettertid, tas opp på lydbånd, og/eller filmes. Det anbefales at forskeren har med seg en assistent under intervjuet (Freemann 2006; Krueger og Casey 2009), som observerer hvordan gruppeinteraksjonen foregår. Rollefordelingen mellom forskeren og assistenten bør være avklart for deltakerne. Det er viktig at forskeren ikke bare noterer seg hva som blir sagt, men hvorfor og hvordan ulike opplevelser og erfaringer uttrykkes av informantene (Krueger og Casey 2009). Filming krever at forskeren må ha teknisk hjelp av flere assistenter fordi man ofte må benytte flere kameraer i et rom med flere deltakere. Deltakerne vil kunne oppleve filming ubehagelig, noe som igjen vil kunne redusere deres spontanitet og åpenhet i intervjusituasjonen (Krueger og Casey 2009). Utfordringen for forskeren er å vurdere om videofilming vil gi et bedre datamateriale enn hva forskeren og assistenten kan innhente gjennom dialog, notater, inntrykk og/eller lydopptak.

Resultatenes troverdighet avhenger mye av forskerens rolle gjennom intervjuene, og det påpekes at han bør være forsiktig med å avbryte deltakerne og bli for aktiv i dialogen. Bruk av ledende spørsmål bør unngås fordi forskeren da styrer dialogen (Wibeck 2000). Dette kan i verste fall føre til at informantene reproducerer forskerens forestillinger og forforståelser i intervjuene. Et fokusgruppeintervju vil i større grad enn individuelle dybdeintervju, åpne opp for at interaksjonen mellom deltakerne flyter uten for stor påvirkning av forskeren. På en annen side

kan bruk av strukturerte og ledende spørsmål i fokusgruppene, bidra til at informantene blir guidet til å holde fokus på tema og hensikt i studien. Det er viktig å unngå at forskerens egne meninger kommer frem, og han bør guide deltakerne gjennom samtalen. Krueger og Casey (2009) påpeker at forskerens egne tanker og meninger vil kunne medføre metodiske svakheter i studien, fordi deltakerne da vil holde tilbake åpne og ærlige svar om egne erfaringer og meninger. Det anbefales å legge til rette for å la alle deltakerne få snakke og unngå at noen tier mens andre snakker i munnen på hverandre (Wibeck 2000). Fokusgruppeintervju legger til rette for gruppediskusjoner som bør lede til dybdeinformasjon og et bredere kvalitativt materiale enn hva individuelle dybdeintervju genererer (Lindsay og Hubley 2006). Gjennom interaksjonen diskuterer deltakerne erfaringer og holdninger, og de får anledning til å respondere på hverandres uttalelser på en måte de ikke får anledning til dersom de deltar i individuelle dybdeintervju (Drahota og Dewey 2008). På denne måten påvirker gruppeprosessene datagrunnlaget i stor grad.

Analyse

Fokusgruppeintervju er blitt kritisert for ikke å trekke inn gruppedynamikken når data analyseres. Resultater fra fokusgruppeintervjuer presenteres ofte uten forklaring på hvordan det er presentert eller hvordan datamaterialet er hentet frem gjennom påvirkning av andre deltakere (Drahota og Dewey 2008; Barbour 2005). Assistenten bør derfor notere stikkord knyttet til gruppeprosesser og kommunikasjonsmønstre underveis i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Observasjoner og notater underveis inngår som en viktig del av analysearbeidet i tillegg til det transkriberte materialet (Lindsay og Hubley 2006). Lydbåndopptak av fokusgruppeintervju med mange deltakere, bidrar til at forskeren må regne med å bruke 8-10 timer til transkribering pr time et fokusgruppeintervju varer. Det er viktig at forskeren er bevisst denne faktoren når han vurderer tidsbruken ved bruk av fokusgruppeintervju som forskningsmetode.

En av fordelene med fokusgruppeintervju, men som også kan være en utfordring, er det rike datamaterialet. Komplexiteten i datamaterialet og bakenforliggende faktorer, bidrar til analytiske utfordringer for forskeren. Konvergens og polarisering mellom deltakernes er et eksempel på utfordringer forskeren vil kunne møte (Krueger og Casey 2009); forskeren må være observant i forhold til om deltakerne er ærlige, eller om de forteller det samme fordi enighet innad gruppen ikke skaper diskusjon og uenigheter. Morgan (1998a) poengterer viktigheten av forskerens evne til å observere gruppedynamikken, for å legge til rette for en åpen og ærlig diskusjon. Forskeren arbeider i en prosess hvor det er viktig å gjøre seg godt kjent med det transkriberte datamaterialet, f. eks ved å finne meningsbærende enheter, samt redusere – og generere koder. Til slutt foregår det en abstraksjon hvor forskeren søker etter temaer og finner et system med navn på disse (Braun og Clarke 2006). Fortsatt finnes det lite konsensus rundt analyseprosessen av data innhentet fra fokusgruppeintervjuer, til tross for at de brukes av forskere i flere ulike kvalitative forskningstradisjoner (Polit og Beck 2010).

Fokusgruppeintervjuer kan analyseres ved hjelp av tradisjonelle formelle analysemetoder som grounded theory eller hermeneutikk (Polit og Beck 2010) eller ved hjelp av tematisk analyse (Braun og Clarke 2006) og innholdsanalyse (Marks og Yardley 2004; Walliman 2005). Uavhengig av hvilken analysemetode som velges, vil prosessen kreve mye tid siden datamaterialet ofte omfatter mye tekst, feltnotater og ulike inntrykk hos forskeren og hans assistent(er).

Egne erfaringer

Egne erfaringer (Eines og Lykkeslet 2008) vil nå presenteres for å belyse bruk av Fokusgruppeintervjuer som forskningsmetode. Studienes hensikt var å evaluere relasjonen mellom pårørende og ansatte ved to sykehjemsavdelinger ved samme institusjon. Deltakerne ble rekruttert fra tre ulike sykehjemsavdelinger ved samme institusjon. Samtlige 59 pårørende til institusjonens langtidspasienter ble forespurte, og totalt 23 valgte å delta i de to studiene. Det var avdelingens ledere som forespurte de pårørende om å delta, i tillegg til et skriftlig informasjonsbrev fra prosjektlederen. De pårørende var i alderen 45-70 år og flere ga innledende uttrykk for at de ikke hadde noe å fortelle som var relevant for studienes hensikt. Etter nærmere informasjon fra avdelingssykepleieren ble ytterligere tre deltakere inkludert i den første studien (totalt 11 deltakere). Det var en fordel at deltakerne hadde en viss gruppetilhørighet i kraft av rollen som pårørende ved samme institusjon. Felles tilhørighet og felles erfaringer ga et godt utgangspunkt for en åpen interaksjon. Det var både menn og kvinner i samme gruppe. Noen hadde hilst på hverandre før, men ingen kjente hverandre godt. Deltakerne ble satt sammen i seks mindre fokusgrupper med 3-6 deltakere. Gruppen med tre deltakere kunne med fordel vært større, men på grunn av frafall og sykdom samme dag som gruppeintervjuet skulle gjennomføres ble antallet redusert fra fem til tre. Av de 36 pårørende som valgte å takke nei til å delta, bodde 24 av disse langt fra sykehjemmet, noe som kan forklare hvorfor disse pårørende ikke ønsket å delta. De siste 12 takket av ulike årsaker nei til å delta, men skilte seg ikke vesentlig fra de som inngikk i studien med hensyn til kjønn eller alder.

Prosjektene ble meldt til NSD og vi fikk anbefaling om å starte studiene. Det ble ikke sendt søknad til REK, men de ble kontaktet pr telefon. Det ble avklart at studiene ikke var søknadspliktig fordi kvalitetssikring og evaluering er en del av helsetjenesten, selv om prosjektene utføres med vitenskapelig metode og har som formål å framskaffe kunnskap. Deltakerne samtykket skriftlig og vi brukte god tid på å orientere om viktigheten av taushetsplikt innad gruppene både før intervjuene startet og etter at intervjuene var avsluttet. Deltakerne ble orientert om viktigheten av respekt for hverandres uttalelser – og følelsen av usikkerhet som kan oppstå som et resultat av uenighet mellom deltakerne i fokusgruppeintervju.

Alle fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i rolige omgivelser, i et møterom på kveldstid. Vi valgte bevisst å gjennomføre intervjuene på et annet sted enn sykehjemmet for å redusere faren for å bli avbrutt, distraheret eller påvirket av andre forhold. Deltakere ble servert kaffe og vi la opp til en uformell samtale før selve intervjusituasjonen startet. Utgangspunktet for intervjuene var Krueger og Caseys (2009) og Morgans (1998a, 1998b) råd for hvordan rollene som forsker og assistent bør fylles. Deltakerne ble informert om at forskeren hadde ansvar for selve samtalen og assistenten for lydbåndopptaket og notater knyttet til gruppeprosesser og kommunikasjonsmønstre. Forskeren ledet intervjusituasjonen ved å introdusere temaet for deltakerne, før det ble åpnet opp for at informantene kunne fortelle om sine opplevelser og erfaringer som pårørende. Ved å legge opp til en uformell runde rundt bordet hvor den enkelte ble oppfordret til å si noe om sine erfaringer som pårørende generelt, fikk forskeren en mulighet til å følge opp dialogen videre. Samspillet genererte ny kunnskap for forskeren og deltakerne: *”Veldig bra at du sa det der, for det har ingen fortalt meg!”* eller *”Hvordan tror dere at vi kan gå videre med det”?* Eksemplene viser at fokusgruppeintervju kan løfte frem nye aspekt og kreative forslag fra informantene som beriker datamaterialet.

I gruppen med tre deltakere var det av og til utfordrende å holde dialogen i gang. Erfaringene viser at det var utfordrende å legge tilside all forforståelse i møte med de pårørende, men fokusgruppeintervju som metode bidro til at forskeren i mindre grad deltok aktivt i samtalen. Følgende eksempel kan synliggjøre hvordan det ble søkt bekreftelse på tolkningene forskeren gjorde underveis i studien; ”Oppfatter jeg det riktig når jeg forstår det slik at det er lite fokus på å sette av tid til samtale mellom dere og de ansatte på sykehjemmet?”. Erfaringene viser også at informantene var uenige, noe som skapte utfordringer da enkeltinformanter dominerte samtalen mens andre ble passive av dominansen. Det var utfordrende å legge til rette for at alle skulle få uttrykke seg i en slik setting, og erfaringene viser at det er viktig at forskeren har god observasjonsevne slik at samtlige deltakerne blir sett og hørt.

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd. Valget var bevisst da det er kjent at videofilming vil kunne medføre en rekke utfordringer for forskeren og deltakerne. Deltakerne ga ikke uttrykk for at det var ubehagelig at lydbåndopptakeren ble satt på, men det fremkom ny informasjon etter at lydbåndet ble slått av. Det ble innhentet tillatelse fra enkelt deltakere for å inkludere disse funnene i datamaterialet. Selve transkriberingen inngikk som et viktig ledd i analysearbeidet og var en tidkrevende prosess. Datamateriale med mange deltakere, hvor flere snakker i munnen på hverandre, var utfordrende å transkribere. Lydkvaliteten var varierende og bidro til at deler av materialet måtte lyttes til gjentatte ganger. Vi erfarte derfor at kvaliteten på lydbåndene er av avgjørende betydning for analysearbeidet, og det kan være lurt å teste ulike mikrofoner i forkant av intervjusituasjonen. Våre erfaringer viser også at det er viktig å jobbe grundig med notater og observasjoner når datagrunnlaget skal analyseres. Deltakernes kroppsspråk fortalte oss i flere tilfeller at gruppen kanskje ikke var så enig som lydbåndopptaket og det transkriberte materialet tydet på.

