

Korleis sjukepleievitskap materialiserer seg i lys av historisk oppkomst – kunnskapsgenerering i spenningsfeltet mellom klinikk og academia

Wenche Sortvik, Jeanne Boge, Staf Callewaert og Karin Anna Petersen

Wenche Sortvik, høyskulelektor VID vitenskapelige Høgskole. Master i helsefag.

Forskningsgruppa Praxeologi wenche.sortvik@hotmail.com

Jeanne Boge, 1. amanuensis (Phd). Institutt for sjukepleie, Høgskulen i Bergen. Senter for omsorgsforskning Vest. Forskningsgruppa Praxeologi

Staf Callewaert, professor emeritus Københavns Universitet. Forskningsgruppa Praxeologi, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Karin Anna Petersen, professor i sjukepleievitskap. Leiar av forskningsgruppa Praxeologi, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Abstract

How nursing science materializes related to historical origin – knowledge in the field of tension between the clinic and academia

The focus of this paper is on the scientific development in nursing, and is based on an analysis of master-thesis in nursing science at the University of Bergen in the period 2005-2010 when the master title came to Norway (Sortvik 2011). The aim of this paper is on what focus a new scientific discipline as nursing science has developed through the thesis, and how it constitutes during a certain amount of time. The article starts with a presentation of themes and the basis of recognition. Then philosophy of science and methodologies that are the dominant tendencies will be discussed related to the historical origin of nursing science at the University of Bergen. The empirical theoretical and methodological approach is based upon the theory of the French sociologist Pierre Bourdieu about understanding current practices in light of historical origin. Results: Majority uses qualitative method (71.4%), and is using phenomenological and hermeneutical approaches. The quantitative tasks (26.2%) are mainly anchored in medical terminology and are using medical statistics. Issues are mainly from the nurses own practices and practical utility are emphasized. Only one work is using mixed methods. Questions that will be discussed are why these master-thesis materialize in the way they do, and what kind of factors that influence opportunities and choices in nursing science?

Keywords/ Søkord

Nursing science; profession; nursing research; nursing scientific development; academia; praxeology. sykepleievitenskap; profesjonsfag; sykepleieforskning; sykepleievitenskaplig kunnskapsproduksjon; academia; praxeologi.

Essay, referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3777>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innleiing

Artikkelen har sitt utspring i interesse for kunnskapsproduksjon og erkjenningssgrunnlag til eit ungt vitenskapsfag som sjukepleievitenskap, og har sin bakgrunn i eit studie gjennomført i 2011 (Sortvik, 2011). Studien var ei analyse av korleis sjukepleievitenskap materialiserer seg i 42 masteroppgåver ved Universitetet i Bergen i tidsromet 2005-2010. Dette utgjorde alle masteroppgåver som var avlagt i den aktuelle perioden, med unntak av to arbeid som ikkje var tilgjengelege. Analysane var basert på fylgjande spørsmål; Korleis konstituerer eigentleg eit ungt vitenskapsfag som sjukepleievitenskap seg gjennom eit visst tidsrom som produsent av ny kunnskap? Kva påverkar vala og moglegheitene til sjukepleia på det akademiske området, og korleis kan dette forståast? Spørsmåla vart teoretisk og metodisk fundert i den franske sosiologen Bourdieus praxeologiske tenking kring vitenskapleg arbeid og sosiale praksisar, og inspirert frå den danske sjukepleieforskaren og professoren Karin Anna Petersens (1997/98) og den svenske omsorgsforskaren Ingrid Heymans (1995) studiar av vitenskapleg kunnskapsproduksjon.

Fyrsteforfattaren var i 2011 sjølv i den gruppa sjukepleiarar som etter mange års praksis var masterstudent ved universitetet. Frå å vere i klinikken, opptatt av sin praksis og korleis gjere ting på best mogleg måte, skulle ein utføre eit arbeid av vitenskapleg karakter, med det akademisk landskap som rammer for agering. Ein nykomar med praktisk ballast på veg inn i det akademiske landskap – på lik line med forfattarane bak det materiale som i det fylgjande vert presentert.

