

Omvårdnadsforskning – förutsättningar, organisation och utvecklingspotential sett ur medicinsk synvinkel

Per Bjurulf

Omvårdnadsforskningen möter ett utvecklingsbehov inom ett område med en bred praktisk yrkeserfarenhet. För att forskningen skall bli framgångsrik måste en kompetensuppbyggnad ske och organisatoriska strukturer skapas. Ett nytt forskningsområde kräver också definition och avgränsning liksom utveckling av teori och forskningsmetodik.

Per Bjurulf jämför omvårdnadsforskningens framväxt med den delvis parallella framväxten av forskning inom allmänmedicin och inom socialt arbete. Artikeln bygger på hans inledningsanförande vid invigningen av vårdhögskolans nya lokaler i Linköping, den 8 september 1982.

Per Bjurulf är professor i socialmedicin vid Linköpings universitet.

Utvecklingen av nya forskningsområden

Förutsättningarna, utformningen och utvecklingsmöjligheterna av nya forskningsområden betingas i första hand av vilka drivkrafter som ligger bakom kraven på att skapa resurser för ett nytt forskningsområde. Är det mera renodlat inomvetenskapliga motiv såsom nya forskningsrön och utveckling av nya vetenskapsmetoder eller en förenig av olika synsätt från olika vetenskapsområden till ett nytt ämne, ser utvecklingen ut på ett annat sätt än om det i första hand är utvecklingsbehov inom ett område med bred praktisk yrkesverksamhet. Omvårdnadsforskning, allmänmedicin och socialt arbete är tre rätt nya exempel på den senare kategorin. Socialt arbete avser att ge metod och kunskapsutveck-

ling till socialarbetarna inom den nya socialtjänsten.

Vid utvecklingen av forskningsområden betingade framför allt av inomvetenskapliga motiv finns högkvalificerad forskningskompetens inom forskningsområdet men vid utveckling av områden som tidigare framför allt präglas av en bred praktisk yrkesverksamhet saknas ofta forskningskompetensen och en viktig fråga är hur man bäst skapar forskningskompetensen, vidare hur forskningen skall organiseras – inom egna institutioner eller i samverkan med andra och slutligen vilken kunskapskompetens skall lärare/forskare ha.

Då man skall systematisera och i större skala starta forskning inom ett praktiskt verksamhetsområde av detta slag är det naturligt att först kommer en period av osäkerhet och orientering. Vad är forskning och vad är vetenskap? Diskussionen om metoder och metodval blir intensiv. Definitions- och avgränsningsmöjligheterna blir centrala vid de vetenskapliga mötena.

Definition och avgränsning

Skulle man ställa samma krav på definition och avgränsning på vissa etablerade discipliner som av

.....
Förutsättningarna, utformningen och utvecklingsmöjligheterna av nya forskningsområden betingas i första hand av vilka drivkrafter som ligger bakom kravet på att skapa resurser till ett nytt forskningsområde.
.....

Skulle man ställa samma krav på definition och avgränsning på vissa etablerade discipliner, som av naturliga skäl krävs av nya områden, skulle de ofta få problem.

naturliga skäl krävs av nya områden skulle de ofta få problem. Detta gäller tex invärtesmedicin, fysiologi eller sociologi.

Vissa principer är dock väsentliga. Man bör inte definiera ämnesområdet med verksamhetsområdet. Allmänmedicin bör inte definieras som det forskningsområde som allmänläkare bedriver och analogt ej heller omvårdnadsforskning som den forskning som sjuksköterskor genomför. Ofta möter man en cirkeldefinition att omvårdnadsforskning är den forskning som studerar omvårdnaden i bred eller specifik mening beträffande patienten i hälso- och sjukvården. I en definition av denna typ bör de speciella förutsättningarna, metodiken och i vissa fall även målsättningen ingå. Som exempel kan även här tas allmänmedicin, som definierat sig med metodik, de speciella förutsättningarna som gäller denna typ av sjukvård och målsättningen för verksamheten, dvs områdesansvaret i vilket ingår epidemiologisk metodik, det oselektade patientmaterialet, primärkontakten och samtidigt utnyttjande av flera specialistbaserade kunskapsområden samt helhetssynen.

Medicinska Forskningsrådets arbetsgrupp inom omvårdnadsforskning har lyckats rätt bra i försök till definition. Denna liksom de flesta övriga definitioner går tillbaka på Virginia Hendersons klassiska formulering för "nurse-research".

