

Vårdvetenskap

Ett kunskapsterritorium

Anders Möller

Pär A Larsson

Förvirringen rörande begrepp som omvårdnad, omsorg, vårdforskning, vårdvetenskap etc har sedan dessa började användas i forskningssammanhang varit stor. I denna artikel redogör författarna för sin syn på begreppet vårdvetenskap som ett överordnat begrepp med stor kunskapsutvecklingspotential.

Vårdvetenskap är inget alternativ till så kallade karaktärsämnen som omvårdnad utan ett svar på den samhällsstruktur vi har och det vårdbehov den har skapat. Gränserna till närbelägna forskningsdiscipliner som medicin, medicinsk psykologi och medicinsk sociologi är inte lätta kanske inte heller nödvändiga att tydliggöra.

Anders Möller och Pär A Larsson är docenter och lektorer på Vårdhögskolan i Göteborg.

Inledning

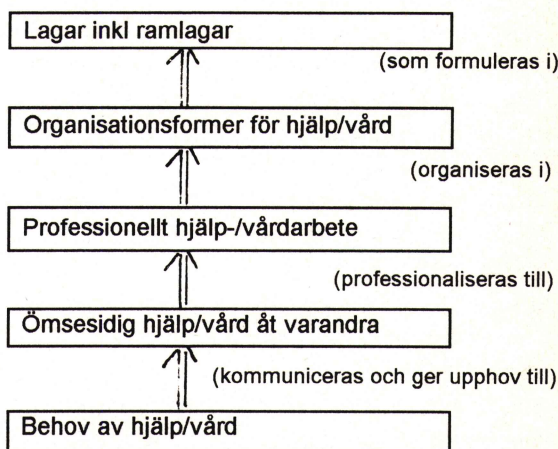
En grund för allt mänskligt liv är mötet mellan människor. Vi blir till för att människor möts och vi överlever för att vi möts av en annan. I det grundläggande mötet finns, för att tala Martin Bubers (1) språk, ett jag och ett du. De två delarna av grundordet "jag-du" får sin innebörd av varandra. Utan ett "du" finns inget "jag" och vice versa. För att ett verkligt möte skall äga rum krävs således även att vi reagerar på varandra, en "social responsivitet", vilket enligt Asplund (2) är det "sociala livets elementära form". Detta kan ses som grunden för "att bry sig om" i meningen att vara intresserad av en annan person och vilja denna väl, att sörja för, att ha omsorg, att vårda. Att vårda är därför en grundläggande mänsklig aktivitet. Man kan inte tänka sig mänskligt liv utan att det finns "vård". Modern vårdar sitt barn och hjälper det att växa, barnet vill modern väl, vi hjälper den som behöver hjälp, vi tar

hand om den som inte kan ta hand om sig själv etc. Vården innehåller både instrumentella och existentiella komponenter (3).

När vi idag analyserar den vård som sker i samhällets regi kan vi göra det från olika perspektiv, "nerifrån" eller "uppiifrån" (jfr 3). Gör vi det nerifrån kan det se ut som i *figur 1*. Figuren skall läsas underifrån.

Enligt detta synsätt är utgångspunkten för vården den hjälp, omsorg och vård vi på ett naturligt sätt ger varandra.

Figur 1. En "bottom-up" modell för beskrivning av sambandet mellan samhällsnivån och den konkreta nivån på hjälp/vård (jfr 3).



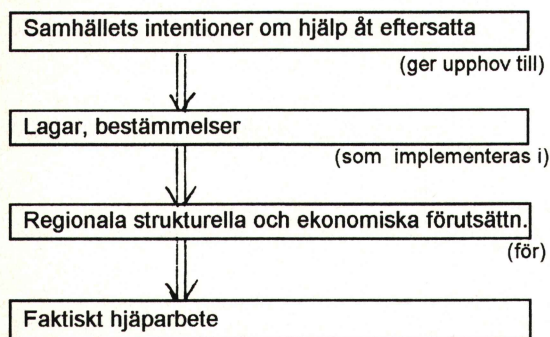
Perspektivet kan också vara det motsatta (3, sid 8), *figur 2*.

