

Erfarenhet utan teori är blind

Catharina Lindencrona

Det kan vara riktigt att vårdutbildningarna accepterat omvårdnadsteorierna okritiskt. Men Ulla Lundh och medarbetare försvårar diskussionen genom att inte definiera vad de menar med en teori. Omvårdnadsteorierna befinner sig i ett första stadium där de ger upphov till formulering av forskningsfrågor. Det kan medföra en struktur som ger möjlighet att utveckla bla sjuksköterskornas empati och intuition framhåller i nedanstående inlägg Catharina Lindencrona, sjuksköterska och dr Med Science verksam vid Centrum för omvårdnadsforskning, Uppsala.

Erfarenhet utan teori är blind. Men teori utan erfarenhet är enbart en intellektuell lek.
Immanuel Kant

Hälsö- och sjukvården går att beskriva, studera eller vara praktiskt verksam inom från olika utgångspunkter. En av dem är omvårdnad.

Under 1980-talet har den framväxande omvårdnadsforskningen i Sverige medfört diskussioner om dels vad som är karaktäristiskt för omvårdnad som verksamhet, dels hur kunskapsuppbyggnaden inom ämnesområdet bör ske. Även forskningsinriktningen och de medellånga vårdutbildningarnas utformning och ämnesinnehåll har uppmärksammats.

Sjuksköterskorna har en historia av att vara beroende av andra discipliner i samband med vetenskapligt studium av patienternas omvårdnad. De har därför med ett ökande intresse börjat ta del av vad som presenterats internationellt inom verksamhetsområdet, dvs det vid utländska universitet etablerade ämnet *nursing*. En inriktning har då varit *nursing theories* (se omvårdnadsteorier).

Omvårdnad kan i forskningssammanhang bland annat karaktäriseras av sökandet efter vetenskapligt utvecklad kunskap om empirin. Syftet är att kunna använda sådan kunskap i praktisk patientvård och inom vårdutbildningarna. Omvårdnad

som ämnesområde kan också ge professionell identitet åt företrädare för de medellånga vårdyrkena. Det innebär dock inte att vetenskaplig utveckling och professionell identitet sammanfaller. Givetvis kan de dock förekomma parallellt.

Kunskap om, debatt kring och kritisk granskning av olika "nursing theories" har under några år utvecklats främst inom ramen för enstaka kurser vid universiteten och inom de medellånga vårdyrkesutbildningarna. I sin artikel efterlyser Lundh, Söder och Waerness en konstruktiv debatt. De anser att framförallt vårdutbildningarna accepterar omvårdnadsteorierna okritiskt.

Det kan vara en riktig iakttagelse som de har gjort. Vårdlärarna har givetvis ett ansvar för att både pröva och kritiskt granska ny kunskap inom ramen för sin undervisning. Även omvårdnadsforskarna behöver delta i sådan prövning. Med tanke på den korta tidsperiod som omvårdnadsteorierna har varit aktuella i Sverige torde ett sådant arbete endast ha hunnit påbörjas. Det kan vara en förklaring till att presentationen i olika tidskrifter hittills varit sparsam. När den har förekommit har den oftast varit av mer beskrivande karaktär än präglad av analys eller genomförd praktisk tillämpning.

Artikelförfattarna riktar kritik mot normativ och rationalistisk teoribyggnad. De anser att omvårdnadsteorierna utgör exempel på sådan. De hävdar, utan att ge referenser till vilka omvårdnadsteorier de avser, att alla har dessa karaktäristika. De använder lösryckta citat från Orems omvårdnadsmodell som exempel på "nya namn på fenomen som annars uppfattas som självklara."

Teoriutveckling inom alla ämnesområden utvecklar sig ur ett historiskt sammanhang. De flesta upphovskvinnorna till det som senare har kommit att klassificeras som omvårdnadsteorier har inte själva hävdad att det varit fråga om teorier i strikt vetenskaplig mening. Orem t ex beskrev redan i slutet av 1950-talet omvårdnadens komponenter samt

patienternas och sjuksköterskornas relation till dem. Hon, tillika med andra, försökte finna struktur på samt ge begrepp och termer för, en verklighet som bygger på praktisk erfarenhet. De hade dock funnit liten möjlighet att uttrycka denna i en abstrakt och logisk form. Detta är inte okänt i olika vetenskapers utveckling. Carl von Linné är ett sådant exempel. Hans begreppsutveckling är både normativ och rationalistisk och visade sig vara fruktbar för både den biologiska forskningen och ämnebeskrivningen.