Akademiseringa av sjukepleiefaget og oppkomsten til sjukepleievitenskap ved Universitet i Bergen 1979, er ei historie som kan forteljast ut frå ulike interesseposisjonar, og har vore gjenstand for diskusjon (Juvkam 1985). Sjukepleias akademiske tilgang opna for vitenskapleg kunnskapsproduksjon. Sjukepleias praksis vert med dette ikkje berre er ein profesjonell praksis, men også ein akademisk og vitenskapleg praksis. Dette vert omtalt som ei styrking av sjukepleie som sjølvstendig kunnskapsområde, der forbetring av pasientpleie og klinisk praksis særleg har vore framheva som legitimerande for sjukepleias forskingsfunksjon (Lerheim 2000:5-6, Juvkam 1985: 39).

Studien frå 2011 var basert på ei undring i høve *kva* som skal danne grunnlaget for den sjukepleievitenskaplege kunnskapsproduksjon, og *kva* som er orienterande for sjukepleiaren på dette sosiale feltet? For å kaste lys over desse spørsmåla, har artikkelen fokus på *kva* som kjenneteiknar skrivepraktikken sjukepleiaren utøver innan academia; korleis feltet framkjem slik det faktisk materialiserer seg gjennom dei teoretiske arbeida, og korleis dette kan forståast i lys av sjukepleievitenskap sin historiske oppkomst og kontekstuelle forhold ved Universitetet i Bergen.

Ei praxeologisk tilnærming

Bourdieu's praxeologiske tenking er brukt som ein orienteringsmåte for å prøve å forstå dei strukturar som påverkar sjukepleiaren's handlemåte innan det akademiske feltet. I eit Bourdieu-perspektiv er det relasjonelle aspektet sentralt, noko som kjem til uttrykk gjennom tankane om sosiale praksisar som felt (Bourdieu & Wacquant 1992/1996:27). Dei potensielle moglegheitene for handling ligg dels i individet, som kroppsleggjorde strukturar, og dels som sosiale, objektive strukturar i dei situasjonar individa handlar innan. Relasjonane mellom desse fenomen vil gjensidig påverke kvarandre og dannar grunnlaget for moglege handlingsval (Bourdieu 1994/97: 11, Petersen 2006 b:52-55). I tråd med dette perspektivet

kan ein ikkje tale om sjukepleievitskap, men om det system av relasjonar som *strukturerer* sjukepleievitskap på visse tidspunkt.

Den praktiske sans, habitus, er sentral i Bourdieus teori. Habitus kan skildrast som ei før - medviten grunnorientering som er opphavet til våre sosiale kvardagspraksisar. Individet har lært seg å omgåast tinga på ein særskilt måte som vert rasjonell ut frå situasjon og kontekst. Dette vert internalisert i kroppen og vil vere orienterande for praktikaren i praktikken, trass i skiftande omgjevnader (Petersen 1995:126). Den praktiske logikk vert rekna som *ulik* den teoretiske logikk. Ei verkeleg forståing av praksis krev at ein må bevege seg forbi objektivisme og subjektivisme og gripe den praktiske sans - interaksjonen mellom struktur og praksis i kvardagslivet (Wilken 2008: 82-84). Eit interessant spørsmål vert om gruppa av sjukepleiarar innan academia har ein særskilt måte å utføre sine vitskaplege arbeid som er akseptert og tatt for gitt?

Medan Bourdieus habitus skildrar rammene for aktørane praksis, skildrar feltomgrepet den sosiale arena der praksis utspelar seg (Wilken 2008:38-39). Bourdieu ser på samfunnet som eit system av relasjonar mellom posisjonar. Dette kallar han for sosialt rom. Individ vil innta ein posisjon der moglegheitene i stor grad er førehandsbestemt ut frå relasjonane til andre posisjonar. Det vil alltid eksistere skilnader mellom aktørane i form av å inneha ulike ressursar; mellom anna yrke, utdanning, kjønn og inntekt (Halskov, Lundin og Petersen 2008:275-276). Vesentleg her er korleis verdien av slik kapital vert vektlagt (Petersen 1997/98:45-46). Aktørane vil ta ein relasjonell posisjon i feltet som seier noko om dominansforhold og rådande maktstrukturar. Dette vil vere orienterande for kva som er moglege handlingsalternativ, men treng ikkje vere medvite. Feltet pregast av kamp om kven som skal ha definisjonsmakta (Bourdieu 1991/93:84-85, Bourdieu 1994/1997:11-12). Ut frå dette perspektiv, vil det sosiale rom der desse akademiske arbeid har vakse fram, vere prega av kampar gjeldande *kva* som skal vere sjukepleievitskapens verkeområde. Det vil difor vere tydingsfullt å undersøke aktørar i dominante posisjonars interesseretningar då desse innehar ei definisjonsmakt som vil vere orienterande for andre sitt handlerom i feltet.