Vi valgte å analysere materialet tematisk hvor vi støttet oss til Braun og Clarke (2006) som beskriver tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og meninger på tvers av et datamateriale. Prosessen beskrives trinnvis, men vi erfarte at analyse av fokusgruppeintervju krever mye arbeid frem og tilbake før man kan si seg ferdig. Vårt datamateriale ble analysert med utgangspunkt i det transkriberte datamateriale, notater og vurderinger/inntrykk av gruppeprosesser. Trygghet og tillit viste seg å være viktige faktorer for de pårørende. I analyseprosessen arbeidet vi da fra å identifisere meningsbærende enheter som f. eks: ”Flink sykepleier”, ”Er til å stole på”, ”Vanskelig å få svar”. De meningsbærende enhetene ble deretter kodet før analysen ble løftet opp på et høyere abstraksjonsnivå hvor det ble fokusert på f. eks personlig tillit og systemtillit, samt tillit knyttet til kompetanse. Det var viktig å reflektere over det enkelte utsagn i lys av konteksten; f. eks hvordan de ulike erfaringene kunne forklares ut fra deltakernes første møte med ansatte ved sykehjemmet da de trengte hjelp i en kaotisk situasjon. Diskusjoner mellom forsker og assistentene om gruppeprosessene, utgjorde en viktig brikke i analysearbeidet. Ulike inntrykk ble diskutert og intervjuene måtte lyttes til flere ganger i tillegg til relesing av det transkriberte materialet som ble vurdert det opp mot assistentenes notater. Analyse materialet ble senere gjennomgått av en ekstern veileder, og forslagene til temaer ble diskutert frem og tilbake til konsensus ble nådd. Analyse materialet kan også sendes til deltakerne for gjennomlesing i etterkant (Fontana og Frey 2005). Dette ble ikke gjort i våre studier da resultatene påvirkes av gruppedynamikken, og den enkelte deltaker vil kunne endre på sine uttalelser i ettertid hvis uttalelsene ikke sees i sammenheng med situasjonen det ble uttrykt i der og da.

Diskusjon

I likhet med andre vitenskapelige metoder, har fokusgruppeintervju sine styrker og svakheter. Fokusgruppens formål er å fremme deltakernes ønsker om å fortelle sine "historier" som påvirkes av gruppedynamikk og diskusjoner. Den spontane samhandlingen og diskusjon mellom deltagerne er av stor betydning (Krueger og Casey 2009). Forskeren vil påvirke prosessene og interaksjonen i gruppa (Howatson-Jones 2007) og det er en utfordring i all kvalitativ forskning.

Katalysator eller uønsket samsvar?

Gruppeinteraksjonen kan fungere som en katalysator for å generere unik innsikt og forståelse for deltakernes felles erfaringer. Når deltagerne stiller spørsmål og kommenterer hverandres uttalelser, kan ulike sider og nyanser lettere beskrives. En god interaksjon i gruppa kan bidra til at erfaringer og holdninger løftes frem og misforståelser elimineres eller oppklares (Freemann 2006). På denne måten kan fokusgruppeintervju bidra til flere positive synergieffekter. Interaksjonen mellom deltakerne kan utvide mangfoldet av respons samt få deltakerne til å frigjøre seg mer når de egentlig ikke opplever at de har noe mer å fortelle. Flere personer i samme situasjon bidrar til at situasjonen ufarliggjøres og det kan være lettere å snakke om felles utfordringer enn individuelle problemer (Lindsay og Hubley 2006). Lindsay og Hubley (2006) og Krueger og Casey (2009) mener at fokusgrupper med 4-6 deltakere kan åpne opp for en tryggere og mer tillitsvekkende kontekst enn fokusgruppeintervju med inntil 10-12 deltakere. I tillegg vil man i større grad unngå at deltakerne snakker i munnen på hverandre eller at enkeltpersoner ikke deltar i dialogen (McLafferty 2004; Morgan 1998a). Et færre antall deltakere vil gi forskeren og assistenten en bedre oversikt over intervjusituasjonen og skape bedre kvalitet på lydbåndopptakene. Våre erfaringer viser likevel at det oppstår utfordringer og dilemma når flere deltakere snakker i munnen på hverandre.

Forskeren bør innta en passiv rolle i intervjusituasjonen (Krueger og Casey 2009) og det kan være utfordrende å bryte inn når deltakerne diskuterer ivrig. Alternativt er det risiko for tap av data dersom man avbryter for å påpeke viktigheten av å snakke en og en. Forskeren påvirker gruppeprosessene ved å vise engasjement og interesse via verbal og nonverbal kommunikasjon, men metoden i seg selv reduserer forskerens maktsituasjon slik at deltakerne opplever å ha mer kontroll over situasjonen (Campbell 2007). Gruppeprosesser kan hjelpe mennesker til å fortelle og klargjøre deres syn og holdninger, samt fremme og oppmuntre deltakelse fra de som i utgangspunktet ikke føler at de har noe å fortelle (Kitzinger 2006). Fokusgruppeintervju gir deltakerne en mulighet til å respondere på ideer de ikke ville fått tilgang til dersom forskeren hadde valgt individuelle dybdeintervju som metode (Drahota og Dewey 2008). Andre deltakere vil benytte slike situasjoner til å fremme sine meninger fordi de opplever det positivt å bli lyttet til (McLafferty 2004). Mindre fokusgrupper vil i større grad gi rom for en slik mulighet ved at deltakerne raskere blir trygge på hverandre og lettere tar ordet. I tillegg vil en mindre gruppe bidra til at forskeren og assistenten klarer å "se" den enkelte deltaker i større grad og det blir mer synlig dersom enkeltpersoner ikke deltar i samtalen. Det er likevel viktig å påpeke utfordringen forskeren vil kunne møte i forhold til å holde dialogen i gang med kun 3-5 deltakere.

I evaluering av eksisterende praksis, kan det være viktig at informantene opplever støtte fra hverandre for å være ærlige. Hensikten er imidlertid ikke å oppnå konsensus innad gruppen, men å få frem deltakernes meninger og erfaringer (Lindsay og Hubley 2006). Det er en styrke å benytte fokusgruppeintervju som metode når forskeren ønsker å få deltakerne til å tenke over hvilke endringer de ønsker, fordi støtte fra andre kan få den enkelte til å tenke mer kreativt. I tillegg kan deltakerne motiveres til handling som et resultat av å ha delt sine historier (Campbell 2007). Homogene grupper vil ha en felles forankring i forhold til et tema (Krueger og Casey 2009) og våre erfaringer viser at de pårørende hadde et overordnet, felles ønske om å kunne påvirke omsorgen til pasienter på sykehjem positivt. De kom med kreative forslag til endringer gjennom å dele erfaringer; f.eks. etablering av pårørendegrupper og forslag om oftere formelle møter mellom ansatte og pårørende. Forskeren bør imidlertid være oppmerksom på at deltakere med andre synspunkt enn flertallet vil kunne tie om egne meninger, noe som kan være en utfordring ved bruk av fokusgruppeintervju.

Forskeren er avhengig av hvordan interaksjonen flyter mellom deltakerne, noe som kan være en kilde til svakhet fordi deltakerne kan inngå kompromiss knyttet til materialet som genereres. Interaksjonen kan bidra til samsvar fordi deltakere endrer meninger underveis som et resultat av gruppeprosesser (Howatson-Jones 2007). Egne erfaringer viser at deltakerne ble mer ærlige og våget å være uenige med hverandre etter å ha pratet sammen en stund. Dette kan skyldes at de opplevde støtte og tillit fra hverandre og følte seg vel i intervjusituasjonen. Det er en motsetning til kulturell mistillit, som har vært rapportert å ha negativ påvirkning på deltakernes vilje til å meddele informasjon i andre studier (Halcomb et al 2007).

Det kan være en utfordring for forskeren å ha en passiv rolle ved å guide deltakerne, hvor han skal legge til rette for at deltakerne opplever trygghet. Ekstremt dominante deltakere kan produsere resultat som ikke reflekterer gruppa som helhet, eller hindre mer reserverte deltakere i diskusjonene (Campbell 2007). Dette er en utfordring fordi fokusgruppeintervju skal åpne opp for en kommunikasjon uten for mye innblanding fra forskeren. En annen utfordring er deltakere som ikke deltar spontant i diskusjonene. I slike situasjoner er det viktig at forskeren er oppmerksom på dette, samt benytte ulike teknikker for å få disse personene til å snakke; f.eks. ved å stille konkrete spørsmål (Smithson 2000). Smithson (2000) påpeker imidlertid at det ikke må sees på som et problem at det finnes deltakere som er tause gjennom intervjuet. Det er imidlertid utfordrende for forskeren å inkludere tause deltakere samtidig som verbale deltakerne skal føle seg ivaretatt. En måte å løse dette på, kan være å stille spørsmål som; *"Hva mener du om dette?"* eller *"Kanskje vi skal gå en runde rundt bordet og høre hva de andre mener om dette?"*.

Ulike faktorer kan ha negativ innflytelse på gruppedynamikken; for eksempel kjønn, status og ulike maktforhold (Krueger og Casey 2009). Dette er faktorer som forskeren bør være oppmerksom på, men våre erfaringer viser at de pårørende opplevde seg som en gruppe mer enn enkeltindivider. Det er viktig å merke seg at det eksisterer et maktforhold mellom de pårørende som gruppe og systemet de uttaler seg om når relasjonen mellom helsepersonell og pårørende skal evalueres.

Er fokusgruppeintervjuer en vitenskapelig forskningsmetode?

Det finnes ulike kilder som leder til redusert kvalitet i studier der fokusgrupper benyttes (Krueger og Casey 2009; Bloor et al. 2001). Forskerens kompetanse er sentral for studiens vitenskapelige kvalitet; unøyaktig registrering av data, unøyaktig analyse og mangelfull

redegjørelse for forskerens perspektiv og forforståelse kan true studiens objektivitet. Lincoln og Guba (1985) har foreslått fire kriterier for å fastslå vitenskapeligheten i kvalitative studier; troverdighet (eng. *credibility, trustworthiness*), pålitelighet (eng. *dependability*), samstemmighet (eng. *confirmability, congruence*) og overførbarhet (eng. *transferability*). Disse begrepene utgjør en plattform som mange forskere velger å bruke for å diskutere studiens kvalitet, og artikkelen vil nå belyse fokusgruppeintervjuenes vitenskaplighet som metode ut fra disse fire begrepene.

Troverdighet

Om spørsmålene eller det instrument som ble valgt for studien måler det som var ment å måle, snakkes det tradisjonelt om troverdighet eller validitet (Malterud 2003). Det ansees å være mer utfordrende å vurdere validiteten i kvalitative studier enn i kvantitative studier siden kvantitative studier handler om objektive målinger (Krueger og Casey 2009). For å sikre troverdigheten er det derfor viktig å anvende samme personer som forsker og assistent i samtlige fokusgrupper (Wibeck 2000). Dette kan skape praktiske utfordringer i prosessen og vi valgte i våre studier å styrke validiteten ved at forskeren hadde ansvar for planlegging og gjennomføring av alle intervjuene, men det var to ulike assistenter som deltok under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene.

Studiens troverdighet påvirkes også av hvordan forskeren rekrutterer informanter. Fokusgrupper kan ha en svakhet når det gjelder rekruttering, fordi den kan ekskludere personer fra å delta som ikke er komfortable med å snakke i grupper (Campbell 2007). Kidd og Parshall (2000) påpeker viktigheten av lik sammensetning av gruppene når datamateriale skal sammenliknes; f.eks. kan man få ulike svar fra pårørende som har kort eller lengre erfaring i rollen. Erfaringene i våre studier viser imidlertid at en mer heterogen gruppe i forhold til hvor lenge de har vært pårørende, kan styrke kvaliteten og mangfoldet fordi deltakerne utveksler ideer og erfaringer med hverandre som løfter diskusjonen og fremmer ny kunnskap om deres ulike erfaringer som pårørende på sykehjem.

