

Vårdlära och vårdvetenskap

Några vetenskapsteoretiska synpunkter

Ingmar Pörn

Vårdverksamhetens centrala syfte är att på olika sätt skydda och bevaka individens hälsa. Därför är hälsobegreppet centralt i all vårdforskning. I Ingmar Pörns hälsobegrepp ingår tre variabler: individens hälsoprofil, repertoar och miljö. Vårdverksamheten kan ses som en teknologisk vetenskap, med uppgift att vara ett medel för att uppnå de mål som uppställts av vårdläran. Pörn anser dock att det också måste finnas utrymme för forskning utifrån teoretiska utgångspunkter, där vetenskapens mål kan ses som självändamål.

Pörn diskuterar olika andra discipliners relevans för vårdvetenskapen och framhåller att vårdvetenskapen är unik i det att den har vårdverksamheten som sitt forskningsobjekt.

Ingmar Pörn är professor i filosofi vid Helsingfors Universitet. Han har medverkat i konferenser och symposier inom omvårdnadsområdet och har handlett vårdvetenskaplig forskning företrädesvis i Finland.

därför inte karakterisera vårdverksamheten utan att samtidigt bestämma begreppet hälsa – en uppgift som jag genast återkommer till. Att man ger hälsobegreppet en central roll i fixeringen av målet för vårdverksamheten är förenligt med att man medger förekomsten av vårduppgifter som definieras på annat sätt. I varje verksamhet finns det nämligen näst bästa alternativ (second-best alternatives) som aktualiseras när det för verksamheten karakteristiska målet inte kan uppnås. En på en smärtfri och fridfull död inriktad terminalvård kan ses som ett sådant syfte i vårdverksamheten.

Hälsobegreppet

Hur skall begreppet hälsa bestämmas? Enligt min mening måste man använda tre variabler: *viljeprofil*, *repertoar* och *miljö*. Individens viljeprofil (vid en viss tidpunkt) omfattar alla de ting som han (då) eftersträvar eller, med andra ord, alla de ting som är syften i hans liv, som mål och medel. Därutöver ingår i viljeprofilen individens rankning av sina syften i mer eller mindre viktiga syften eller mer eller mindre centrala eller perifera syften.

Med individens repertoar avser jag naturligtvis hans färdigheter, hans intrapersonella handlingsresurser. Dessa bör kontrasteras med uppsättningen av de miljöfaktorer som konstituerar hans handlingstillfällen (opportunities for action). Därutöver är miljön viktig som handlingsdeterminant på grund av att den delvis bestämmer resultaten av individens handlande.

Vårdverksamhetens centrala syfte är att på olika sätt skydda och bevaka individens hälsa.

När man ser på det mänskliga handlandet i stort avgränsar man lätt vissa helheter som jag kallar *verksamheter*. Dessa är mer eller mindre omfattande, men här avser jag närmast mycket omfattande och komplicerade helheter, helheter av det slag som exemplifieras av jordbruk, krigföring, statsförvaltning, undervisning – och vård. Varje sådan verksamhet har ett *karakteristiskt mål*. I fallet jordbruk är det produktion av mat som är det yttersta målet och kring vilket verksamheten är uppbyggd och organiserad; i fallet krigföring är målet att avvärja ett aktuellt eller potentiellt hot, osv. Vårdverksamhetens centrala syfte är att på olika sätt skydda och bevaka individens hälsa. Man kan

.....
God hälsa är det tillstånd man befinner sig i när man är anpassad till sin aktuella miljö med avseende på sina centrala syften och man finner dessa tillstånd av anpassning lämpliga.
.....

Jag är starkt benägen att ställa en individs hälsa i samband med hans anpassning till sin miljö. Låt oss definiera anpassning på följande sätt: A är anpassad till miljön M med avseende på sakförhållandet S om och endast om S ingår i A:s viljeprofil och A:s reportoar är tillräcklig i M för att uppnå S. Anpassning i denna bemärkelse kan generaliseras, tex så att man säger att A är anpassad till M med avseende på alla sina centrala syften. Generaliserad anpassning förefaller att vara konstitutiv för A:s hälsa (health) vid en given tidpunkt förutsatt att M är specificerad som den miljö som då är aktuell för A och A finner ifrågavarande tillstånd av anpassning lämpliga, dvs önskvärda eller eftersträfvansvärda. Jag vill med andra ord föreslå följande: perfekt hälsa är det tillstånd som A befinner sig (vid en given tidpunkt) när han är anpassad till sin (då) aktuella miljö med avseende på samtliga i hans viljeprofil ingående syften och A finner dessa tillstånd av anpassning lämpliga; god hälsa är det tillstånd han befinner sig i när han är anpassad till sin aktuella miljö med avseende på sina centrala syften och han finner dessa tillstånd av anpassning lämpliga. Mindre god, dålig eller mycket dålig hälsa (illness) blir det tal om när A inte är anpassad till sin aktuella miljö med avseende på ett eller flera av sina syften och han finner dessa tillstånd av bristande anpassning olämpliga; härvid bestäms ohälsans svårighetsgrad av den plats ifrågavarande syften har i hans preferensordning. Dimensionen hälsa/ohälsa hos en individ är med andra ord en klass av relationer av adekvans och bristande adekvans mellan hans viljeprofil, repertoar och miljö – en klass i vilken det kan förekomma variation från perfekt hälsa till extrem ohälsa.