Fokuset i artikkelen er ikkje å diskutere kva sjukepleievitskap *bør* vere, men å gå *bak* omgrepet for å stille spørsmål ved kva sjukepleiaren, reint faktisk, *gjer* i det akademiske felt. I ein praxeologisk tenkemåte prøver ein å forstå sosiale praksisar i lys av historisk oppkomst. Dei gjevne omgrep vert ikkje tatt for gitt, ein stiller spørsmål ved kva som eigentleg ligg *bak* sosialt skapte grupperingar, og korleis dette kan forståast i ein kontekst relatert til historiske vilkår (Petersen 2006a:43). I tråd med dette perspektiv vil artikkelen ha fokus på korleis det eigentleg kan ha seg at sjukepleiaren vel å utføre sine akademiske arbeid på ein særskilt måte, sett ut frå kva relasjonar som strukturerer området med omsyn til historie og kontekst. I det fylgjande vil difor aspekt av tyding i historie og kontekst kring sjukepleie som akademisk fag bli forsøkt rekonstruert.

Sjukepleievitskap – slik feltet framkjem i mastergradsoppgåver ved Universitetet i Bergen, 2005–2010

Det vil i det fylgjande verte halde fram kva erkjeningsgrunnlag, metodisk tilnærming, teoretisk referanseramme, tematikkar og dominerande tendensar som kan sporast i 42 mastergradsoppgåver i sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen (UIB) i perioden 2005-2010 (Sortvik 2011). Resultata framkom gjennom ein systematisk gjennomgang med fokus på vitskapsteoretiske aspekt ut frå eit kategorisystem. Kategoriane hadde som siktemål å gjennom ulike synsvinklar få tak på innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, og var utarbeidd

med tre aspekt som bakgrunn; området sjølvforståing/ kvardagslege framstilling av eiga verksemd, administrative og institusjonelle forhold og oppgåvenes teoretiske omgrepssett (Sortvik 2011:24-26). Dei sentrale spørsmål som søkjast belyst er korleis materialiserer dette kunnskapsområdet seg gjennom teksten, og korleis kan det ha seg at desse arbeida vert valt utført som dei gjer?

Erkjenningsgrunnlag

Analysane viser sjukepleievitskap som eit felt der dei agerande hovudsakleg er kvinner, over 95% av samla populasjon. Fleirtalet av arbeida er kvalitative; 30 oppgåver (71,4%), og tema er i stor grad henta frå eigen kliniske praksis; i 34 arbeid (80,1%). Alle studiene rommer empiri og halvparten av studiene har pasienten som populasjon (50 %). Ytterlegare 16 arbeid (37,1 %) har sjukepleiar/helsepersonell som populasjon.

Metodisk tilnærming

Ved dei kvalitative arbeida, 30 oppgåver (71,4%), vert metode fundert i human- og samfunnsvitskap. 28 oppgåver (66,7%) har fenomenologisk og/eller hermeneutisk tilgang, ofte fundert i filosofi. Vitskapsteoretisk ståstad vert sjeldan artikulert, men i arbeida med fenomenologisk og/eller hermeneutisk tilnærming, framkjem dette som vitskapsteoretisk ståstad knytt til metodeval. Dei kvantitative arbeida, totalt 11 oppgåver, fylgjer hovudsakleg klinisk medisinsk mønster og nyttar medisinsk statistikk. Desse omfattar ikkje vitskapsteoretisk fundering.