Troverdigheten i fokusgruppestudier kan trues dersom deltakerne ikke forteller hva de mener på grunn av gruppepresset, andre opplevde trusler eller at de overdriver for å gjøre inntrykk på hverandre eller på forskeren (Krueger og Casey 2009). Gruppeinteraksjon vil da være en trussel mot studiens troverdighet til sammenlikning med individuelle dybdeintervju som alternativ forskningsmetode. Likevel viser våre erfaringer at støtten fra andre deltakere åpner opp for ærlige svar, og at forsiktige deltakere etter hvert våger å fortelle sine historier til tross for at disse ikke var enige med hva andre deltakere hadde fortalt. Kommunikasjonen mellom deltakerne bidrar ytterligere til å klargjøre likheter og ulikheter i uttalelsene (Freemann 2006). En dialog mellom flere deltakere vil på den måten kunne åpne opp for at forskeren kan eliminere misforståelser der og da ved å stille spørsmål som: ”*Hva mente du nå?*” eller ”*Forstår jeg deg rett når.....?*”. Ved å stille slike spørsmål, kan forskerens tolkninger av hva som ble fortalt sendes tilbake til informanten og resultatenes troverdighet sikres (Krueger og Casey 2009).

Wibeck (2000) mener det kan oppstå validitetsproblem dersom intervjuene gjennomføres på steder der deltakerne føler seg fremmede fordi omgivelsene vil kunne påvirke gruppedynamikk og interaksjonen mellom deltakerne (Barbour 2005). Forskeren bør derfor forsøke å finne et nøytralt og sosialt akseptert sted hvor deltakerne opplever stedet som komfortabelt og lite ”truende” (Halcomb et al 2007). Våre erfaringer støtter disse anbefalingene hvor vi bevisst ønsket å gjennomføre fokusgruppeintervjuene et annet sted enn

på sykehjemmet der de pårørende besøker sine slektninger. Samtlige deltakerne var enige om at stedet var godt egnet.

Troverdigheten kan også sikres ved at datainnsamlingen gjennomføres ved hjelp av en metode som er relevant for studiens hensikt. Fokusgruppeintervju er særlig egnet for å belyse en populasjons perspektiv på et fenomen som ikke er godt belyst fra før (Mays og Pope 2006). Troverdigheten kan i tillegg styrkes ved at flere forskere med emne- og metodekunnskaper deltar i analysearbeidet (Ellingsen og Drageset 2008). Våre erfaringer viser likevel at det er utfordrende å arbeide på denne måten i analyseprosessen, fordi det er krevende å være flere som skal analysere rådata, notater og inntrykk.

Pålitelighet

Med pålitelighet eller reliabilitet i vurdering av ulike studier, menes at innsamlet data er stabilt over tid (Lincoln og Guba 1985). Her skal forskeren stille seg spørsmålet om funnene vil kunne gjentas om studien gjennomføres med samme eller liknende deltagere i samme eller liknende kontekst, og det er derfor viktig at konteksten er detaljert beskrevet. Troverdighet kan ikke oppnås dersom påliteligheten er lav. For å unngå bias i tolkningen av resultatet er det viktig at forskeren ikke kjenner informantene personlig eller at han er direkte involvert i det temaet som diskuteres. Forskerens forforståelse er en viktig rammefaktor når studiens pålitelighet diskuteres. Egne erfaringer viste at det var utfordrende å legge egen forforståelse til side i møte med pårørende som informanter, men at påliteligheten ble styrket ved at forskeren hadde en passiv rolle. Det er utfordrende å ikke bekrefte og støtte mange av de pårørendes erfaringer og meninger underveis i intervjusituasjonen, fordi deltakerne ofte ønsker bekreftelse fra forskeren.

Samstemmighet

Samstemmigheten i en studie handler om objektivitet og nøytralitet i tolkningen av data. Dette kan styrkes ved at to eller flere forskere med ulike perspektiv og kunnskap blir enige om datamaterialets presisjon, relevans og mening. Det i sin tur innebærer at det innsamlede datamaterialet med ulike koder og temaer virkelig representerer den informasjonen som informantene ga og at tolkningen av datamaterialet ikke påvirkes av forskernes egen motivasjon, perspektiv eller fantasi (Polit og Beck, 2010). I analysen og tolkningen av fokusgruppeintervjuer er dette spesielt viktig når forskeren har relasjoner til praksisfeltet, og har kunnskap om temaet som omfatter studien.

Fokusgruppeintervju kan ofte bli uformelt, og forskeren må være svært konsentrert for ikke å påvirke samtalen for mye. Det kan være utfordrende å ikke komme med gode råd underveis når man som forsker har kunnskap om temaet som diskuteres. En måte å sikre samstemmigheten ved bruk av fokusgrupper, er å la flere forskere utføre oversiktsanalyser av funnene uavhengig av hverandre og senere diskutere og sammenlikne analysene (Mansell, Bennett, Northway og Moseley 2004). I våre studier ble lydbandopptakene lyttet til flere ganger av forsker og assistent samt at transkripsjonen ble lest og relest av flere. Denne måten å arbeide på, skaper diskusjon og øker samstemmigheten når flere uavhengige personer analyserer materialet, men det er en tidkrevende og utfordrende prosess. Dersom fokusgruppeintervju skal benyttes som forskningsmetode, vil det være en styrke for studien å være to som samarbeider om å planlegge, gjennomføre og analysere. Dette er spesielt viktig når man er ny som forsker slik at pålitelighet og samstemmighet kan styrkes. Ut fra egne

erfaringer, kan det anbefales å ha en ekstern veileder med omfattende forskerkompetanse å diskutere med.

Overførbarhet

Hensikten med kvalitative studier, er ikke å generalisere på populasjonsnivå, men å utvide forståelsen av et fenomen (Ellingsen og Drageset 2008). Overførbarhet handler om i hvilken grad studiens funn kan være gjeldende ut over den kontekst de er kartlagt i; våre funn kan f. eks ikke brukes til å si noe om pårørendes generelle erfaringer knyttet til møte mellom ansatte og pårørende på sykehjem i Norge i dag. Til tross for dette kan funnene ha overføringsverdi ut over den konteksten de er innsamlet i, ved at fenomenene som beskrives kan ha en mer allmenn betydning. Kvalitative virkelighetsbeskrivelser kan i tillegg være så presist beskrevet for den menneskelige eksistens at de umiddelbart er tillitsvekkende (Ellingsen og Drageset 2008).

Etiske vurderinger

Forskerens forforståelse vil påvirke forskningsprosessen og evnen til å ivareta deltakernes rettigheter på flere måter. Evnen til å "nullstille" seg i forkant av fokusgruppeintervjuene er derfor av stor betydning for om forskeren klarer å møte deltakerne og arenaen for forskning med respekt. Respekt vil også gjenspeiles i måten man kommuniserer med deltakerne.

Utfordringer knyttet til det å be om tillatelse for å gjennomføre fokusgruppeintervju, vil være avhengig av hvilken arena forskeren skal jobbe innenfor. Våre erfaringer viser at ulike sykehjemsavdelinger reagerte ulikt på det å være arena for forskning, men de la likevel godt til rette for forskning. Forskeren må vurdere et etisk aspekt knyttet til hva det forskes på; erfaringene våre viser at det var en utfordring å evaluere relasjonen mellom de ansatte og pårørende. Det ble lagt stor vekt på anonymisering da funnene skulle presenteres for de ansatte, for å ivareta forskerens etiske ansvar for den enkelte deltaker i studiene.

Det kan skape utfordringer for forskere å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervju dersom man er avhengig av å samarbeide med flere mellomledd for å distribuere forespørslers. Det oppstår i tillegg etiske utfordringer dersom forskeren overtaler deltakere til å delta; deltakelse i fokusgruppeintervju skal være frivillig, men det kan oppstå utfordringer rundt årsaken til at de svarer nei til deltakelse. Er årsaken at de opplever gruppeintervju negativt? Er årsaken at de ikke forstår hensikten med studien? Er årsaken at de er redd for sanksjoner dersom de sier noe negativt om et system eller en tredjeperson? Dette er viktig etiske aspekt forskeren må vurdere i planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju. Vår frafallsanalyse viser at det var praktiske årsaker som lå til grunn for takke nei til deltakelse, f. eks lang reisevei.

Forskeren må vurdere om det må sendes søknad til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før studien kan gjennomføres; vi var usikre på dette og kontaktet derfor både NSD og REK for å undersøke krav til meldeplikt og søknadsplikt. Siden studiene var å anse som evaluering av helsetjenesten, omfattes ikke dette av søknadsplikten til tross for at det bestandig vil være en mulighet for at man innhenter data av mer sensitiv art. I slike situasjoner, er det viktig at forskeren har evne til å vurdere hele forskningsprosessen ut fra etiske hensyn både i forhold til deltakerne og konteksten som skal evalueres.

Resultatene bør publiseres og spres selv om det presenteres funn som er i strid med gjeldende standarder (Burns og Grove 2009; Creswell 2012). Det kan skape utfordringer for forskeren å

presentere funn som er negative eller i strid med omgivelsenes forventninger, men deltakerne har ofte en forventning om at deres erfaringer og meninger skal føre til resultater. Det kan skape etiske utfordringer for forskeren å vurdere ivaretagelse av deltakerne dersom resultatene skaper ”støy” i omgivelsene (Eines og Lervik 2012). Forskeren har ansvar for at deltakernes anonymitet ivaretas gjennom hele prosessen til tross for at de ofte er lite bekymret for at deres private sfære eller rettigheter er truet (Neuman 2011). Dersom man er i tvil, kan deltakerne kontaktes for å diskutere konsekvenser av funn før rapportering eller publisering.

Konklusjon

Fokusgruppeintervju er en effektiv forskningsmetode for å innhente et omfattende kvalitativt datamateriale. Ser man dette i sammenheng med hva det kreves av tid til transkribering og analysing av et stort antall individuelle dybdeintervju, kan man med fordel velge fokusgruppeintervju som metode. Gruppeprosessene skaper viktige synergieffekter som bidrar til at fokusgruppeintervju med et mindre antall deltakere kan være en bedre forskningsmetode å benytte i studier med pårørende enn f.eks. bruk av individuelle intervju, større fokusgrupper eller kvantitative forskningsmetoder. Et antall på 4-6 deltakere i fokusgrupper skaper trygge rammer i en kontekst som i tillegg er enklere og rimeligere å organisere for sykepleiere som ikke har forsket så mye tidligere.

Pårørende er en sårbar gruppe som i mange sammenhenger ikke blir sett og hørt, eller som ikke opplever å bli lyttet til. Å dele erfaringer med andre i samme situasjon, skaper et godt utgangspunkt for utveksling av erfaringer og meninger. I tillegg kan pårørende oppleve å bli hørt som enkeltindivid samt å få støtte fra de andre deltakerne og forskeren. Fokusgruppeintervju egner seg for å gi en beskrivelse av hvilke utfordringer pårørende kan oppleve, og denne kunnskapen kan være et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid eller videre dybdestudier innenfor helsefaglig forskning. Det er likevel viktig å poengtere at man som forsker står ovenfor mange metodologiske og praktiske utfordringer når fokusgruppeintervjuer skal planlegges, gjennomføres og analyseres.