Vilket perspektiv som väljs får konsekvenser för såväl vårdens praxis som för forskningen och vetenskapen om vård.

De olika orden, som används ovan – hjälp, omsorg

Man kan inte tänka sig mänskligt liv utan att det finns "vård"

Figur 2. En "top-down" modell för beskrivning av sambandet mellan samhällsnivå och den konkreta nivån på hjälp/vård (jfr 3).



och vård – används i litteraturen på omväxlande sätt. Ordet "hjälp" används mycket sällan i officiella sammanhang. Det låter förmodligen inte tillräckligt professionellt. "Omsorg" har under årens lopp alltmer kommit att innebära en social (ungefär "i samhällelig regi") omsorg om individer som har svårigheter att klara sig själva, barn, handikappade och gamla. Ordet "vård" i relation till människor slutligen, har mest relaterats till vård i samband med sjukdom eller ohälsa och då främst som en korrigerande aktivitet. Vård relaterad till människor definieras alltså snävare än vad gäller exempelvis vård i relation bilar, skog, natur etc, där vård relateras till att ge maximala möjligheter till tillväxt och att hindra försämring. Några tydliga definitioner av de olika begreppen finns dock inte och därigenom heller inga distinkta skiljelinjer.

Relationen till andra begrepp som exempelvis behandling och omvårdnad är heller inte självklar. "Behandling" brukar numera ses som något åtminstone delvis annat än vård, som en utifrån kommande aktivitet av kirurgisk, farmakologisk, psykologisk eller annan art, som är direkt ämnad att bota en sjukdom eller lindra symptom. "Vård" ses då mer som en aktivitet som är inriktad mot hela individen för att öka hennes/hans chanser att bli frisk och/eller att undvika bli sjuk. Behandlingen vänder sig mot "sjukdomen" medan

vården vänder sig mot "patienten" (patient = individ + sjukdom). Denna uppdelning är dock mycket godtycklig och i grunden meningslös. En framgångsrik behandling kan inte genomföras om den inte sker i en "vårdkontext". Det går inte att rikta en aktivitet (behandling) mot bara sjukdomen eftersom det är en individ som har sjukdomen, upplever och hanterar den. I egentlig mening är därför begreppet "vård" överordnat begreppet "behandling".

Vad gäller begreppet "omvårdnad" relateras detta ofta till "sjuksköterskekunskap" eller sådana aktiviteter sjuksköterskor och andra utför. Också "omvårdnad" kan alltså ses inrymmas i begreppet "vård".

Vårdvetenskap som ett svar på ett komplext hälsot

Inom den professionella vård som bedrivs i Sverige och övriga västvärlden har utvecklats en mängd yrken, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, hörselvårdsassistent, laboratorieassistent, undersköterska, läkare, psykolog, kurator, dietist m fl.

De olika yrkeskategorierna är utbildade på utbildningsinstitutioner med olika traditioner vad gäller exempelvis professionalitet och vetenskaplig grund och därmed olika status. Detta kan ibland försvåra samarbetet dem emellan. Samtliga är dock engagerade i vården där de bidrar med olika kunskaper och insatser.

Vid vårdhögskolor utbildas studenter till många av ovan nämnda yrken. Det gäller paramedicinsk behandling (sjukgymnaster, arbetsterapeuter), hörselvård (hörselvårdassistenter), omvårdnad (sjuksköterskor), social omsorg, dess innehåll och organisation (hemtjänst och- habiliteringsassistenter, socialpedagoger samt föreståndare i boende för handikappade och gamla) samt biomedicinsk laborietvetenskap (laboratorieassistenter). Att just dessa utbildningar finns på vårdhögskolan är nog mer beroende på historiska, organisatoriska och praktiska faktorer än på teoretiska överväganden.

Under senare år har gränserna mellan sjukvård och socialtjänst alltmer problematiserats och ifrågasatts.