27 arbeid (64,3%) omtaler seg som skildrande, forståande og fortolkande i høve tema, og ytterlegare 10 arbeid (23,8 %) som deskriptive. Den forklarande dimensjon er ikkje merkbar, og berre i lita grad vert evaluering, teori og metodeutvikling omhandla. Intervju er den empiriske metoden som i størst grad blir nytta, i 25 arbeid (59,5%). Kombinasjonen kvalitativ-kvantitativ skjer berre ved eitt tilfelle. Av dei kvantitative oppgåvene er 6 av 11 arbeid (54,5 %) utforma som artikkel med spesifisert publiseringstidsskrift, medan berre 7 av dei 30 reint kvalitative arbeida (23,3%) er utforma som artikkel, oftast utan oppgitt publiseringsmål.

Arbeida er like i utforming; eit fastsett mønster for disposisjon av innhald fylgjast. Av dei arbeid som nyttar kvalitativ metode, viser 27 av til saman 31 (87,1%) til same referansar for metodisk gjennomføring; legen Kjersti Malterud (2003) og/eller psykologen og tenkaren innan kvalitativ forskningstradisjon Steinar Kvale (1997, Kvale & Brinkmann 2009). 20 av totalt 31 arbeid som nyttar kvalitativ metode (64,5%) viser til same framgangsmåte for analyse - psykologen Amedeo Giorgis fenomenologiske analysemåte (1985) ofte modifisert ved Malterud (2003).

Teoretisk referanseramme

Arbeida tydeleggjer ein tendens til å vente med val av teoretisk referanseramme til empiri er heilt eller delvis samla inn, gjennom 21 av 42 arbeid (50%). Teori utgjer ei kompleks samansetjing; delar av mange teoriar nyttast. 31 arbeid (73, 8%) nyttar meir enn ein teori frå ulike tradisjonar. Desse kan inneha ulike perspektiv på menneske, helse og sjukdom, noko som ikkje vert reiegjort for. Særskilt framkjem ein tendens til å nytte referansar med fenomenologisk og filosofisk forankring, ofte representert ved sjukepleiaren, professoren, historikaren og filosofen Kari Martinsens omsorgsfilosofi fundert i den danske teologen Knud

E. Løgstrups nærleiksetikk (1958), åleine eller i kombinasjon med litteratur som vektlegg klinisk erfaringskunnskap. Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi nyttast i 19 av 42 arbeid (45,2%). Den amerikanske sjukepleieforskaren Patricia Benner vert mykje nytta i samband med tenkegrunnlag kring klinisk erfaringskunnskap, særskilt teksten «Frå novise til ekspert» (1995), der kompetansestigning fundert i Dreyfus og Dreyfus (1986) sin ferdigheitsmodell, den tause kunnskap og erfaringskunnskap vert vektlagd.

Av andre referansar med utgangspunkt i fenomenologi og filosofi, kan nemnast filosofen Maurice Merleau Ponty's kroppsfenomenologi (1962), professor i tankesystemas historie Michel Foucault sitt tenkegrunnlag kring makt og disiplin (1975/94), og sjukepleieteoretikaren Katie Erikssons lidingssteori (1995). Dette kombinerast ofte med ytterlegare ein hjelpedisiplin, svært ofte medisinsk-sosiologi. Referanseramma er kompleks, men særskilt tydeleggjierast ein tendens til å nytte sosiologen Aron Antonovskys salutogenetiske teori (1987/2000); helsefremjing i staden for sjukdomsperspektiv, til dels kombinert med tankegrunnlag kring livskvalitetsforskning ved bruk av kvantitative måleinstrument; standardiserte skjema for helsereelatert livskvalitet.

Tematikkar

Studiane si praktiske nytteeffekt og korleis gjere praksis betre; teori *for* praksis, er fokusområde i 36 av dei 42 arbeida (85,7%). Omgrepet klinisk vert mykje nytta i sjukepleiarens omtale av kunnskapen som ligg i praksisfeltet, og kan sjå ut som å ha ei tyding i sambandet mellom praksis og vitskapsgrjing, men vert ikkje tydeleg definert. 32 arbeid har temaområde innan førebygging, pleie - og behandling (76,2%). Trass i omsorgstenkinga si sentrale stode, er det vanskeleg å sjå at pleie og omsorg vert helde fram som eit *eige* område.