Litteratur

- Barbour, RS (2005) Making sense of focus groups. *Medical Education*, 39(7):742-750
- Bloor, M, Frankland, J, Thomas, M & K Robson (2001) *Focus groups in social research*. Sage, London
- Braun, V & V Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77-101
- Burns, N & SK Grove (2009) *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th Ed. Saunders, St. Louis Mo
- Campbell, S (2007) The process of planning, organizing and conducting focus group discussions. *Nursing Times*, 103(4):34-35
- Creswell, J W (2012) *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. 4th Ed. Pearson, University of Nebraska Lincoln
- Curry, LA, Nembhard, IM & EH Bradley (2009) Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. *Circulation*, 119(10):1442-1452

- Drahota, A & A Dewey (2008) The Sociogram. A Useful Tool in the Analysis of Focus Groups. *Nursing Research*, 57(4):293-297
- Eines, TF & E Lykkeslet (2008) Hvilke forhold kan bidra til opplevelse av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*,4(1):65-77
- Eines, TF & I-L Lervik (2012) Forskning kan føre til konflikt. *Sykepleien*, 3: 68-69
- Ellingsen, S & S Drageset (2008) Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3):23-39
- Fontana, A & JH Frey (2005) The interview: From neutral stance to political involvement. In Denzin NK & YS Lincoln (Ed) *The Sage Handbook of Qualitative Research* Third Ed. Sage Publications, London
- Freemann, T (2006) "Best practice" in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5):491-497
- Halcomb, EJ, Gholizadeh, L, DiGiacomo, M, Phillips J & PM Davidson (2007) Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6):1000-1011
- Howatson-Jones, IL (2007) Dilemmas of focusgroup recruitment and implementation: a pilotperspective. *Nurse Researcher*, 14(2):7-17
- Kidd, P & MB Parshall (2000) Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10(3):293-308
- Kitzinger, J (2006) Focus groups. In Pope, C & N Mays (Ed) *Qualitative research in health care*. BMJ Books, Massachusetts USA
- Krueger, RA & MA Casey (2009) *FOCUS GROUPS. A Practical Guide for Applied Research*. 4th Ed. Sage, Los Angeles
- Lincoln, YS & EG Guba (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Sage Publication
- Lindsay, AC & AM Hubley (2006) Conceptual reconstruction through a modified focus group methodology. *Social Indicators Research*, 79:437-454
- Malterud, K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschoug, Oslo
- Mansell, I, Benett, G, Northway, R & L Moseley (2004) The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurse Researcher*, 11(4):79-88
- Marks, DF & L Yardley (2004) *Research Methods For Clinical And Health Psychology*.Sage Publications, London
- Masters, C, Carlson, DS & E Pfadt (2006) Wingling it through research: an innovative approach to a basic understanding of research methodology. *Journal of Emergenic Nursing*, 32(5):382-384
- Mays, N & C Pope (2006) Quality methods in health research. In Pope, C & N Mays (Ed) *Qualitative research in health care*. BMJ Books, Massachusettes
- McLafferty, I (2004) Focus group interviews as a collecting strategy. *Journal of advanced nursing*, 48(2):187-194
- Morgan, DL (1998a) *The Focus Group Guidebook*. Sage Publications, London
- Morgan, DL (1998b) *Planning Focus Groups*. Sage Publications, London
- Neumann, WL (2011) *Social Research Method. Qualitative and quantitative approaches*. 7th Ed. Pearson, Boston
- Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste
http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/naar_melde.html. Lastet ned 13.02.2012
- Polit, DF & CT Beck (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Ruff, CC, Akexander, IM & C McKie (2005) The use of focus group methodology in Health disparities research. *Nursing Outlook*, 53(3):134-140

- Smithson, J (2000) Using and analyzing focus groups: limitations and possibilities. *Social Research Methodology*, 3(2):103-119
- Wibeck, V (2000) *Fokusgrupper - om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur, Lund
- Walliman, N (2005) *Your Research Project*. 2nd Ed. Sage Publications, London

Ogräs, åkertistlar och taggiga växter – Psykiatrisk diagnostik ur ett vetenskapsteoretiskt och begreppsfilosofiskt perspektiv

Lars Klintwall

Lars Klintwall, Høgskolen i Oslo og Akershus

Tack till: Rasmus Berggren, Martin Bellander och Jonas Ramnerö

Sammanfattning:

Psykiatriska diagnoser är kontroversiella. Vissa, ofta psykiatriker, menar att psykiska tillstånd går att dela upp i distinkta klasser medan andra, ofta psykologer, menar att all sådan uppdelning gör våld på verkligheten. Dessutom har psykiatrin anklagats för att vara moraliserande: vem kan avgöra vad som är sjukt och friskt? Är autism en sjukdom? Utifrån en pragmatisk begreppsanalys är uppdelningen mellan sjukt och friskt nödvändigtvis godtycklig. Precis som när en trädgårdsmästare avgör vad som är ogräs så beror det på situationen och ens syften. Och precis som växterarter ibland är distinkta arter så kan vissa psykiatriska diagnoser vara distinkta klasser, och andra inte. Kanske är autism en avgränsad diagnos, kanske inte. Men ibland är inte artsuppdelning det mest användbara för en trädgårdsmästare, precis som det inte behöver vara det för psykiatrin. Istället kan man formulera nya kategoriseringar helt baserade på pragmatiska hänsyn. Ibland räcker det med taggiga växter och socialt indifferent barn.

FOU-artikkel

Nyckelord

Psykiatri, diagnostik, DSM

Inledning

Vetenskapligt framåtskridande handlar i stor utsträckning om förändringar i klassifikationssystem. System för att klassificera människor och beteendekluster har under de senaste hundra åren varit ett viktigt projekt för traditionell psykologi och framförallt psykiatri. Båda dessa ämnen har under samma tid fått utstå både intern splittring och kraftig kritik utifrån, och klassifikation har varit centralt i dessa konflikter (Cooper, 2007).

Sextiotalets antipsykiatrirörelse hade som minsta gemensamma nämnare sin kritik mot psykiatrins uppdelningar av världen (Berlim, Fleck & Shorter, 2003). Man kritiserade uppdelningen att människor antingen är vansinniga eller förnuftiga och menade att denna skiljelinje bara är ett uttryck för samhällets förtryck av oliktankare. Psykiatrins diagnossystem har utvecklats av psykiatriker, och andra yrkesgrupper inom området psykisk hälsa har kritiserat den uppdelning av beteenden som läkarna har gjort och hävdat att den är uttryck för biologism och möjligen också är påverkad av smutsiga vinstintressen från läkemedelsindustrin.

Mitt i stormen kring psykiatrisk diagnostik står en liten röd bok: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) som ges ut av American Psychiatric Association. DSM är en lista med psykiska störningar och kriterier för att bestämma om en patient har störningen. *DSM bestämmer alltså både gränserna för psykisk sjukdom och gränserna mellan de olika sjukdomarna.* Utifrån DSMs gränsdragningar utformas lejonparten av psykiatrisk forskning om etiologi, prevalens och behandling. Diskussioner om psykiatrisk diagnostik kretsar kring denna bok (och i någon mån Världshälsoorganisationens tätt sammankopplade system: ICD).

Diskussionerna kring psykiatrisk diagnostik handlar framför allt om huruvida DSM-systemet stämmer med verkligheten eller inte. Består systemet av "naturliga kategorier" eller "naturliga sorter". Är det helt godtyckligt vilka sjukdomar som listas i DSM eller finns det en naturgiven gränsdragning mellan galenskap och förnuft? Stämmer de diagnostiska kriterierna överens med någon objektiv sanning om dessa sjukdomar på samma sätt som de tycks göra för många kroppsliga sjukdomar? Hur skulle radikalt alternativa diagnossystem kunna se ut?

Omformulerat är det alltså dessa tre frågor som vi söker svar på:

1. *Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?*
2. *Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?*
3. *Hur kan ett diagnossystem utan diskreta klasser se ut?*

Innan vi ger oss i kast med de här problemen bör någonting sägas om begreppet "naturlig kategori".

Ett ord om begreppet "naturlig kategori"

I diskussioner om klassifikationssystem kommer ofrånkomligen "naturliga kategorier" upp, ett begrepp som filosofer har använt med olika betydelser. En vanlig användning är att om man slår fast att ett klassifikationssystem speglar naturliga kategorier så har man funnit det naturliga sättet att dela upp världen på: "to carve nature at its joints." Exempel som oftast nämns är biologiska arter och grundämnen. Detta är i själva verket en tämligen extrem epistemologisk och ontologisk idé och mer pragmatiskt lagda författare som diskuterar diagnostik värjer sig mot detta användande (Hacking, 1999). Istället bör man alltid se klassifikationssystem som mer eller mindre *användbara* givet vissa syften. Det är inte uppenbart varför klassifikation av djur efter släktskap eller uppdelning av grundämnen efter antal protoner skulle vara den uppdelning som ligger närmast naturen. Dessa är emellertid de bästa uppdelningarna givet våra nuvarande syften.

Vi måste alltså komma ihåg att vi inte letar efter någon sjukdomens *essens*, vi letar efter de mest *pragmatiska* uppdelningarna för att hjälpa människor med problem (även om utvecklingen av DSM till stor del drivits av sökande efter *essens*). När begreppet används nedan är det alltså synonymt med "våldigt bra kategori", i betydelsen att den kommer kunna användas till sådant som naturvetenskapliga kategorier vanligtvis kan: säkra prediktioner. Filosofen Rachel Cooper (2007) har kallat detta för "practical kinds". Att använda begreppet naturliga kategorier trots den förvirring som det kan leda till motiveras av att detta begrepp är det som används i övrig litteratur. Dessutom gör det ingen skillnad om vi strävar efter användbara eller "naturliga" kategorier - kategorierna blir detsamma.

1. Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?

En central kritik mot psykiatrisk diagnostik är att den påstås ha ett normativt inslag. Man har menat att det inte kan vara vetenskapligt om det finns utrymme för subjektivitet när man avgör vad som ska räknas som en psykisk sjukdom och vad som ska räknas som friskt. Det finns ett antal förslag på objektiva definitioner på psykisk sjukdom, definitioner som försöker fånga en naturgiven gräns.

I inledningen till DSM presenteras en definition på psykisk störning (eng. "mental disorder"). Denna definition stipulerar att tillståndet ska orsakas av en dysfunktion inom individen samt vara smärtsamt eller handikappande. Det avvikande beteendet får inte vara en förväntad respons på en viss händelse (APA, 1994). Denna definition kan sammanfattas som "harmful dysfunction" (Cooper, 2007). Denna definition är förvisso icke-normativ. Emellertid uppstår flera problem om denna definition ska bestämma vad som räknas som psykisk sjukdom:

Till att börja med tycks inte författarna till DSM själva ha använt denna definition. Ett exempel är posttraumatiskt stressyndrom vars kriterier uttryckligen kräver en specifik händelse som orsak till syndromet. Det är heller inte relevant att tala om en icke-förväntad respons när vi vet att uppemot hälften av alla våldtäktsdrabbade utvecklar denna symtombild. Detsamma kan förstås sägas om fobier och depression. Applicerade man denna definition så skulle alltså flera tillstånd som vi i vardagspråket benämner som sjukdomar, och tillstånd som vi alla är överens om ska behandlas inom sjukvården, inte längre räknas som just sjukdomar (Kutchins & Kirk, 1997).

Ytterligare ett problem med denna definition är förstås att den förutsätter dysfunktioner inuti individer. Det är inte på något vis uppenbart vad som ska räknas som en dysfunktion. Vanligtvis förstår man detta som att en dysfunktion är brister i en mekanism som evolutionen har skapat för ett visst ändamål. Ett exempel är njursvikt, som är en brist i njurens funktion att rena blod. Förutom att det är oerhört svårt att veta vilka neurala mekanismer som evolutionen lämnat oss med så kan man lätt tänka sig funktioner som evolutionen säkerligen inte skapat och i vilka vi ändå tycker att en dysfunktion ska räknas som sjukdom. Ett exempel på detta är dyslexi. Det tycks också innebära att homosexualitet är en dysfunktion, men få skulle idag se detta beteende som patologiskt. Andra tillstånd, exempelvis maniska episoder, kan tvärtom ha blivit främjade av evolutionen, men vi tycker ändå att detta tillstånd är sjukligt (Cooper, 2007).

Ett annat försök till definition stipulerar att bara tillstånd som tydligt orsakas av en

neurologisk skada ska räknas som en sjukdom. På engelska innebär det att man sätter likhetstecken mellan en psykisk "disorder" och "disease". Denna definition är otillfredställande eftersom man med dagens kunskapsläge knappt skulle ha några psykiska sjukdomar alls: ingen schizofreni, depression eller autism (Cooper, 2007).