En framgångsrik behandling kan inte genomföras om den inte sker i en "vårdkontext"

Individer som behöver social omsorg, som handikappade och gamla, behöver också ofta sjukvård. Individen är ju densamma i vilket sammanhang han/hon än finns, vilket ställer krav på samverkan mellan olika organisationer eller bildandet av nya organisationer.

Man kan med ganska stor säkerhet påstå att den uppdelning på olika professioner som vi har idag väl svarade mot det behov samhället hade när dessa professioner etableras. Men det sjukdomspanorama som vi har idag ställer större krav på vårdvetarna. Krav, som inte alltid kan tillgodoses inom ramen för en profession. Komplexiteten i människors hälsohot är så stor idag att vi måste svara med att öka vår kompetens till att se människan ur ett vidare perspektiv än ur respektive s k karaktärsämne. Det hälsohotspanorama som idag utgår från vår livsstil och den komplexitet som detta innebär måste tacklas med en vård som svarar mot denna komplexitet. Det räcker inte fullt ut med ett arbetsterapi-perspektiv eller ett sjuksköterskeperspektiv eller ett sjukgymnast-perspektiv. Vi måste vidga perspektivet till ett vårdvetenskapligt perspektiv där vi kan utnyttja all den kunskap som vi tillsammans har. Vårdvetenskapen kan ses både som en kombination (dvs som ett kunskapsterritorium) som en abstraktion (som ett ämne), dvs som det som är gemensamt i allt vårdarbete, och den kan definieras som att "skapa vetande om konsten att vårda" (4, sid 40).

Ett perspektiv där människan som aktiv varelse (dvs ur ett arbetsterapiperspektiv) och med ett behov av en kropp som fungerar som jag vill (ett sjukgymnastperspektiv) kan fungera i ett socialt sammanhang (ett psykosocialt perspektiv). Kan individen inte själv tackla de hot som uppkommer mot dessa funktioner måste vi ge stöd (ett omvårdnadsperspektiv) och vi måste kunna analysera med befintliga metoder och utveckla nya metoder för att veta hur individen påverkas av hindren, på de sätt som är biomedicinskt möjliga (ur ett biomedicinskt laborietvetenskapligt perspektiv) eller vilket perspektiv som helst. Inte ens dessa olika perspektiv är dock tillräckliga. För att bygga en vårdvetenskap måste ett nära samarbete med andra vetenskaper, som medicin, samhällsvetenskap och humaniora, etableras.

Med detta vill vi inte ha sagt att våra s k karaktärsämnen spelat ut sin roll – tvärtom, förutsättningen för att ett vårdvetenskapligt territorium skall nå bärkraft är

I det följande används ordet "vård" för att inkludera hjälp, omsorg och sjukvård då hälsan är hotad, var den än sker

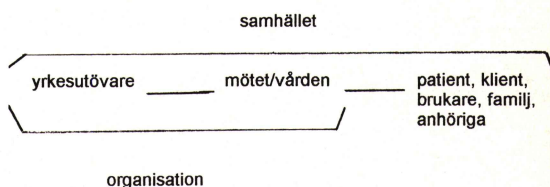
just tydliga karaktärsämnen med professionella företrädare. Vårdvetenskap är därför inget alternativ till exempelvis omvårdnad, utan ett naturligt och nödvändigt svar på den samhällsstrukturer vi har och det vårdbehov som den har skapat.

Vårdvetenskap som människosyn och kunskapsterritorium

Ett annat sätt att uttrycka det vårdvetenskapliga territoriet på är att återigen ta utgångspunkt i inledningens diskussion om mötet mellan människor som grunden för all vård. I det följande används ordet "vård" för att beteckna vård i vid mening. Det inkluderar hjälp, omsorg och sjukvård då hälsan är hotad – var den än sker. Detta i analogi med Swedners begrepp "socialt arbete i vid mening" (5).

All vård sker i möten mellan människor. En enkel figur (3) kan illustrera det.