Dominerande tendensar

Kort samanfattande kring dominerande tendensar innan det området som kallast sjukepleievitskap i aktuelle tidsrom, kan fenomenologi og hermeneutikk omtalast som dominerande tendensar metodisk - fundert i filosofi, men nytta empirisk, og i særleg grad omsorgsfilosofi - ofte kombinert med sjukepleieteori/helsefagteori som vektlegg klinisk kompetanse *for* det praktiske arbeid, som teoretisk referanseramme for å kaste lys over empiri. Omsorgstenkinga står sentralt, i samband med klinisk kompetanse der kunnskapen skal ha praktisk nytteeffekt for det praktiske arbeid sjukepleiaren gjer.

Den historiske oppkomst til sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen

«Eit folk utan fortid er eit folk utan namn», sa forfattaren Milan Kundera (1980). Desse orda omhandlar ei anna historie, man kan kanskje likevel vere eit bakteppe for den vidare lesing. I ei tid der sjukepleievitskap er eit etablert tilbod innan sjukepleiarens vidare utdanningsperspektiv, kan det lett gløymast at det berre er vel tretti år sidan sjukepleia fekk tilgang til det akademiske feltet. I praxeologiske studiar prøver ein å forstå notidige praktikkar i lys av historisk oppkomst, og når ein så set fokus på *korleis sjukepleievitskap materialiserer seg og korleis dette kan forståast*, er det av interesse å stille spørsmålet – *korleis oppstod dette utdanningstilbodet?* Kvar byrja det og kva drivkrefter sto bak? Sjukepleias veg mot vitskap kan ikkje grundig omhandlast denne samanheng, men eit grovmaske tilbakeblikk kan gje perspektiv. I det fylgjande vil vi sjå at det skjer eit sprang i den symbolske tale om kva sjukepleie er – frå å vere legens lydige hjelpar, underlagt den medisinske referanseramme med

medisinske omgrep og grunnlagsforståing, til ein vitskapleg posisjon og tale om eit eige, sjølvstendig kunnskapsområde.

Sentrale representantar frå både fagorganisasjonen, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og frå Norges Sykepleierhøgskole (NSH), var pådrivarar for at faget skulle utviklast vitskapleg (Melby 1990: 280). Nemnast kan Kjellaug Lerheim, gjennom si rolle som rektor ved NSH og medlem av komitear nedsett av NSF, og Helga Dagsland gjennom si rolle som forskar, lektor ved NSH og leiar av NSF frå 1967-1973 (Bondevik 2004:12). Stipendordningar frå NSF opna dørene for at norske sjukepleiarar kunne ta høgare studiar i utlandet, særskilt USA (Melby 1990:275-276). Desse utvalte sjukepleiarane kunne bringe med kunnskap om forskning og metode heim, og kom såleis etterfylgjande til å utgjere eit rekrutteringsgrunnlag for sentrale stillingar i utdanning og fagorganisasjonsorgan. Slik kjem dette også inn i undervisningsamanheng (Melby 1990:275-276). Samstundes medfører dette at både NSF og NSH sin agenda vert sterkt prega av amerikansk sjukepleietenking, som har røter i positivistisk forskningstradisjon, med tilhøyrande målingar av kva intervensjonar som har effekt (Melby 1990:282).

Sjukepleias veg mot vitskap er likevel meir enn ei historie om sterke einskildpersonar i sentrale posisjonars kamp for universitetstilgang. Det er også ei historie om profesjonskamp og utdanningsmessige spørsmål som vaks fram gjennom etterkrigstida, der medisinsk spesialisering eskalerte og gjorde det naudsynt å definere grenser kring sjukepleias eige verkefelt (Juvkam 1985:15). Samstundes skjer samfunnsmessige endringar – både sosioøkonomiske og med moment frå kvinnehistorie - som gjorde utviklinga mogleg, grunna politisk velvilje for realiseringsmoglegheiter gjennom høgare utdanning (Juvkam 1985, Melby 1990). At denne utvikling skjer, kan også relaterast til eit stadig meir motsetnadsfylt forhold til medisinen. Å «bli kvitt det forferdelige legeåket» var ein viktig motivasjon i kampen for eige kunnskapsgrunnlag, held Kari Martinsen, historikar, filosof og professor i sjukepleievitskap, fram (Martinsen 1979 ref. i Juvkam 1985:16). Sjukepleie måtte kvile på andre prinsipp enn den medisinske modell, heilskapssyn i staden for naturvitskap (Juvkam 1985). Samstundes harmonerast dette med ein kamp for verdier – og ynskje om betring av pasientpleia (Juvkam 1985:39). Ei nyorientering i læreboksamanheng er at *pasienten* vert sett i sentrum (Lerheim og Norsk Sykepleierforbund 1967). Forholdet til medisinen var likevel uklart; på den eine sida kjempast det for profesjon og grensegang for eige område, på den andre sida kan det antydast eit tilknytingsbehov - som sosial legitimeringsstrategi og høgare status (Melby 1990).