Av detta kan man dra slutsatsen att stipulerade definitioner av psykisk sjukdom som försöker vara objektiva eller ens ställa upp ett litet antal kriterier hamnar i konflikt med våra språkliga intuitioner (Brülde & Tengland, 2003). Det tycks inte finnas någon klar och samtidigt användbar gränsdragning att finna, och vi kan förkasta tanken att psykisk sjukdom skulle vara en naturlig sort. Vad som räknas som psykiskt sjukt blir istället en pragmatisk fråga: vad vill och kan vi behandla inom sjukvården? Eller annorlunda uttryckt, vilka beteenden finner vi oönskade och möjliga att behandla medicinskt?

Rachel Cooper (2007) har föreslagit en analogi med trädgårdsskötsel: Vad är det som räknas som ogräs i en trädgård? Att avgöra detta är en subjektiv och estetisk bedömning. Det kan till och med vara så att någonting räknas som ogräs i en del av trädgården men inte i en annan. Olika trädgårdsmästare kan ha olika uppfattning om vad som är ogräs, kanske på grund av någonting så trivialt som ambitionsnivå. Men detta gör inte begreppet ogräs meningslöst eller oanvändbart.

Det kan tyckas lättsinnigt att dra slutsatsen att gränsdragningen mellan friskt och sjukt är godtycklig. Och det är verkligen viktigt att komma ihåg att var man drar gränsen har konsekvenser. Om ett problematiskt beteende klassificeras som sjukdom så påverkar detta vilket slags behandlingar vi kommer pröva. Om beteendekluster som ADHD och trotssyndrom räknas som sjukdomar ligger det kanske närmre till hands att dessa bäst behandlas med medicinska metoder istället för pedagogiska. Det fungerar i båda riktningar: Patologiseringen av många beteenden under 1900-talet kan i stor grad förklaras av att man upptäckt fler farmaka att motarbeta dessa beteenden med, exempelvis som när upptäckten av Antabus fick alkoholism att ses som en sjukdom (Rounsaville et al, 2002).

Det är meningslöst att försöka hitta någon objektiv gräns för "kliniskt signifikant lidande" eller liknande. Vad som räknas som sjukt och friskt måste få påverkas av tillgång till resurser eller andra pragmatiska hänseenden man har framför sig.

2. Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?

En annan viktig kritik av psykiatrisk diagnostik handlar om den faktiska klassificeringen som görs. Det har hävdats att denna kategorisering är fullständigt godtycklig. Uppdelningen i debatten är vanligen mellan socialkonstruktivister, som menar att systemet är godtyckligt, och dem som Brülde och Tengland (2003) kallar för "diagnostiska realister" som föreställer sig att diagnoser är naturliga kategorier som existerar oberoende av vårt språkbruk. Frågan här är inte huruvida nu existerande diagnossystem övertygande avspeglar en objektiv verklighet, utan bara om ett sådant system är möjligt.

Diagnosrealism tycks fungera väl inom delar av den somatiska vården: om en patient diagnostiseras med en HIV-infektion så ger detta en tämligen säker prognos och indikerar en viss behandling (Cooper, 2007). En skillnad mellan de kroppsliga diagnoserna och de

psykiatriska är den funktion som symtomen fyller. För de somatiska diagnoserna *tyder* symtomen på en sjukdom: Kaposis sarkom indikerar HIV-infektion, vilket man kan validera med ett prov som mäter virushalt i blodet. Virushalten är sjukdomen. För de psykiatriska diagnoserna finns inte något sådant facit, istället *definierar* symtomen sjukdomen. Dålig ögonkontakt och stereotypa beteenden tyder inte på autism, de *är* autism. Att diagnostisera en person med autism *förklarar* inte varför personen beter sig som hon gör, det är bara en beskrivning av beteenden (Ramnerö & Törneke, 2006). Den här skillnaden görs på engelska ibland som skillnaden mellan "syndromes" och "diseases", vilket också påminner om att vissa kroppsliga sjukdomar också är symptomdefinierade. De diagnostiska realisterna antar alltså att syndromen *kommer att bli* diseases. Det är emellertid inte nödvändigt att de psykiatriska syndromen går att reducera till en kroppslig sjukdom för att kalla dem naturliga kategorier, på samma sätt som biologiska arter fungerade väl som naturliga kategorier innan vi kunde undersöka deras genetiska grund (Cooper, 2007).

Argument mot diagnosrealism går oftast ut på deras föränderlighet och hur själva klassifikationssystemet påverkar sjukdomarna i ett feedbacksystem (Hacking, 1995). Att psykisk sjukdom har sett olika ut under olika tider är uppenbart, exempelvis har symtombilden för det vi idag kallar depression bytt form otaliga gånger under historiens gång (Johannisson, 2009), innehållet i vanföreställningar skiftar med kulturer (Cooper, 2007) och vissa psykiska sjukdomar tycks bara kunna existera under vissa miljöbetingelser (Hacking, 1998). Det är emellertid inte alls uppenbart varför förändring beroende på kontext skulle omkullkasta idén om diagnosrealism, i själva verket är detta att förvänta sig. Biologiska arter existerar på vissa platser och tider eller förändrar sin form efter miljöbetingelser. Detsamma kan gälla för kroppsliga sjukdomar (Cooper, 2007).

En distinktion är på sin plats: diskussionen behöver inte gälla alla diagnoser. Vissa diagnoser kan vara naturliga kategorier samtidigt som andra inte är det (Hacking, 1999). Vi kan utgå ifrån att diagnoser som exempelvis intermittent explosiv störning inte är en naturlig kategori utan bara är en godtyckligt dragen gräns för när ett beteende blir patologiskt. Det är värt att notera att DSM i realiteten inkluderar tillstånd som är rimliga reaktioner på extrema miljöbetingelser och det är i det närmaste otänkbart att dessa skulle gå att fånga i något som liknar naturliga kategorier. Däremot kan det ju finnas sjukdomar som faktiskt är naturliga kategorier. Den diagnosrealistiska positionen stöds av exempel på när syndrom har övergått till kroppslig sjukdom, exempelvis Alzheimers och Creutzfeld-Jacobs sjukdom (Rounsaville et al, 2002). Hacking (1999) menar att en underliggande biologisk sjukdom kan vara en naturlig kategori medan symtombilden påverkas av kontext och feedbacksystem. Att skilja på kroppslig orsak och symtombild skulle alltså lösa problemet med att symtombilder varierar med kultur och att de påverkas av sin egen klassificering.

För att göra en sammanfattning kan vi återgå till trädgårdsliknelsen. Det var alltså en pragmatisk bedömning vad i en trädgård som kan räknas som ogräs. Men de växter som klassificeras som ogräs eller inte kan vara distinkta arter. Ta exempelvis åkertistlar, som ibland räknas som ogräs och ibland inte. Åkertistel är samtidigt en väl avgränsad art och ett typexempel på en naturlig kategori. Men trädgårdsmästare kan samtidigt prata slarvigt om "buskar." Buskar är inte en naturlig kategori utan består av hundratals olika arter som inte har mer gemensamt än ungefärlig storlek.

3. Hur kan ett diagnossystem utan diskreta kategorier se ut?

Det är alltså *möjligt* att utforma ett diagnossystem som försöker finna symtomkluster och av dessa bygga användbara syndrom. Några av dessa skulle kunna vara naturliga kategorier. Kom ihåg, med naturliga kategorier menar vi här att de är pragmatiska och går att använda i vetenskapliga slutsatser. Nuvarande diagnossystem är dock långt ifrån målet med naturliga kategorier: fortfarande har ingen psykiatrisk diagnos någon specifik somatisk markör, diagnoserna har orimligt hög komorbiditet med varandra och gemensam ärftlighet och behandlingsmetoder är sällan specifika för någon särskild diagnos (Kupfer, First & Regier, 2002). De förberedande texterna för nästa utgåva av DSM erkänner till och med att syndromambitionen antagligen är orealistisk för de allra flesta tillstånd (Rounsaville et al, 2002). Kritik har också förts fram mot idén med ett ateoretiskt diagnossystem och menar att historien visar att vetenskaper utvecklas från att använda diskreta klassifikationssystem till att arbeta med specifika fall som påverkas av en kontext definierad av lagar och krafter (Carson, 1996).

Flera författare påpekar att ett stort problem är att DSM-systemets validitet har överskattats. DSM har homogeniserat forskning på behandling och försvårat nytänkande kring etiologier (Beutler & Malik, 2002, Jablensky, 2006, Rounsaville et al, 2002 och Follette & Houts, 1996).

En möjlig lösning på detta problem är ett diagnossystem i två delar (Jablensky, 1999): en diagnos för en underliggande somatisk sjukdom (exempelvis serotoninbrist eller fragilt-X) och en annan diagnos på beteendenivå (exempelvis depressionsbeteenden eller bristande ögonkontakt). Det somatiska diagnossystemet kan vara etiologibaserat och ha en teorigrund med större chanser att samla meningsfull kunskap på ett sätt som det förment ateoretiska DSM inte lyckats med (Follette & Houts, 1996). Om man därtill har ett parallellt diagnosystem som inte eftersträvar att göra om syndrom till kroppsliga sjukdomar skulle detta kunna vara mer användbart både för behandlingsforskning och klinisk verklighet. Forskning på kopplingar mellan dessa system skulle fortfarande ha möjlighet att upptäcka eventuella biologiska och genetiska etiologier till beteendediagnoserna (Klintwall, in preparation).

Förslag på diagnossystem med tydligare behandlingskoppling har också utformats. En spännande variant är system som bygger på dimensioner istället för kategorier, vilket är tänkt att fånga upp patienters individuella problem bättre (Hayes et al, 1996). En extrem variant av idiografisk diagnos med tydlig behandlingskoppling är en beteendeterapeutisk beteendeanalys som förklarar hur ett visst beteende hos en viss individ vidmakthålls. Eftersom poängen med en diagnos är att man ska kunna generalisera mellan patienter krävs emellertid att någonting teoretiskt relevant abstraheras ur en beteendeanalys. Detta kan exempelvis vara en konstruerad dimension. Behandlingsmetoder kan sedan utformas för problembeteenden orsakade av överskott eller underskott på en sådan dimension. Sådana dimensioner skulle skära igenom existerande diagnoskategorier och behöver inte heller definiera någon gräns gentemot normalitet. Ett exempel på en diagnosdimension som föreslagits är "undvikande av upplevelser" (eng. "experiential avoidance") (Hayes et al, 1996). Man kan också tänka sig dimensioner som positiva och negativa psykotiska symtom eller grad av regelstyrning. Inom ett smalt område som arbete med utvecklingsförsenade barn skulle en dimension som "basic learning ability" (Williams & Jackson, 2009) eller "social reinforceability" (Klintwall & Eikeseth, 2011) kanske vara mer användbara än diagnoser som autism, mental retardation eller språkstörning.

Tanken på dimensionella diagnossystem har tagits upp inför utformandet av den femte utgåvan av DSM. Även om flera fördelar med ett dimensionssystem noteras (framförallt dess potentiella validitet!) så konstaterar man att nackdelarna med ett sådant systems ovana upplägg för klinisk vardag och bristen på genomarbetade kandidater gör att detta antagligen inte kommer införas inom tidsramen för nästa utgåva (Rounsaville et al, 2002). En uppenbar väg framåt är alltså att ett alternativt och dimensionellt diagnossystem utvecklas, med tydlig koppling till behandling och med hög reliabilitet. Övergången från kategorier till dimensioner i andra vetenskaper har också följts av en alltmer ökad precision i mätningarna av dessa dimensioner och krafter (Carson, 1996).

Med risk för att dra Coopers metafor alltför långt kan ett dimensionellt diagnossystem jämföras med vissa begrepp man använder när man pratar om trädgårdar. ”Taggiga växter” i en trädgård definieras inte efter någon idé om arter eller naturliga sorter, utan utifrån hur vi måste hantera dem. För att arbeta i en trädgård är det ibland mest användbart att prata om taggiga växter. Det hjälper vid val av verktyg och metod för att rensa, men begreppet aspirerar inte på att vara en biologisk kategori. En uppdelning är bra så länge den är pragmatisk, och för en trädgårdsmästare är det ibland viktigt att tänka på DNA och ibland på verktygsval.