Ohälsa är inte detsamma som sjukdom (disease), och hälsa inte detsamma som frånvaro av sjukdom. Med sjukdomar avses sådana psykofysiologiska processer som tenderar att begränsa individens re-

pertoar och därigenom underminera deras hälsa. (Begreppen skada och handikap kan förstås på liknande sätt). Hälsa och ohälsa är de grundläggande begreppen. När hälsodimensionen har karakteriserats kan begreppet sjukdom definieras. Till följd av att en sjukdom är en psykofysiologisk process som tenderar att begränsa folks repertoarer och därigenom hota deras hälsa är det fullt möjligt att vara bärare av en sjukdom och ändå vara vid god hälsa. Detta inträffar när sjukdomen inte begränsar ens repertoar i relation till ens vilja och miljö. Omvänt gäller det att behandling av ohälsa inte behöver involvera sjukdomsbehandling.

Vårdverksamhet och vårdlära

På grund av hälsans natur får en vårdåtgärd, definierad som en handling varigenom en (individuell eller kollektiv) agent ser till att en individ befinner sig i ett visst hälsotillstånd, karaktär av *repertoarvård*, *viljevård* (målvård) och/eller *miljövård*. Behandlingen av kroppssjukdomar ingår i men uttömmar inte repertoarvården. Denna omfattar även behandlingen av en del mentala sjukdomar medan behandlingen av andra mentala sjukdomar tillhör viljevården. Miljövården är riktad mot såväl den sociala som den naturliga miljön och omfattar därför både socialvård och naturvård. Det är uppenbart att framgång i vården förutsätter att man modifierar hälsans determinanter i enlighet med vad hälsan som ett relationellt förhållande kräver. Framgång i vården förutsätter med andra ord en viss helhetssyn på individen (som handlingsvarelse) och hans miljö.

I likhet med andra verksamheter är vården en regelstyrd eller i norm reglerad verksamhet. Normer av det slag jag nu avser kan kallas *tekniska normer* därför att de föreskriver åtgärder för realiserandet av vissa mål, som uppfattas som medel till andra mål, vilka i sin tur är medel för mål som i sista hand anses vara medel för att realisera ett för vården karakteristiskt yttersta mål. En uppsättning av dylika tekniska normer för vården kallar jag ett *program* för vården. De vårdetiska normerna ingår inte i program i denna bemärkelse. I engelskspråkig litteratur används ibland uttrycket "nursing practice theory" för program, men jag reserverar gärna termen "teori" för ett annat ändamål och jag före-

drar därför här att tala om program.

Man inser lätt att det är möjligt och fullt realistiskt att tala om olika program för vården – samma situation återfinns man i många andra verksamheter. Program uppvisar många aspekter och de kan jämföras med varandra i olika avseenden. Är ett program realiserbart och i så fall vilken är den bästa tekniken för programmet? Är programmet effektivt relative målet för den verksamhet som programmet reglerar? Är programmet fullständigt? Är det ekonomiskt bärkraftigt? Osv. För en så komplicerad verksamhet som vården är svaren på dylika frågor långt ifrån självklara och uppgiften att organisera kunskapen på området utomordentligt svår. Kunskapen kan vara *implicit* hos utövarna av verksamheten, dvs de kan vara förtrogna med ett program som fungerar och behärska tekniken för detsamma utan att på något tillfredsställande sätt kunna redogöra för dessa kunskaper eller förklara varför programmet fungerar. Uppgiften att göra dylika kunskaper *explicita* och att leverera dylika förklaringar tillhör *vårdläran*. Till vårdläran bör man alltså enligt min mening hänföra bl a följande uppgifter: att kodifiera program för vården, att evaluera dessa program – i synnerhet med avseende på deras effektivitet, att förklara varför fungerande program fungerar, att söka nya program och utveckla dem, att pröva program med avseende på deras etiska giltighet eller acceptabilitet. Samtidigt måste man givetvis komma ihåg att vårdläran skall utformas med tanke på undervisning riktad till prospektiva utövare av vård.