"Omvårdnad innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och att därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnad sammanfaller delvis med och utgör ett komplement till medicinsk vård, beaktande såväl psykiska som sociala och kulturella aspekter.

Omvårdnadsforskning studerar denna process, den situation och den miljö där omvårdnad ges, de hjälpmedel som används, omvårdnadens resultat samt relationerna och samspelet mellan personal, patienter och deras anhöriga. Till omvårdnadsforskning kan också

räknas forskning rörande vårdarbetets organisation och utbildning inom omvårdnad."

Inledningsmeningen bygger i första hand på Maslows behovsteorier, därefter relaterar den till olika teorier för individens utnyttjande av sina resurser enligt Titmus och även i viss utsträckning svenska forskare, i första hand Sten Johansson. Sista meningen i första stycket innebär ett från medicinska fakultetens synpunkt viktigt konstaterande, att omvårdnad delvis sammanfaller med och utgör ett komplement till medicinsk vård. Detta understryker behovet av integration och samverkan.

I andra stycket anges kontaktytorna och overlapping gentemot medicinsk sociologi och medicinsk psykologi och avslutningsvis det som kallas "Health Services Research".

Av definitionen följer omvårdnadsforskningens behov av kunskap och samverkan med andra områden. Dels från olika discipliner inom medicinsk fakultet, dels olika discipliner inom filosofisk fakultet och statsvetenskap. Definitionen som givits på omvårdnadsforskning är rätt specifik men behovet att utnyttja resurser inom andra fakultetsområden gäller även andra tvärvetenskapliga ämnen på medicinsk fakultet som allmänmedicin och socialmedicin.

Överväganden gällande forskningsmetodik

Som nämnts ovan är det naturligt att teori- och metoddiskussion blir intensiv vid starten av ett nytt ämne. Jag vill från mer speciell medicinsk infallsvinkel ge några synpunkter.

Det är en grundinställning inom medicinsk och naturvetenskaplig forskning att ge hög vikt åt möjligheterna att få samma resultat vid upprepade mätningar under samma betingelser, dvs man betonar reliabiliteten. Vidare tillmäts validiteten hög betydelse, dvs att man mäter det man avser att mäta. Dessutom är det viktigt att kunna hävda att resultaten är mera allmängiltiga, dvs generaliserbara samt att kunna diskutera orsak och verkan. Mot detta sätts inom vissa delar av humanistisk forskning djupare förståelse av det som studeras och möjligheter till tolkning samt möjligheter att studera fenomen som ej är direkt eller indirekt mätbara, tex känsla,

upplevande, ångest, oro samt förståelse och brist på förståelse. Vidare att studera dessa fenomen inte som led i en psykisk sjukdom utan som normalfenomen. Jag vill emellertid inte se de två övergripande synsätten som kallas naturvetenskaplig positivistisk forskning och humanistiskt baserad forskning som konkurrerande. Den sekterism som gjort sig gällande är skadlig. Med en metodutveckling skulle jag tro att de två synsätten i många fall kommer att ge olika perspektiv på samma fenomen. De kan förklara och komplettera varandra i den mån man studerar samma fenomen och man kan då få en bättre helhetsbild. I de fall man kommer till olika resultat är detta i sig en utgångspunkt för analys och tolkning. Dock skulle jag tro att en rent hermeneutisk forskningsinriktning ännu under åtskilliga år kommer att få svårt att möta en mer allmän förståelse inom medicinsk fakultet.

Från medicinsk infallsvinkel är det av intresse att diskutera mekanismerna för teoribildning.

Traditionellt beskriver vi forskningsprocessen på följande sätt:

Forskningsprocessen

1. Precisera problem och problemområdet
2. Formulera hypoteser och beskrivningsmodeller
3. Utarbeta metoder (teori) och materialval
4. Använda dessa för att utvinna resultat som bekräftar, bekräftar eller vederlägger de uppställda hypoteserna eller beskrivningsmodellerna.

Alla dessa moment kräver kvalitet. Resultaten är inte bättre än den svagaste länken.

Ser man på de flesta kliniska medicinska avhandlingar eller artiklar skiljer de sig emellertid ofta från sociologiska eller psykologiska genom den mycket korta teoridelen eller helt avsaknande av teoridel – man följer ej den angivna processen.

Det kan vara av principiell betydelse att diskutera denna skillnad i relation till den framväxande omvårdnadsforskningen och den rätt genomgripande teoridiskussion, som där föres och som påverkas av å ena sidan samhälls- och beteendevetenskaplig forskning och å andra sidan klinisk medicinsk forskning.