Sammanfattning

Låt oss återvända till frågeställningarna, och konstatera vilka svar som konkluderats:

1. Är psykisk sjukdom en naturlig kategori?

Nej, denna gränsdragning är ofrånkomligen subjektiv. Var gränsen dras kommer att påverka hur man uppfattar att olika mänskliga problem bäst kan lösas och därför är det viktigt att hålla denna diskussion levande. I en trädgård är det en subjektiv bedömning vad som räknas som ogräs.

2. Kan de olika psykiatriska diagnoserna vara diskreta naturliga kategorier?

Ja, det är möjligt. Emellertid kommer antagligen bara en liten minoritet av det vi idag ser som psykisk sjukdom gå att fånga in i diskreta klasser. I trädgårdsmetaforen motsvaras detta av att vissa folkbotaniska sorter går att fånga i biologiska naturliga kategorier, exempelvis åkertistlar. Andra pragmatiska sorter motsvaras inte av någon distinkt biologisk kategori, exempelvis buskar.

3. Hur kan ett diagnossystem utan diskreta klasser se ut?

En väg framåt är möjligen att skilja på biologiska diagnoser och beteendediagnoser. Beteendediagnoserna skulle då kunna ta formen av flera dimensioner med olika mätmetoder och behandlingsindikationer. I trädgården motsvaras detta av att skilja på de biologiska arterna och rent pragmatiska uppdelningar av växterna. Även om ”taggiga växter” inte är någon biologisk art så är det ett användbart koncept när man ska välja verktyg eller prata med andra trädgårdsmästare.

Litteratur

- American Psychiatric Association (1994): "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed." Washington: Pilgrim Press.
- Berlim, M. T., Fleck, M. P. & Shorter, E. (2003) *Notes on antipsychiatry*. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience 2003, 253, 61-67
- Beutler LE & Malik ML (2002) "Rethinking the DSM." Washington, DC: American Psychological Association.
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). "Hälsa och sjukdom – en begreplig utredning". Lund: Studentlitteratur.
- Carson, R. C. (1996) *Aristotle, Galileo, and the DSM Taxonomy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1133-1139.
- Cooper, R. (2007) "Psychiatry and philosophy of science". London: Acumen Publishing.
- Follette, W.C & Houts, A.C (1996) *Models of Scientific progress and the role of theory*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1120-1132.
- Jablensky A. (1999). *The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 33(2):137-44
- Jablensky, A (2006). *Subtyping schizophrenia: implications for genetic research*. Molecular Psychiatry. 11(9):815-36
- Johannisson, K: (2009) "Melankoliska rum". Stockholm: Natur & Kultur.
- Hacking, I (1995) "Rewriting the Soul". New Jersey: Princeton UP.
- Hacking, I (1998) "Mad Travelers". Cambridge, Mass: Harvard UP.
- Hacking, I (1999) "The Social Construction of What?" Cambridge, Mass: Harvard UP.
- Hayes S. C., Wilson, K G, Gifford, E V, Follette, V M & Strosahl, K: *Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 64(6), Dec 1996, 1152-1168.
- Klintwall, L. & Eikeseth, S. Number and controllability of reinforcers as predictors of individual outcome for children with autism receiving early and intensive behavioral intervention: A preliminary study. Research in Autism Spectrum Disorders, In Press, Corrected Proof. doi:16/j.rasd.2011.07.009.
- Klintwall, L: Individual Variation in Primary Reinforcer Valences – Concept, Pathology and Genetics. Manuscript in preparation.
- Kupfer, First & Regier (eds) (2002) "A research agenda for DSM-V", American Psychiatric Association.
- Kutchins H & Kirk SA (1997) "Making Us Crazy". London : Constable
- Ramnerö, J & Törneke, N: (2006) "Beteendets ABC". Lund: Studentlitteratur.
- Rounsaville et al. i Kupfer, Frist & Regier (eds) (2002). "A research agenda for DSM-V", American Psychiatric Association.
- Williams, W. L. & Jackson, M. L. i Rehfeldt, R. A. & Barnes-Holmes, Y (2009) "Derived Relational Responding" Oakland: New Harbinger.

Ansvar for sykepleien til pasienten i kliniske studier - viktig for utvikling av sykepleiestudenten som fagperson

**Margareth Gauslaa Haukom, Karen Louise Pedersen, Nina
Jenny Tresvik Monstad og Laila Storesund**

*Margareth Gauslaa Haukom Høgskolelektor Bachelor i Sykepleie ved Haraldsplass
diakonale høgskole*

*Karen Louise Pedersen, Førstelektor, Bachelor i Sykepleie ved Haraldsplass diakonale
høgskole*

*Nina Jenny T.Monstad, Høgskolelektor, Bachelor i Sykepleie ved Haraldsplass diakonale
høgskole*

Laila Storesund, sykepleier, Kirurgisk avd. ved Haraldsplass diakonale sykehus

Sammendrag

Artikkelen omhandler erfaringer fra et prosjekt der sykepleiestudenter overtar ansvaret for sengeposter i somatisk sykehus i slutten av andre studieår ved bachelor i sykepleie. Studentene har gjennom flere år evaluert prosjektet svært godt. I artikkelen ønsker vi å løfte frem studentenes erfaringer med samarbeid i praksisfellesskap, og slik formidle kunnskap om kliniske praksisstudier.

Studien har en kvalitativ tilnærming og er basert på åpne spørsmål i en spørreskjemaundersøkelse med fokus på studenters samarbeidserfaringer. Resultater fra studien viser at å få ansvar i kliniske studier bidrar til at studentene må samarbeide med hverandre. Samarbeidet fører videre til at de deler kunnskaper og erfaringer med hverandre. Denne gjensidige avhengigheten av hverandre i teamet på sengeposten bidrar til at studenten blir tryggere i sykepleierollen. Å få ansvar for sykepleien til pasienten i kliniske studier bidrar til samarbeid, trygghet og identitet, noe som er viktig for utvikling av sykepleiestudenten som fagperson, viser studien.

FOU-artikkel

Nøkkelord

Samarbeid, ansvar, teamarbeid, læring, kliniske studier.

Innledning og bakgrunn

Ifølge Rammeplan for sykepleierutdanningen skal praksisstudiene gi studentene personlige og konkrete sykepleierfaringer og erfaringer med deltagelse og samarbeid i det organiserte arbeidsfellesskapet (Rammeplan for sykepleierutdanning 2008). I utøvelsen av sykepleie er evnen til samarbeid både med pasienter og annet helsepersonell en forutsetning for utveksling av teoretiske og praktiske kunnskaper og erfaringer. I artikkelen vektlegges sykepleierstudentenes samarbeidserfaringer med hverandre.

Fra og med våren 1993 har Haraldsplass diakonale sykehus og Haraldsplass diakonale høgskole samarbeidet om "Prosjekt overta avdeling" (heretter POA), et prosjekt der studenter overtar ansvaret for sengeposter i somatisk sykehus i slutten av andre studieår (Einarsen og Sekse 2001). Prosjektet har blitt evaluert av studenter og andre involverte, både muntlig og skriftlig.

Evalueringene har vist at studentene gjennom POA ser betydningen av å samarbeide med andre faggrupper og med hverandre som "sykepleiere". De oppdaget betydningen av hverandres kunnskaper og erfaringer i et praksisfellesskap. Våren 2007 ble den skriftlige evalueringen utvidet med nye åpne spørsmål. Spørsmålene handlet om samarbeid spesielt. Dette fordi vi ønsket å få vite mer om hva det er med samarbeid som er viktig for studentenes læring i praksis.

POA innebærer at studentene i siste uke av andre studieår overtar ansvaret for hele eller deler av fire større sengeposter i to døgn. Cirka 70 studenter deltar hvert år. I forkant av prosjektet etableres en prosjektgruppe bestående av representanter fra sykehuset, høgskolens lærere og studenter. Studentkullet forberedes i løpet av vårsemesteret gjennom skriftlig informasjon og to obligatoriske informasjonsmøter. Disse to felles informasjonsmøtene er viktig for å skape en følelse av felles "eierskap" i prosjektet. Det gis først overordnet informasjon, deretter mer detaljert og til slutt konkret informasjon i forhold til vaktplaner og roller. Hensikten med den suksessive informasjonen er at forberedelsen til prosjektet ikke skal overskygge annen læring i løpet av vårsemesteret, samtidig som studentene skal få tilstrekkelig informasjon til å kjenne seg forberedt.

Innen prosjektet realiseres har studentene gjennomført 8 uker praksisstudier i sykehjem og 19 uker i somatisk sykehus. Uken før de tar ansvar for aktuelle avdelinger, hospiterer de studentene som ikke har vært i praksis på den avdelingen de skal overta, en eller to vakter. I tillegg har alle deltakerne en forberedelsesdag i prosjektuken. I avdelingene som studentene overtar er det en bakvaktsykepleier som har en veiledende funksjon og som samtidig skal kunne overta sykepleieoppgaver dersom det blir nødvendig i forhold til pasientenes helse og sikkerhet. Evalueringene av POA er positive både fra studentenes og bakvaktsykepleiernes ståsted. Områdene som gjennom årene har blitt evaluert er studentenes motivasjon for å delta i prosjektet, forberedthet, behov for veiledning underveis og mestring av rollen som "sykepleier". Våren 2007 ble studentene i tillegg utfordret på å evaluere hva det er de lærer gjennom å samarbeide med hverandre i praksis.

Tilgrensende forskning

Studier har vist at sykepleierstudentenes praksisstudier i utdanningen er viktig for læring, modning og utvikling (Kloster, Høie og Skår 2007, Skår 2007). Randi Skår understreker i sin artikkel ” *Praksis – en læringsarena som engasjerer*”, at sykepleierutdanningene må satse på å beholde og å utvikle praksisstudier som en læringsarena der sykepleie studeres, erfaringer tilegnes og viktige egenskaper utvikles. Praksis engasjerer fordi det er der studentene møter det levde liv, og det er der de gjennom sine praksisstudier har muligheter til å samle seg verdifulle yrkeserfaringer (Skår 2007).

En kohortstudie som fulgte i alt 590 sykepleiere fra sykepleierutdanningen i Helse Vest de første fem årene etter fullført utdanning, viser blant annet at sykepleierne ønsker seg mer klinisk praksis gjennom sykepleierutdanningen (Alvsvåg og Førland 2007).

Universitetet i Stavanger har siden 1991 drevet en medisinsk prosjektpost i samarbeid med Sentralsykehuset i Rogaland (Øvrebø 2006). En kvalitativ studie derfra viser at å bli integrert i et faglig og sosialt arbeidsfellesskap er viktig for studentenes kunnskapsutvikling. Studien bekrefter at å gi studentene ansvar førte til at de tilegnet seg kunnskaper på en meningsfull måte, noe som videre bidro til trygghet og sikkerhet i arbeidet. Studien viser at noen studenter opplevde arbeidet på prosjektposten skremmende, men det hindret dem likevel ikke i deres læring. Ved å ta ansvar ble de ”presset” til faglige refleksjoner, noe som gjorde dem mer fagbevisste (Bakke –Erichsen og Øvrebø 2004).

Thidemann (2005) understreker i sin artikkel ” *Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets implikasjoner* ” arbeidsmiljø og kollegaers betydning som de to faktorene som har størst betydning for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. Artikkelen er basert på to oppfølgingsundersøkelser, der 62 sykepleiere deltok, og ble gjennomført tre og fem år etter avsluttet grunnutdanning i sykepleie.

En finsk observasjonsstudie (Collin, Paloniemi og Jukka-Pekka 2010) utført på operasjonsstuer omhandler tverrfaglig samarbeid og læring. Studien antyder at kollegial støtte ved å overskride profesjonelle roller og ved å opprettholde en inkluderende atmosfære er to viktige faktorer for å utvikle og styrke en tverrfaglig opplæringspraksis. Studien understreker videre at det er viktig å ta ansvar sammen i teamet. Det skaper trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

Søk i ulike databaser (bl.a. Erika) med søkeordene samarbeid, ansvar, teamarbeid, læring og kliniske studier har ikke gitt funn innen international forskning omkring temaet.