Vetenskap som mål och medel

Vetenskapen är också en verksamhet och de olika vetenskaperna så många distinkta verksamheter. På samma sätt som andra verksamheter har vetenskapen ett karakteristiskt syfte. Det är kännetecknande för *empirisk* vetenskap att den avgränsar ett dataområde genom observation av företeelser i rum och tid, skapar en teori som förklarar dessa data och får induktivt stöd i desamma. Vidare kräver man av en teori att den skall explikera centrala begrepp som uppträder i beskrivningen av data och att den skall göra detta med begreppsekonomiska medel. Med andra ord, det mesta i fixeringen av

målet för en vetenskap är förknippat med teori och teoribildning. Teori i detta sammanhang är inte ett normativt program utan den är deskriptiv och används för förklarande och prediktiva syften. Härom råder stor enighet i den vetenskapsteoretiska litteraturen.

En vetenskap kan integreras med läran för en verksamhet genom att den underordnas denna och ses i sista hand som ett medel för målet för ifrågavärande verksamhet. I så fall har vi att göra med en teknologisk vetenskap. En vetenskap som inte är teknologisk har vetenskapens mål som självändamål. Man brukar ibland säga att en sådan vetenskap är "ren".

Vårdvetenskap som empirisk disciplin

Det ovasagda gäller naturligtvis även för *vårdvetenskapen* som empirisk disciplin. Denna skapar teorier om vårdverksamheten, dvs teorier som är avsedda att förklara dataområden avgränsade inom vårdverksamheten, och den gör detta på de sätt och med de medel som är karakteristiska för empirisk vetenskap.

Hur bör förhållandet mellan vårdläran och vårdvetenskapen se ut? Enligt en mycket vanlig föreställning bör vårdvetenskapen ha vårdläran som enda uppdragsgivare. När vårdvetenskapen söker invarianser bör den enligt denna prioritering begränsa sig till invarianser som på något sätt har aktualiserats i vårdläran. Vårdvetenskapen bör exempelvis söka svaret på endast sådana teoretiska frågor av typen.

(1) Om sakförhållandet S är fallet, är även sakförhållandet S' fallet?

som aktualiserats i vårdläran av praktiska frågor av typen

(2) I avsikt att uppnå S måste man se till att S' är fallet?

eller typen

(3) Kan man se till att S' är fallet genom att se till att S är fallet?

De invarianser och sanna förklaringar som vårdvetenskapen söker uppfattas inte som självändamål utan de är underställda vårdläran som medel för dess mål. Vårdvetenskapen ses som en teknologi och tanken är att vårdläran tillämpar vårdteknolo-

Men varför borde just denna vetenskap vara enbart teknologisk?

gins rön och resultat – löser sina praktiska problem med hjälp av vårdteknologisk kunskap.

För min egen del finner jag denna prioritering svår att förstå. Man kan knappast låta bli att lägga teknologiska krav på vårdvetenskapen och mena att den skall beakta vårdlärans problem – det förefaller rimligt och uppenbart att en styrning av detta slag bör förekomma. Men varför borde just denna vetenskap vara enbart teknologisk? Det är den tanken som är svår att begripa. Finns det inte även här, på området för vårdvetenskapen, utrymme för en forskning som har en rent teoretisk motivering och är obunden av praktiska hänsyn? Det är väl klart att människans teoretiska hållning har lika stor hemortsrätt på detta område som på alla andra. De som kräver vårdteknologi har skäl att komma ihåg att resultat som i dag nås i av praktiska hänsyn obunden forskning i morgon kan få, tex på grund av tekniska framsteg, tillämpningar som förnyar vårdläran på ett sätt som den själv inte kan förutse.

Vårdvetenskap och andra vetenskaper

Det sägs ibland att vårdvetenskapen inte är någon självständig disciplin med eget område och egen metodik. Eftersom ingen av de redan etablerade vetenskaperna har vårdverksamheten som forskningsobjekt är väl tanken närmast den att vårdvetenskapen skall ses som en sammanställning av snitt ur andra ämnen, exempelvis humanbiologi, medicin, sociologi, social- och individualpsykologi, psykiatri och pedagogik; i dylika ämnen kan man avgränsa deldiscipliner – vårdbiologi, vårdmedicin, vårdsociologi, etc – som var för sig kan utforska aspekter på vårdverksamheten och som tillsammans skulle uttömma vårdverksamheten och täcka området för densamma. Jag tror inte att tanken kan försvaras. Det är visserligen sant att man inom ramen för ämnen som de nämnda kan studera aspekter på vårdverksamheten, men dessa är aspekter på ett självständigt koncipierat forskningsobjekt. Utan denna självständiga konception skulle

man inte kunna säga vad de är aspekter på eftersom inget av de ämnen som ingår i sammanställningen kan avgöra vilka de förenade principerna för sammanställningen är.