Jag kan se några mekanismer bakom skillnaden i

.....
Det är många områden inom omvårdnadsforskningen som kräver en initial kartläggning som förutsättning för teori- och hypotesbildning.
.....

teoriavseende. När det gäller undersökning inom de medicinska basvetenskaperna, men även mera basalt klinisk forskning, ingår den ofta i en löpande vetenskaplig utveckling och skrives för övriga internationellt verksamma forskare inom specialområdet. Teori- och kunskapsbakgrund förutsättes därför ofta känd och undersökningen presenteras endast med sin begränsade pusselbitseffekt.

Den andra typen är rent empirisk forskning. Man mäter i sin verksamhet ett problem, tex en utvärdering av en terapieffekt. Modellen för att genomföra en sådan studie är välkänd. Problemet är rätt avgränsat. Resultaten presenteras för terapeutisk verksamhet inom specialområdet. Även i det fallet är en mera omfattande teoridiskussion onödig.

Den tredje typen är av principiellt större intresse och det är den beskrivande forskningen som avser att först kartlägga ett område. I denna fas har vi ej på förhand någon hypotes- eller teoribildning. Kartläggningen kan ge ny kunskap i sig själv eller leda till problem eller hypotesbildning. Det är emellertid viktigt att dessa sk hypotesgenererande undersökningar inte är en ursäkt för bristande kunskap eller slapphet i planeringen. Jag skulle tro att det är många områden inom omvårdnadsforskningen som kräver en initial kartläggning som förutsättning för teori- och hypotesbildning, tex barn på sjukhus, vårdrutiner och olika patientgruppers omvårdnadsbehov.

Ett bra exempel på en väl genomförd beskrivande undersökning är den sk H-70-undersökningen i Göteborg, som leds av Alvar Svanborg som är professor i långvårdsmedicin. Detta stora och omfattande projekt startade 1975 som en beskrivning av ett representativt urval av 70-åriga göteborgare. Undersökningen kartlade 70-åringarna kroppsligt, biokemiskt, psykiskt, psykologiskt, funktionsmässigt och sociologiskt. Den upprepades efter 5 år dvs 1980 på samma material som då blivit 75 år och på

en ny omgång 70-åringar. Denna studie har givit oss ny kunskap om de äldre och om åldrandeprocessen, om underlag för att ändra medicineringsrutiner och bedöma vårdbehov. Av särskilt intresse är att åldrandeprocessen förändras hos den nya gruppen 70-åringar födda 1910 jämfört med de som föddes 1905. De är tex friskare och har högre intelligenskvot.

Denna rent beskrivande undersökning har genom sin bredd och omsorgsfulla förplanering givit viktiga resultat och även ur internationell synpunkt ny kunskap och har resulterat i en rad avhandlingar. Denna undersökning fortsätter nu med en aktionsinriktad del där grundprincipen är att se gamla som en resurs istället för passivt mottagande och beroende av medicinska och sociala vårdåtgärder. Med en experimentell uppläggning skall man se hur olika aktiviteter kan fördröja de funktionsnedsättningar, som vi förknippar med åldrandet. Mot bakgrund av den definition av omvårdnadsforskning, som jag redovisade inledningsvis, är det uppenbart att detta projekt kan hänföras till området.

Jag vill med detta exempel säga att vid sidan av metod- och teoriutveckling som är viktig och oersättlig inom ett nytt forskningsområde av denna typ är det nödvändigt med andra typer av studier. Detta beroende på att omvårdnadsområdet är så litet studerat och det finns omfattande praktisk erfarenhet och empirisk kunskap. Det är då nödvändigt med deskriptiva studier i form av kartläggningar ofta med rätt enkla utvärderingar av gängse metoder. Den experimentella eller pseudoexperimentella utformningen kan också få stort utrymme, särskilt beträffande vårdrutiner och information till patienter, liksom olika typer av aktionsforskning. När det gäller detta avsnitt av omvårdnadsforskningen skulle jag tro att registreringsmetodik och tolkningar ofta blir förankrade i medicinsk kunskap och medicinskt beskrivningssystem och med medicinskt avser jag icke i första hand läkarbaserad utan utgående från det medicinska beskrivningssystemet som är gemensamt. Tex diabetessjukdomen, dess symptom och behandling är givetvis en viktig del-faktor i utformningen av information till diabetespatienter.