Teoretisk referanseramme

I et psykologisk læringsperspektiv kan vi se læringsutbytte i forholdet mellom indre og ytre motivert læring. I den indre motivasjonen er det både gleden ved å lære og interessen for det som læres, altså læringsaktiviteten i seg selv som er drivkraften. Læringsaktiviteten er her uavhengig av erfart nytte. En ytre motivert læring er mer avhengig av gevinst og ytre krav. Her kan det være avstand mellom selve læringsaktiviteten og den erfarte relevans (Imsen 2003).

I et sosiokulturelt læringsperspektiv ses sosial samhandling som utgangspunktet for læring og ikke bare som en ramme rundt læring. Kunnskap er ikke kun noe individuelt som befinner seg i den enkelte person, enten det er akademisk kunnskap eller praktisk kunnskap. Å ville strekke seg for å mobilisere sine læringsressurser maksimalt og samtidig være deltaker i et samspill med andre er helt nødvendig for at læring og utvikling skal skje. Ut fra dette perspektivet vektlegges praksisfellesskapets innvirkning på læring mer enn forhold knyttet til individet (Leave og Wenger 2003, Wenger 2004). Å få og å ta ansvar i et praksisfellesskap, altså å være aktivt deltagende, kan slik skape motivasjon og engasjement for å lære.

Leave og Wenger sin teori om mesterlære og læring har en tilnærming som tar utgangspunkt i hvordan læring opp gjennom historien har vært knyttet til lærlingordninger. Gjennom praksisforankret læring i autentiske kulturer går svennen gradene og blir etter hvert selv mester. Teorien om mesterlære og læring reiser spørsmålet om våre kunnskaper og læreprosesser er mer kontekstavhengige enn synet på læring som har rådet i våre utdanningsinstitusjoner i det tjuende århundret. Et syn der individet, likhet og enhet er blitt dyrket fremfor konteksten, ulikhet og mangfold. Deltagelse og tilhørighet til et praksisfellesskap blir redskaper for å generere kunnskap og det er gjennom deltagelse i en felles praksis at det lærte får mening. Kunnskap blir altså ikke bare sett på som noe som skal overføres fra en person til en annen, men noe som foregår ved å delta i en sosial sammenheng (Nielsen og Kvale 1999). Kunnskap i praksis består i at vi integrerer kunnskap og kompetanse fra flere områder og gjennom refleksjon og erfaring. Mye kunnskap ligger i relasjonene og tilegnelsen av kunnskapene skjer ved å være aktivt deltagende i praksisfellesskapet.

Metode, utvalg og gjennomføring

Empirien i studien omfatter syv åpne spørsmål om sykepleierstudenters samarbeidserfaringer med hverandre i kliniske studier. Det er også et åpent spørsmål om eventuelle andre kommentarer. Spørsmålene går fra det å beskrive samarbeid med medstudenter og bakvaktsykepleiere, via positive og negative sider ved samarbeidet, til forskjellen på erfaringer med samarbeid i ordinære praksisstudier sammenlignet med erfaringer fra POA. Sykepleierstudentenes samarbeidserfaringer med pasienter ble ikke etterspurt.

Av utdelte skjema til 70 studenter og 23 bakvaktsykepleiere, svarte 64 studenter og 15 sykepleiere. Det vil si en svarprosent på henholdsvis 91 og 65 %. Resultatene fra bakvaktsykepleierne (sykepleier i avdeling med veiledende funksjon til student) evalueringer ble lest parallellt med studentevalueringene. Det ble et korrektiv og et innspill til både analysen og tolkningen.

Materialet ble analysert ved en prosessuell analysetilnærming som Miller & Crabtree benevner som "Editing analysis style", gjengitt hos Malterud (Malterud, 2003). Vi startet analysen med hver for oss å lese hele tekstmaterialet. Dette for å få en oversikt over tekstene og for å identifisere det vi ble spesielt oppmerksomme på, og / eller var gjennomgangstema. Deretter leste vi materialet på nytt for å identifisere de meningsbærende tekstenhetene som formidler de temaene som vi var blitt oppmerksomme på. Det vil si hvordan og i hvilken sammenheng temaene ble fremsatt. De meningsbærende enhetene ble kodet ut fra innholdet. For hvert tema diskuterte vi oss frem til en samstemt tolkning. Til slutt ble de meningsbærende enhetene uttrykt i mer overordnede tema. Tre temaer ble analysert frem som

viktige samarbeidserfaringer. Disse temaene er *erfart trygghet, opplevelse av å arbeide i team og en gryende sykepleieidentitet*.

Det å være flere personer som analyserte empirien var krevende, men bidro også til en kvalitetssikring. Vi erfarte for eksempel at sykepleieren fra det kliniske felt leste materialet med noe større fokus på pasientenes sikkerhet, mens de to høgskolelektorene var mer opptatt av studentenes samarbeidserfaringer og læring. I arbeidet så vi at disse to perspektivene utfylte hverandre på en god måte.

Etiske vurderinger

POA er en obligatorisk praksisuke for studentene og ender ut i en obligatorisk evaluering. Studentene ble muntlig informert om at resultatene av de syv spørsmålene om samarbeid som denne studien omhandler ville bli publisert.

Resultater og diskusjon

Tre temaer ble analysert frem som viktige. Disse tre temaene er trygghet, samarbeid og identitet som sykepleier.

Trygghet og utrygghet

To forhold ble mye omtalt av sykepleiestudentene i forhold til trygghet. Det ene var forberedelsene til prosjektet. Det andre var bakvaktsykepleiernes rolle. Når det gjelder forberedelsene i forkant av POA, skrev eksempelvis en student at "*vi visste hva som skulle gjøres*". Materialet viser at majoriteten av studentene framhevet at det som var avgjørende for deres trygghet var å være godt forberedt til prosjektet. De aller fleste svarte at de kjente seg trygge under prosjektet.

I forkant av POA er det som nevnt over lagt til rette for en grundig og suksessiv forberedelse av prosjektet. Eksempler på forberedende aktiviteter er studenters hospitering, informasjon til andre yrkesgrupper og pasienter, samt beredskap i forhold til uforutsette hendelser underveis, for eksempel brann og akutte pasientsituasjoner. Å hospitere i avdelingen de skal overta, i tillegg til en forberedelsesdag i selve prosjektuken, gir studentene en mulighet til å utforske det de er usikre på.

Underveis er studentene både nysgjerrige og samtidig usikre på hva prosjektet innebærer. De uttrykte utrygghet for at de ikke ville kunne mestre ansvaret. Denne utryggheten kan gjøre at studenten er mer konsentrert og yter maksimalt og derved tar ansvar. Utryggheten kan også føre til at student ikke tar ansvar, og slik ikke utfordrer seg selv. Funnene viser imidlertid at studentene vågde å utfordre seg selv ved at de diskuterte og reflekterte med medstudenter når de selv var faglig usikre. Slik erfarte de trygghet og mestring i praksisfellesskapet.

Når studentene kjenner seg trygge, våger de å ta ansvar som igjen kan bidra til vekst. Forberedelsene har som mål å øke tryggheten noe som er en forutsening for å ta ansvar.

Trygghet er videre en forutsetning for å kunne tørre å være usikker. Å erkjenne hvilke kunnskaper en har og ikke minst mangler er viktig. Å erkjenne utrygghet er i tillegg viktig for å tåle forandringer underveis, og for å erkjenne egen begrensning.

Når studentene kjenner seg usikker kan de henvende seg til og rådføre seg med bakvaktsykepleierne. Bakvaktsykepleierens tilgjengelighet skapte trygghet hos dem der og da. Når en er uerfaren er det å kunne ha en erfaren sykepleier tilgjengelig helt avgjørende for at ikke situasjoner skal bli skremmende og utrygge. I denne sammenheng beskrev studentene bakvaktsykepleierens rolle som en *"kjempestøtte"*. De var *"tilstede der de skulle"*, *"holdt seg i bakgrunnen, men var tilgjengelige"* og *"var en trygghet"*. En student skrev at *"bakvaktsykepleierne var stort sett stille tilstede"*, mens en annen utdyper at bakvaktsykepleierne *"ikke alltid var i nærheten, men vi visste vi kunne spørre hvis det var noe"*. En tredje student beskrev det slik: *"...nærværet gjorde meg tryggere"*.

Noen studenter var mer kritisk til bakvaktssykepleiere: *"... til tider blandet bakvaktssykepleier seg litt for mye"*. De *"klarte ikke melde seg ut"*. Bakvaktssykepleiers innvolvering kan handle om behov for oversikt og kontroll. Dette kan være en naturlig reaksjon på at studentene noen ganger glemte å orientere og oppdatere bakvaktssykepleier på hva som var planlagt og gjennomført av sykepleieoppgaver, og derfor måtte etterspørre dette hos studentene.

Studentevalueringene viste at når studentene var tilstrekkelig forberedt til POA, og bakvaktssykepleierne fylte rollen sin, erfarte studentene trygghet. De tok ansvar.

Fra jeg til vi

Studentene beskrev, overordnet sett, samarbeidet som *"godt samarbeid"*, *"veldig bra"*, *"meget bra"* og *"svært godt"*. Noen studenter skrev at de i utgangspunktet var *"skeptiske til"* å jobbe med studenter de ikke kjente fra tidligere praksisperioder, men la til at det gikk over all forventning.

Studentene har gjennom prosjektet erfart at å arbeide i team er en viktig del av yrkeshverdagen. Det kan se ut som om utfordringen i å prioritere sykepleieoppgaver bidro til at studentene arbeidet godt sammen. Å dele erfaringer med hverandre gav læring. Alle kunne noe, sammen kunne de mye. Både for studenter og bakvaktsykepleiere var det mange nye utfordringer knyttet til roller gjennom prosjektet. Eksempelvis kan det være utfordrende å delegere arbeid til medstudenter når en selv er ny i rollen som gruppeleder. Dessuten er det å kjenne seg trygg i ulike situasjoner ulikt fordelt. Dette utfordrer samspillet. Det viser at en må lære å utnytte hverandres styrke, fordi en er avhengig av hverandre i et arbeidsfellesskap (Aalgood og Kvaalsund 2003).

Opplevelsen av å arbeide i team ble uttrykt som at *"studenter ble kollegaer"*, *"vi var ett team"*, og *"dro lasset sammen"*. Det å erfare at *"en fungerer sammen som et team"* framheves av en student som det mest positive. Bakvaktsykepleierne bekrefter at studentene jobbet godt sammen i team, blant annet var de flinke til å snakke seg imellom, oppsummerte underveis, samtidig som de gav hverandre muntlige tilbakemeldinger.

Leave og Wenger (2003) ser på praksisfellesskapet som sentralt for læring. De beskriver et praksisfellesskap som et sett av relasjoner mellom personer, aktiviteter og verden. Slik forstås

læring som en måte å være i den sosiale verden på. I dette fellesskapet har deltakerne en felles forståelse av hva de gjør og hvilken betydning det de gjør har. Kunnskap er knyttet til fellesskapet og ikke primært til det enkelte individ. I POA er praksisfellesskapet en sykehusavdeling som behandler pasienter med somatiske lidelser og består av forskjellige yrkesgrupper fra leger til sykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter. Fellesskapet består av ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse og ulike oppgaver, men med samme mål om å anvende sine kunnskaper til det beste for pasienten.