Figur 3. En schematisk bild över vad som ingår i vårdvetenskapens kunskapsterritorium.



Mötet sker mellan vårdaren och den vårdade eller en grupp vårdade. Var och en av dessa kontrahenter kommer till mötet med sina behov, önsknings, förväntningar och resurser, sin historia etc. Vården sker inom ramen för en eller flera organisationer (exempelvis sjukvårdsförvaltning, sjukhus, vårdcentral). Såväl individerna som organisation(erna) finns i ett samhälle och i en kultur.

Figur 3 kan sägas visa ett vårdterritorium och därigenom det område vårdvetenskapen skall omfatta. Kunskaper om vård har funnits lika länge som männis-

Utvecklingen av vårdvetenskap är betingad av två faktorer: en önskan om att få mer kunskap inom ett område samt en önskan att legitimera professionaliseringen av ett yrke

kan själv. I en tid av ständiga förändringar i människors och vårdens villkor behöver vi hela tiden nya och mer kunskaper inom samtliga områden av vårdterritoriet. Dessutom har den vetenskapliga kunskapsutvecklingen inom territoriet en mycket kort historia.

Mot bakgrund av modellen i figur 3 bör en vårdvetenskaplig forskning inrikta sig mot vårdtagarna och deras anhöriga, mot yrkesutövare, mot mötet dem emellan, mot den organisation inom vilken vården sker och mot de samhälleliga och kulturella förhållanden som påverkar och påverkas av vården. Alla dessa aspekter hör ihop och kan därför inte ses som isolerade, även om det naturligtvis inte går att studera allt samtidigt. Inom samtliga områden finns dock problem som behöver studeras och givna ramar och "självklarheter" som behöver problematiseras med hjälp av vetenskapliga metoder och teorier. Utgångspunkten för forskningen är den vård (eller "ovård") som sker i mötet mellan den vårdade och den som vårdar (professionella vårdare, familj, socialt nätverk etc).

Varför vårdvetenskaplig forskning?

Utvecklingen av en ny vetenskaplig disciplin, vilket vårdvetenskap kan sägas vara, är betingad av åtminstone två faktorer: En önskan om att få mer kunskaper inom ett område (en kunskapsteoretisk fråga) samt en önskan att legitimera professionaliseringen av ett yrke och därmed höja dess status (en facklig fråga): Av detta följer att det kan finnas minst två perspektiv på den vetenskapliga verksamheten, nämligen att se till innehållet i den forskning som bedrivs respektive att se till vem som utför forskningen. Om perspektivet begränsas till att gälla vem som utför forskningen är risken stor att forskningen aldrig blir relevant. Varje vetenskaplig disciplin måste enligt vår mening beskrivas utifrån sitt innehåll och vilka problem som undersöks. För vårdvetenskapens del innebär det att den skall undersöka problem i vården och omsorgen.

Behovet av kunskapsutveckling inom alla dessa områden kan ses från flera olika perspektiv, bl a från ett kunskapsteoretiskt, ett etiskt, ett ekonomiskt och ett utbildningsperspektiv.

Vårdvetenskap ur ett kunskapsteoretiskt perspektiv

Det kunskapsteoretiska perspektivet kan i sin tur delas upp i flera olika aspekter:

Vi behöver kunskaper om vård för att vårdandet i vid mening är en allmänmänsklig, naturlig och ofta förekommande aktivitet. Nyfikenheten driver oss (och ett vetenskapligt arbetssätt hjälper oss) att lära oss mer om denna aktivitet – vilka behov den svarar på, vad den består av, vad den kräver, i vilka sammanhang den äger rum och vad den ger etc. Det är samma nyfikenhet som driver oss att generera mer kunskaper om vård och omsorg i vid mening som den som driver oss till att lära oss alltmer om vårt liv och vår värld över huvud taget och som är all vetenskaps drivkraft.