Idén att vi inte behöver någon vårdvetenskap därför att vi redan har de medicinska vetenskaperna är en tanke på samma tema som är lika litet försvarbar. De medicinska vetenskaperna har inte vårdverksamheten som forskningsobjekt, de studerar ju sjukdomsprocesser, inklusive sådana som förorsakas av vårdåtgärder, tex användningen av narkotika. De är därför direkt relevanta för vårdvetenskapen. Lika relevant för vårdläran är naturligtvis den på de medicinska vetenskaperna grundade behandlingen av sjukdomar. Men eftersom de medicinska vetenskaperna inte har vårdverksamheten som sådan som forskningsobjekt gör de inte vårdvetenskapen överflödigt, de har, för att ta bara ett exempel, inga teoretiska bidrag att ge i frågan om de beslutsprocesser som förekommer i vården. Och den medicinska behandlingen av sjukdomar uttömmar inte vårdverksamheten, den utgör en del av vården, närmast repertoarvården. Därtill kommer den viktiga omständigheten att begreppet sjukdom är sekundärt i förhållande till begreppen hälsa och ohälsa eftersom det inte skulle falla någon in att kalla en psyko-fysiologisk process en sjukdom om den inte hade en tendens att förorsaka besvär i form av tillstånd av ohälsa. Begreppen hälsa och ohälsa är inte medicinska utan antropologiska begrepp, de hänför sig till den mänskliga individen rätt och slätt medan sjukdomsbegreppet hänför sig till enskilda organ och funktioner. Indikativt för detta förhållande är även det att de medicinska vetenskaperna är nära förbundna med humanbiologin och därför tenderar att betrakta människan enbart som en biologisk varsel till åtskillnad från vårdvetenskapen som också betonar människans karaktär av kulturvarsel.

Empiri och symboldata i vården

Jag har hittills betraktat vårdvetenskapen som en empirisk disciplin. Det är kännetecknande för empirisk forskning att dess metoder för dataavgränsning i sista hand är underkastade kravet att data får omfatta endast sådana ting som genom sinnesvarseblivning kan observeras i rum och tid. Det finns

.....
Vårdvetenskapen är inte rent empirisk, den måste tillåta symboldata.
.....

förvisso mycket i vårdvetenskapen som handlar om data avgränsade på detta sätt, men det är inte säkert att det är förenligt med vårdvetenskapens syfte att ta fasta på enbart sådana data. Det finns tex vårduppgifter som kräver att vårdpersonalen förstår en människa för vilken hennes liv är en dödsberedelse och som säger med Lagerkvists ord att "det är vackrast när det skymmer ...". För att uppnå en

sådan förståelse måste man utgå från ett symboldatum, alltså ett datum som avgränsats inte genom sinnesvarseblivning utan genom symbolisering, och förklara det genom att ställa det i samband med andra symboldata. Vårdåtgärder som informeras av en sådan förståelse *kan* väl själva få symbolkaraktär och övergå i tex religiös ritual. Men dessa åtgärder utgör i sin tur data för vårdvetenskapen och eftersom de är symboldata synes följande slutsats ofrånkomlig: vårdvetenskapen är inte rent empirisk, den måste tillåta symboldata. Utrymmet medger emellertid inte att jag här mer i detalj kartlägger innebörden av detta och konsekvenserna för vårdvetenskapens metodik.

Välkommen till **Hultafors Hälsocenter**

*i vacker högländsnatur mellan
Göteborg och Borås*

Vi erbjuder hälsokontroll, massage, medicinska bad, individuellt anpassad sjukgymnastik och motion, hälsoföredrag, simhall +32°, friluftsbad med bastu, tennis, promenadstigar i storslagen natur.

Vegetarisk eller blandad kost, specialdiet, faste-program.

Leg. läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster.

517 00 Bollebygd · Tel. 033-950 50
Begär prospekt!

Namn
Adress
Postadress

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Frivillighet i vård och omsorg, nr 9/82

Detta temanummer, med Lena Lundh som gästredaktör, försöker ge svar på en mängd frågor: Är frivilligt arbete att betrakta som ett tillskott till den offentliga sektorns arbete eller något som görs därför att den offentliga sektorn/vårdapparaten ännu ej uppmärksammat arbetsområdet? Vad betyder det att delta i frivilligt arbete? Hur går det med den fulla sysselsättningen? Vad kommer att hända i framtiden?

Numret kan rekvireras från
Socialmedicinsk tidskrift
172 83 Sundbyberg
Tel 08/87 34 91 Postgiro 1179-1