Det är många olika metodproblem som jag skulle vilja ta upp i detta sammanhang men jag skall be-

gränsa mig till att nämna några. En är konflikten mellan observatörs- och terapeutrollen. Den är påfallande inom tex informationsområdet när det gäller svåra sjukdomar och som omfattar inte bara kunskapsförmedling utan empati och inlevande samt relationspåverkande. Etiska problem måste beaktas. Detta gäller tex vid studiet av döende och svårt sjuka. Patienternas rätt att välja det som vi inom det medicinska området bedömer som "fel". Här ger oss den nya Hälso- och sjukvårdslagen ett viktigt forskningsområde. Under de sista 10 åren har ett formellt regelsystem när det gäller de etiska problemen inom forskningen utvecklats och det är väsentligt att detta regelsystem beaktas även inom omvårdnadsforskningen.

Organisation och utvecklingsaspekter

Som sista punkt skall jag ta upp organisatoriska och utvecklingsaspekter. Inom nya områden av typ omvårdnadsforskning, allmänmedicin och socialt arbete är en avgörande fråga hur man skall bygga upp forskningskompetensen. Oberoende av vilken typ av institution man väljer så torde ändå det mest närliggande målet vara att få fram forskarutbildade sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. I detta avseende ligger omvårdnadsforskningen en fas före allmänmedicinen. Ett större antal sjuksköterskor har disputerat. Inom allmänmedicinen tror jag att det endast är en med ren allmänläkarbakgrund som disputerat. Även MFR:s initiativ och stöd till omvårdnadsforskningen ligger 4–5 år före jämfört med allmänmedicin. Det var 1978 som rådets initiativgrupp för omvårdnadsforskning publicerade sina rekommendationer. Den påföljande arbetsgruppen har med rådets stöd ordnat seminarier, symposier och internationella möten. De internationella kontakterna är utomordentligt viktiga för ett område som omvårdnadsforskning. Arbetsgruppen har presenterat en gedigen metodöversikt. Vidare har antalet sökande till rådets forskarrekryterings-tjänster inom omvårdnadsområdet de senaste 7 åren varit 7–8 stycken och några av de som disputerat har tidigare haft sådana tjänster. I år inrättades 2 nya rekryteringstjänster inom omvårdnadsforskningen varav en här i Linköping. Omvårdnadsområdet ligger även här före allmänmedicin där endast en

En viktig fråga är hur man skall ställa sig till typ av institution och tidsschemat för inrättande av professorstjänster.

allmänläkare sökt och erhållit sådan tjänst. Antalet forskarstuderande inom omvårdnadsforskningen är ju även imponerande stor, ca 60-talet.

Forskarutbildningen är uppenbarligen mycket aktiv över hela landet och dessutom påfallande mångfasetterad. Många får forskarhandledning inom filosofisk fakultet, pedagogik, sociologi och psykologi. Många får sin forskarhandledning inom medicinska fakulteterna där ett flertal discipliner är företrädade. Denna breda kunskapsbas bör ge utrymme för teoriuppyggnad, problemorienterad empirisk forskning, samt omvårdnadsorganisatoriska och utbildningsgranskande forskning.

En viktig fråga är hur man skall ställa sig till typ av institution och tidschemat för inrättande av professortjänster. När det gäller typ av institution kan man tänka sig traditionella ämnesförankrade omvårdnadsinstitutioner med homogen uppsättning specialiserade forskare, det blir då sjuksköterska eller i praktisk vård förankrade forskare. Det andra alternativet är temaliknande institutioner som är problemorienterade och sammansatt av olika forskningskompetenser. Här finns fördelar och nackdelar med båda, vilka delvis diskuterades inför temaforskningen i Linköping.

Frågan om inrättande av professurer är ofta värdeladdad. En initiativgrupp tillsatt av MFR har när det gäller allmänmedicin bedömt att det är väsentligt att professurerna inom området inte ledigförklaras för tidigt då konkurrensen ännu ej är tillräckligt stor. Tjänsterna bör ledigförklaras först då man kan räkna med god konkurrens av fullt professorskompetenta. Internationell erfarenhet visar också på faran av att snabbt inrätta ett flertal sluttjänster inom ett ämne där det ej finns tillräcklig kompetens. Från disputation över docentkompetens till god professorskompetens är det idag rätt så lång väg. Det är i det läget bättre att inrätta forskartjänster i mellanställning. Detta kan ske via forskningsråden

och det är en väg som rekommenderats i forskningspropositionen. Ett flertal landsting har också visat intresse och inrättat sådana mellantjänster.