Denne tenkning innebærer at studentene sosialiseres gradvis inn i praksisfellesskapet gjennom alle sine praksisperioder, men kanskje i sterkere grad når de gjennom aktiv deltagelse i praksis og POA både kjenner på ansvar og tar ansvar. Læring skjer primært gjennom deltakelse, og læringen blir fremmet av at de som deltar har ulike kunnskaper, holdninger og ferdigheter i sykepleiefaget. I følge Leave og Wenger (2003) flytter deltakene i praksisfellesskapet fokuset fra den enkelte til fellesskapet. Studentene opplevde at et samspill ble skapt gjennom å dele erfaringer med hverandre. En student skrev: *"Vi gikk fra studenter i praksis til kollegaer i POA"*. Inngangen til fellesskapet er både avhengig av den enkelte deltagers livshistorie, hvor lenge denne har vært ansatt, kunnskapsnivå, men likeså mye av sosiale relasjoner og plassering i systemet ifølge Leave og Wenger.

Studentene ble som nevnt utfordret til å utdype sine erfaringer omkring samarbeid med hverandre i POA til forskjell fra de ordinære praksisperiodene gjennom studiet. Det var flere av studentene som beskrev at i de ordinære praksisperiodene er de *"studenter"*, mens under prosjektet erfarer de å være *"kollegaer"*. En student skrev om dette: *"jeg opplevde meg som "annenrangs" i praksis, i POA var jeg "fullverdig"*. En annen skrev at i praksis var jeg *"i tillegg"*, men i prosjektet var jeg *"en del av"*. Uansett nyanser i erfaringene fremstår den positive opplevelsen av å arbeide i team under prosjektet langt sterkere sammenlignet med tidligere praksisperioder. Når studenten kommer til avdelingen første dag i POA, starter hun som *"jeg"*, og kjenner på det utfordrende ansvaret. Uansett hvor godt forberedt hun er, erfares ansvaret som stort. Deretter oppdager studenten at det er flere medstudenter i avdelingen som hun kan dele ansvaret med. *"Alle kan vi noe og sammen kan vi mye"*, var det flere studenter som skrev.

Et team som skal fungere godt går gjennom ulike faser. Når teamet etableres, er en i den første fasen *avhengig* av hverandre, og avhengig av rammene i avdelingen. Det er faste tider for skriving av rapport og overføring av rapport. Det er hensiktsmessige arbeidsfordelinger for hvem som skal gjøre hva, og fastsatte tider hvor en oppsummerer at det faktisk blir gjort. Hvem som skal være gruppeleder, medisinsansvarlig og lignende, er eksempler på dette. I neste fase er teamdeltagerne *uavhengige* av hverandre. Hvordan selve løsningen på en oppgave gjennomføres og av hvem, om de vil diskutere/reflektere med andre gruppe-medlemmer, grad av aktivitet og lignende, er eksempler på det. Aalgood og Kvalsund (2003) understreker at både det at vi er avhengig og uavhengig av hverandre må anerkjennes og aksepteres, dersom teamet skal fungere godt og alle skal oppleve seg *gjensidig avhengige* av hverandre. Å våge å stole på andre og sammen diskutere utfordringer er slik en viktig oppdagelse for sykepleiestudentene i praksis.

Når studentene står ovenfor konkrete pasientsituasjoner utfordres de til å reflektere og til å dele kunnskaper og erfaringer med hverandre. Å bli utfordret av medstudenter som befinner seg i samme utdanningskontekst er utfordrende og kan samtidig stimulere deres evne til refleksjon over faget. Dette gir dem verdifulle erfaringer i teamarbeid, noe som synes å øke

deres forståelse av og læring i praksis. I Randi Skår sin artikkel "En læringsarena som engasjerer" understrekes også dette som viktig for at læring skal finne sted (Skår 2003).

Hvis den enkelte deltaker forholder seg som uavhengig av de andre, vil det medføre at kompetansen ikke utveksles (Allgood og Kvalsund 2003). Dette forholdet kan dessuten bidra til konflikter ved at en ikke lytter til hverandre. Er en derimot villig til å lytte til hverandre, men er samtidig usikker på det en selv har å bidra med, kan dette føre til en avhengighet av andre som grenser mot underkastelse. Denne avhengigheten er ikke fruktbar, fordi en da i mindre grad bidrar med sin kompetanse. Det ideelle er at den enkelte forstår at alle har noe å bidra med, og frimodig fremmer dette, samtidig som en erkjenner at andres kompetanse er viktig. Først da oppstår det en fruktbar gjensidig avhengighet i teamet. Dersom studentene oppdager denne gjensidigheten vil teamet som helhet ha en kompetanse som er større enn summen av kompetansen til deltakerne i teamet (Allgood og Kvalsund 2003). Eksempel på dette fra empirien er "vi dro lasset sammen, vi var et team og vi oppmuntret og gav hverandre tilbakemeldinger underveis". Studentene gikk fra "jeg" i studentpraksis til et "vi" under prosjektet.

Empirien viser videre at å arbeide i team ved å dele og anvende hverandres kunnskaper og erfaringer fikk konstruktive ringvirkninger. Innsikt i egen yrkesrolle er grunnleggende for et godt tverrfaglig samarbeid i praksisfellesskapet. En student skrev: "POA gjorde meg mer selvstendig og voksen som sykepleiestudent". En annen skrev: "... ble gjennom disse prosjektvaktene bedre kjent med egen styrke og svakhet som fagperson". Gjennom å våge faglige refleksjoner med sine medstudenter undervis i POA fikk studentene trygghet både på seg selv og i arbeidsfellesskapet. En trygghet som er viktig for å oppleve at en kan vokse i faget ved å ta sykepleiefaglig ansvar. Kollegial støtte og en inkluderende atmosfære i arbeidsfellesskapet skaper trygghet og er viktig for å lære og utvikle seg som fagperson og bidrar dessuten til faglig sikkerhet i pasientarbeidet (Collini, Paloniemi og Jukka-Pekka 2010).

Å få og å ta ansvar i et team bidrar til fagidentitet

Modningsprosessen mot å bli en fagperson, skyter fart under POA, fordi student ved å ta ansvar må anvende sine relasjon- og fagkunnskaper. Kunnskaper studentene "har hørt" om i undervisningen, lest om og blitt vist i praksis, "oppdager" de i prosjektet ved at de settes sammen til en større helhet. En student skrev at "POA gjorde meg mer selvstendig og voksen som sykepleiestudent", en annen skrev at "... jeg sprang ikke til sykepleier med en gang jeg ble usikker", og videre at "hun samtidig ble kjent med egen styrke/svakhet som fagperson. Studentens sykepleieridentitet ble tydeligere.

Studentene oppdaget at deltagelse i praksisfellesskapet ga mening og tilhørighet, noe som er grunnleggende i formingen av deres rolle og identitet som sykepleier. Gjennom samarbeid deler de kunnskaper med hverandre, og de må stole på hverandre, noe som gir dem en opplevelse av fellesskap. "Sammen hadde vi noe å bidra med", uttrykte flere av studentene i evalueringene. Det opplever ikke alle studentene i sine ordinære praksisstudieperioder.

Gjennom en forpliktende delaktighet i praksisfellesskapet har studentene i tidligere praksisstudier erfart viktigheten av å arbeide sammen. Samtidig er det sykepleierne som er ansatt i avdelingen som da bærer hovedansvaret. En student uttrykte det slik: "Jeg følte meg som et annenrangs medlem av praksisfellesskapet i praksis, men et fullverdig medlem i

prosjektet". Det vil si at studenten erfarer å være "i tillegg til" i sine praksisstudier, til å bli "en del av" et praksisfellesskap i POA. Dette understreker Thidemann (2005) som viktig i sin studie om den sårbare læringsarenaen at et godt arbeidsmiljø og gode kollegaer har stor betydning for læring og kompetanseutvikling. I POA må studentene ta større ansvar for de ulike oppgavene i avdelingene og inkluderer derved både seg selv og sine studentkollegaer i større grad inn i praksisfellesskapet.

I POA sier studentene at de ikke lenger er "på siden" av praksisfellesskapet, men erfarer her å være en del av fellesskapet fordi de får ansvar og blir gitt tillit. Når de så våger å ta ansvar betinger det en viss grad av trygghet. Når studentene kjenner seg trygge i teamet bidrar det til samarbeid, noe som videre bidrar til at studentene deler kunnskaper og erfaringer med hverandre. Tillit og trygghet er grunnleggende for å oppleve et reelt samarbeid i teamet, noe som er begynnelsen til en gryende sykepleieridentitet. Identitet som sykepleier er viktig for ytterligere trygghet i sykepleierrollen. Dette kan sees som en spiralbevegelse og som en katalysator for læring og vekst mot rollen som en trygg fagperson og sykepleier.

Avslutning

Hensikten med POA er å skape lærings situasjoner så nær den kliniske virkeligheten som mulig. Samtidig er det et mål at prosjektet skal fungere som en katalysator for studentenes utvikling mot det å bli sykepleier og trygge som fagpersoner.

Empirien fra prosjektet viser at gjennom handling og samhandling erfarer studentene en gryende identitet som sykepleier. En identitet som utvikles videre og dypere gjennom refleksjon og vurdering av handling, alene eller sammen i arbeidsfellesskapet. Å legge til rette for å fremme studentenes sykepleieidentitet er viktig fordi trygghet i egen yrkesrolle er en forutsetning for å formidle trygghet til pasienten. Å være sykepleier er sammensatt. En må ha gode kunnskaper teoretisk og praktisk og du må våge å være der for pasienten. Kunnskaper og erfaringer gjør at vi våger å være tydeligere som sykepleiere. For å våge å ta ansvar må studenten oppleve seg trygg ved å erkjenne både det hun kan og ikke kan.

I POA utfordres studentenes evne til å gi hverandre tilbakemeldinger og til å dele kunnskaper og erfaringer med hverandre. Kunnskapsutveksling inspirerer til ytterligere samarbeid. Ved å diskutere og reflektere over situasjoner underveis får studentene nye kunnskaper og erfaringer. Læringsspiralen er i bevegelse.

Litteratur

- Allgood, E. og Kvalsund, R. (2003). *Persoonhood, Professionalism and HelpingRelation – Dialog and Reflection*. Tapir akademiske forlag, Trondheim.
- Alvsvåg, H. og Førland, O. (2007). *Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen*. I: Alvsvåg, H. og Førland, O. red. Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Akribe AS, Oslo.
- Bakke-, A. og Øvrebø, R. (2004). *Fra observatør til aktiv deltaker – arbeidsfellesskapets betydning for sykepleierstudentenes kunnskapsutvikling i praksis*. *Vård i Norden* 2004; 71(24): 36-41.

- Collin, K., Paloniemi, S. og Jukka-Pekka, M. (2010). *Promoting Inter-Professional Teamwork and learning – The case of a Surgical Operating Theatre*. I Journal of Education and Work, v23 n1 p43-63.
- Det kongelige kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning
- Einarsen, K-A. og Sekse, R. (2001). *Lærerikt og utfordrende, et skritt mot målet som ferdig sykepleier*. FOU rapport nr 1, Diakonissehjemmets høgskole 2001.
- Imsen, G. (2000). *Elevens verden, -Innføring i pedagogisk psykologi*. Universitetsforlaget , Oslo
- Kloster, T., Høie, M. og Skår, R. (2007). *Nursing students`career preferences: a Norwegian study*. Journal of Advanced Nursing 59 (2), 155-162.
- Leave, J. og Wenger, E. (2003). *Situert læring*. Reitzel forlag, København.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Nielsen, K. og Kvale, S. (1999). *Mesterlære som aktuell læringsform*. I Nielsen, K. og Kvale, S. (1999). *Mesterlære – læring som sosial praksis*. Notam Gyldendal, Oslo.
- Skår, R. (2007). *Praksis en læringsarena som engasjerer*. I: Alvsvåg, H. og Førland, O. red. *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Akribe AS, Oslo.
- Thidemann, I.J. (2005). *Den sårbare læringsarenaen – om praksisfelleskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling*. *Vård i Norden* 2005;25(1):10-15.
- Øvrebø, R. (2006). *”Medregnet, utfordret og ivaretatt” Utvikling av studentposten 3B*. Universitetet i Stavanger. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for helsefag.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfelleskaber: læring, mening og identitet*. Reitzel forlag, København.