En grundläggande svårighet vid diskussionerna om omvårdnadsteorierna är definitionen av vad en teori innebär. Jag vet inte om artikelförfattarna betraktar det som självklart eftersom de inte angivit den definition som de själva utgår från. I den rikhaltiga floran av litteratur som finns om omvårdnadsteorier hävdas genomgående att man måste särskilja stadierna i en teoriutveckling. Det första och minst utvecklade innebär en abstraktion av verkligheten. Det sker då i form av isolering av olika faktorer som beskriver något fenomen genom olika logiskt uppbyggda begrepp och termer. Metoden kan vara induktiv eller deduktiv. Det högsta stadiet innebär verifierade hypoteser som sedan kan ligga till grund för olika praktiska åtgärder. Omvårdnadsteorierna har inslag av induktion genom att de som utvecklat dem ändå haft tillgång till sin egen och kollegers praktiska erfarenhet. De befinner sig på det första stadiet av teoriutveckling har givit upphov till formulering av forskningsfrågor och prövats empiriskt.

Artikelförfattarna innefattar även den så kallade omvårdnadsprocessen bland omvårdnadsteorierna. Det har vare sig Världshälsoorganisationen (WHO) eller någon annan tidigare gjort. De känner också en oro för att intresset för omvårdnadsteorier skulle medföra att praktisk omvårdnad blir enbart instrumentell och kommer att objektivisera patienterna. "Man begagnar sig av en rationalitetsform som likväl får distanserande effekt" påstår de. Det återstår väl ändå att pröva innan man påstår att det förhåller sig så? Min egen tro är att det tvärtom medför en struktur som kan ge möjlighet att utveckla bl a sjuksköterskornas empati och intuition inför varje patients speciella situation och ge möjlighet att tydlig-

göra den för andra. Alternativet är ju en omvårdnad som enbart baseras på intuition och vanor, som aldrig ifrågasätts.

"I omvårdnadsteoriernas betoning av hälsa och egenvård ligger implicit en nedvärdering av ohälsa, funktionsnedsättning och beroendet av andras omsorg" är ett annat påstående. Den uppfattningen känns nog mycket, mycket främmande för alla dem som i dagligt praktiskt arbete kommit i kontakt med sjuka patienter. Enligt min egen subjektiva erfarenhet speglar detta mer ett perspektiv som personer med avsaknad av nära och daglig kontakt med sjuka på olika sätt givit uttryck för.

Det vore intressant om en debatt om omvårdnadens kunskapsutveckling i Sverige nu börjar ta form. Den är både nödvändig och viktig. Det innebär tecken på ett engagemang som omvårdnaden inte tidigare varit särskilt van vid. Detta har nu artikelförfattarna givet en startsignal till. De påpekar också att man inom omvårdnadsforskningen måste börja ställa fruktbara forskningsfrågor. Kriterierna för vad som betraktas som fruktbara frågor hoppas jag att patienterna och den praktiska verksamhetens företrädare ska kunna få ett reellt inflytande över. Låt oss pröva om några omvårdnadsteorier kan tjäna som underlag för detta. Det utesluter inte att teoribildning inom olika andra ämnesområden även bör användas. En enda övergripande teori för omvårdnaden är inte något mål att sträva efter. Därför måste olika teorier samt stadier inom dessa få utrymme i en utveckling mot en ökad kunskap om omvårdnad.

De som formulerat omvårdnadsteorierna är alla personer som sökt ge abstrakt beskrivning åt empirin och ett "språk" för denna. Det innebär risk att omvårdnadsteorier kan uppfattas som "felaktiga" av andra mer etablerade företrädare inom vetenskapssamhället som har åsikten att andra teoretiska utgångspunkter borde ha använts vid formulering av forskningsfrågor kring omvårdnad. En sådan fas i vetenskapers utveckling har ju också beskrivits av Thomas Kuhn. Utveckling av olika omvårdnadsteorier får givetvis inte hindra att som artikelförfattarna vill, kvinnoperspektivet används för vissa frågeställningar även inom omvårdnadsområdet eller exempelvis att historisk teoribildning används.