Ett alternativ till denna mera långsiktiga kompetensutveckling är den väg man valt inom området socialt arbete, där man tagit in välkvalificerade forskare från andra etablerade forskningsområden vid tillsättning av professorstjänsterna. Det gäller framför allt sociologer. Personligen ser jag en rad nackdelar med ett sådant tillvägagångssätt. Jag tror att det är viktigt att åtskilliga lärare/forskare vid omvårdnadsinstitutionerna har praktisk fortlöpande erfarenhet av omvårdnadsarbete – att de bibehåller en funktion i praktiskt vårdarbete på sjukhus eller inom öppna vårderna. Detta innebär att de har större möjlighet att bedöma vilka problem är viktiga för omvårdnadsarbetet.

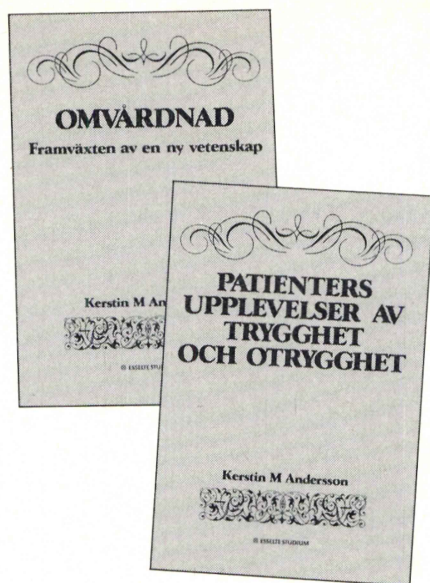
Handledarfrågan är en flaskhals för forskningskompetensutvecklingen inom nya områden. Denna fråga är ju särskilt aktuell under interimspérioden före det att området fått egna forskningshåndledningskompetenta handledare dvs på docent och professorsnivå. Detta förefaller ju ha lösts rätt väl inom omvårdnadsforskningen med handledare ifrån såväl medicin som samhälls- och beteendevetenskaplig fakultet. Jag skulle tro att även efter det att man fått egna institutioner måste man räkna med att en eller två personer ej har möjligheter att täcka det kunskapsområde som behövs. Man får mot bakgrund av problem och frågeställning hämta kompetens även i fortsättningen från många håll. De medicinska fakulteterna har redovisat sin beredvillighet att stödja omvårdnadsforskningen även i detta avseende. Så har tex medicinska fakulteten i Lund inrättat särskilda forskarrekruterings-tjänster.

Avslutningsvis vill jag sammanfatta min framställning i en rad strecksatser.

– Olika drivkrafter ligger bakom kraven på nya forskningsområden, vilket ger olika förutsättningar och styreffekter.

Det är viktigt att åtskilliga lärare/forskare vid omvårdnadsinstitutionerna har praktisk fortlöpande erfarenhet av omvårdnadsarbete.

- Nyligen har presenterats en väl formulerad definition av omvårdnadsforskning.
- Positivistisk forskning och hermeneutisk forskning bör i vissa avseenden kunna komplettera varandra inom omvårdnadsforskningen.
- Deskriptiv, empirisk och behandlingsutvärderande forskning är också viktiga delar av omvårdnadsforskningen.
- Vital och aktiv forskarkompetensuppbyggnad. De som disputerat har dock disputerat tämligen nyligen.
- Fortsatt kompetensutveckling synes vara tillräddig före professorstillsättningar.
- Tvärvetenskapliga temaliknande institutioner eller specialiserade ämnesinstitutioner eller forskning invävd i andra institutioner.
- Stöd kan förväntas ifrån MFR, HSFR, medicinska och filosofiska fakulteter samt landsting i den fortsatta kompetensutvecklingen för att garantera djup och bredd.



Omvårdnad Trygghet

behandlar de båda delrapporterna i Kerstin M Anderssons doktorsavhandling.

Omvårdnad – framväxten av en ny vetenskap

av Kerstin M Andersson

Best nr 24-33169-4 80 sidor

Ca-pris 75,- inkl moms

Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet

av Kerstin M Andersson

Best nr 24-33181-3 80 sidor

Ca-pris 75,- inkl moms

Fråga efter böckerna i din bokhandel eller beställ direkt från

ESSELTE STUDIUM

SOLNA 08-734 30 00 · GÖTEBORG 031-17 99 30
MALMO 040-770 70 · UMEA 090-13 70 00

Bokhandel Drottningg 108, Stockholm 08-31 68 68