En annan aspekt är att människor som arbetar i vård- och omsorgsarbete får en stor mängd kunskaper, som är unika och som inte alltid tillmätts det värde de förtjänar. Den s k tysta kunskapen (6) behöver göras kommunikerbar, hörd och komma fler till del, men den behöver också tas upp till diskussion, ifrågasättas, kritiseras, förtydligas och utvecklas. Den är svårare att utveckla när den är "tyst".

Ytterligare en aspekt är att människan alltid är en biopsykosocial organism (7, 8, 9, 10) även i en vård- eller omsorgssituation. Vi behöver kunskaper om alla aspekter. Detta är inte minst viktigt nu då tillväxten i kunskapsutvecklingen om människan som biologisk varelse tillsammans med den medicinskt teknologiska utvecklingen sker så rasande snabbt. Det är inte bra om kunskapsutvecklingen inom de olika områdena är alltför ojämn. En överlägsenhet vad gäller kunskaper om exempelvis medicinens tekniska möjligheter kan leda

En överlägsenhet vad gäller kunskaper om exempelvis medicinens tekniska möjligheter kan leda till en ensidighet i perspektivet på patienter/omsorgstagare

till en ensidighet i perspektivet på patienter/omsorgstagare, ett tema som ofta är uppe till debatt. Detta kan också speglas i en slags monopolisering av vilken sorts kunskap som ska eftersträvas. I allt vetenskapligt arbete eftersträvas en sanning, men "sanningen" kan se olika ut beroende på bl a vilket objekt som studeras och från vilket perspektiv det studeras. Vi får akta oss för det som Swedner kallar "atomismens tyranni" (11) och i stället tillåta olika metoder för att nå olika, men så sanna kunskaper som möjligt.

Naturligtvis är det så att en viktig del av forskningen inom det vårdvetenskapliga territoriet är av biologisk/teknisk natur (exempelvis i biomedicinsk laboratorievetenskap). Vad vi vill framhäva är att alla aspekter av människan behöver belysas och tas hänsyn till i vård och omsorg.

Kontinuerligt växer vetandet om det subtila spelet mellan biologiska, psykologiska och sociala aspekter av människan i samband med såväl hälsans som sjukdomens uppkomst, vidmakthållande och försvinnande. En linjär förklaringsmodell börjar få ge vika för en cirkulär modell, i stil med den i figur 4.

Hur människor hanterar olika aspekter i livet som stress, ohälsa, existentiella frågor etc, vilken social kontext detta sker i, vilka konsekvenser det får och vilket bemötande de får, blir därför viktiga frågor för för-

ståelse av uppkomst, vidmakthållande och försvinnande av både ohälsa och hälsa.

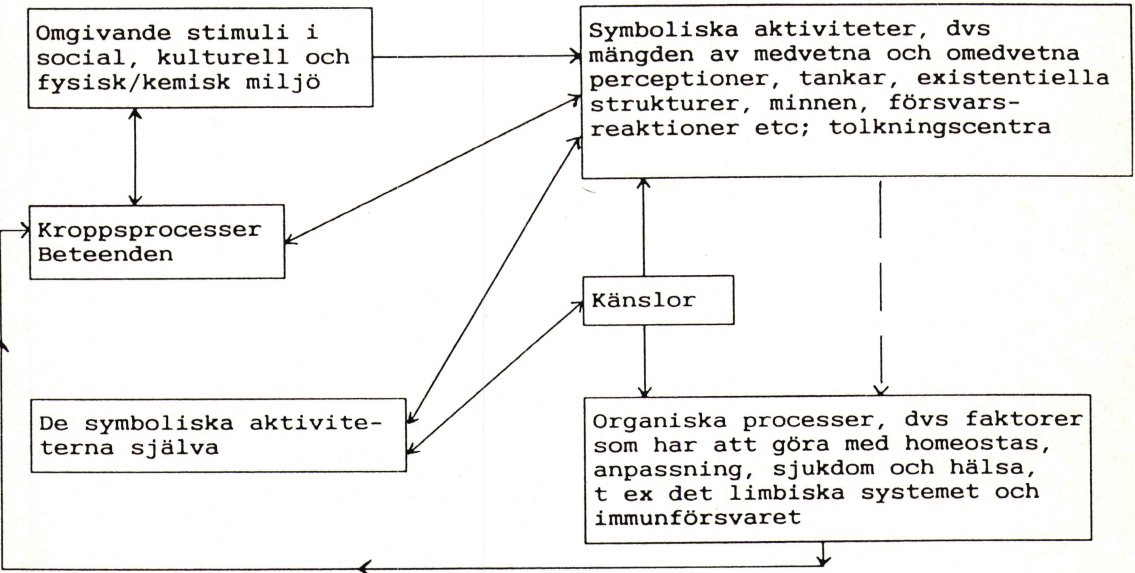
Ur detta perspektiv blir det alltså lika viktigt att fråga hur en människa på olika sätt hanterar en sjukdom, vad som är hotat hos henne, hur hon tolkar hotet, vilka strategier hon väljer, vilket stöd hon får i sin sociala omgivning och av personal av olika kategorier etc, som att fråga vad som i medicinsk mening kan ha orsakat sjukdomen. Om man dessutom gör en grov uppdelning av sjukdomar i tre grupper:

- de som går över av sig själva
 - de som inte går över trots behandling och
 - de som går över om och endast om de behandlas
- så blir resonemanget än mer självklart .

En annan viktig aspekt är att som Antonowsky (12) fråga vad det är som gör att människor över huvud taget håller sig friska. Att förstå hälsans fenomen skulle väl egentligen vara ännu viktigare än att förstå sjukdomens. I botten på detta resonemang (det som Antonowsky kallar en "salutogenic model") ligger ett antagande om ett kontinuum mellan total hälsa och total sjukdom, till skillnad från den dikotomi som föreligger enligt en traditionell "pathogenic model".

Ovanstående visar att problemen som den vårdvetenskapliga forskningen arbetar med är av såväl inomvetenskapligt som utomvetenskapligt ursprung.

Figur 4. Schematisk framställning av sambandet mellan psykologiska och somatiska skeenden.



Också i det sociala arbetet genomförs en mängd offensiva förändringar som den mycket snabba utflyttningen från institutioner för handikappade

cinsk sociologi är inte lätta att göra tydliga. Kanske är det inte heller nödvändigt. Vårdvetenskapen bygger på kunskap från dessa områden och först så småningom kanske gränserna kommer att bli tydliga, om det skulle visa sig vara en fördel.

REFERENSER

1. *Buber M* (1990): Jag och Du. Dualis Förlag AB, Falun. (Tyska originalets titel: Ich und Du. Första upplagan 1923).
2. *Asplund J* (1987): Det sociala livets elementära former. Bokförlaget korpen, Göteborg.
3. *Bernler G, Karp H, Möller A* (1991): Om omsorg och omsorgsforskning. Ett forskningsprogram i samarbete mellan Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete och Vårdhögskolan i Göteborg. Inst för socialt arbete, forskningsavdelningen, Göteborgs uiniveristet, Rapport 1991:1.
4. *Eriksson K* (1986): Introduktion till vårdvetenskap. Almqvist & Wiksell.
5. *Swedner H* (1983): Socialt arbete en tankeram. Liber Lund.
6. *Johannesson K, Rolf B*: Om tyst kunskap. Två artiklar. Didaktisk forskning i Uppsala, 7. Uppsala universitet. Centrum för didaktik.
7. *Brenner P* (1984): From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, California.
8. *Roy C* (1984): Introduction to nursing: An adaptation model. Prentice-Hall. Engelwood Cliffs New Jersey.
9. *Sawimäki A, Stenbock-Hult B* (1989): Vård, ett uttryck för omsorg. Almqvist & Wiksell.
10. *Shaver J* (1985): A biopsychosocial view of human health. Nursing Outlook; 33:186–191.
11. *Swedner H* (1986): Atomismens tyranni. Socialt arbete 6/86.
12. *Antonowsky A* (1988): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers, London.