Sjukepleie som akademisk felt vart ulikt utforma ved universiteta i Tromsø, Oslo og Bergen (Lerheim 2000:65-69). Tilbodet i Tromsø kom til som eit initiativ frå Sosial departementet. Forskingsprofilen har her særskilt omhandla filosofiske og etiske problemområde, samt sjukepleias sosiologiske, kulturelle og organisatoriske kontekst. I Oslo vart ein eksisterande institusjon med lange tradisjonar overført til universitetsfeltet; tidlegare namna som Norges Sykepleierhøgskole. Forskinga har her hatt fokus på sjukepleie som disiplin, sjukepleiepraksis og pasientkarakteristika i resultatorientert retning (Kirkevold 1997 ref. i Lerheim 2000:68-69).

I Bergen var derimot utreiingsarbeidet ei intern sak som hovudsakleg føregjekk i komitear. Einskildmedlemmar var drivkrefter og hadde stor påverknad representert gjennom sentrale posisjonar i mellom anna NSF og NSH (Lerheim 2000:66). Allereie frå starten eksisterte ulike fagperspektiv på kva sjukepleievitskap i Bergen skulle omhandle. Dei første studieplanar kan sjåast på som eit objekt for *attgjeving* av dei ulike interesseretningar. To forslag vart

introdusert, ulike i høve både tema og metodeval (Juvkam 1985). Desse kan omtalast som polariserande krefter, der sjukepleie som vitenskap slitast i ulike retningar i spenninga mellom forplikting overfor praksisfeltet og ivaretaking av pasienten, og på den andre sida som kampområde for forskarars ulike vitenskapssyn, akademiske og profesjonelle interesser (Juvkam 1985:139).

Den eine studieplan kan omtalast som pasientvitenskapleg/akademisk, der to ulike metodologiske paradigme – frå både naturvitenskap og samfunnsvitenskap vert vektlagt. Samstundes verdsettast medisin som referanseramme; sjukdom knyttast til fysiologisk forståing, pleie og omsorg vert knytt til medisinsk kunnskap (Juvkam 1985:97). Ulla Qvarnstrøm, den fyrste professoren i sjukepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, tilsett frå start til 1998, kan omtalast som å representere *prinsippsynet* i denne studieplanen (Juvkam 1985:86-87). Sjukepleievitenskap skulle dreie seg om klinisk, empirisk forskning, der målet var kunnskap som forbetra sjukepleiepraksis (Bondevik 2004:50).

I det andre forslag til studieplan vert sjukepleievitenskap halde fram som ein potensiell sjølvstendig disiplin, der målet er å bygge praksis på vitenskapleg grunn. Både pasientologi og klinisk sjukepleie vektleggast. Sterke representantar for dette prinsippsyn var sjukepleieforskarane Elsa Kristiansen og Aud Sissel Digernes, begge med masterstudiar frå USA, og tilsett som amanuensisar ved UiB frå start til 1982 (Juvkam:1985:110, Bondevik 2004:86). I dette forslaget synleggjerast eit forsøk på lausriving frå det medisinske tenkegrunnlag, som omtalast som reduksjonistisk. Sjukepleievitenskap vert definert i ein sosialvitenskapleg kontekst. Vitenskapsfilosofi får større plass, og fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar vert sentrale. Desse tilnærmingane let seg lettare harmonere med omsorgstenking, som vektleggast (Juvkam 1985:117-119).

I den endelige studieplanen som vart godkjent i 1982, skjedde ei tilnærming der prinsipielle syn frå begge retningar vart representert (Bondevik 2004:31). Denne vart praktisert fram til 1986, og i stor grad vidareført. Dette kan sjåast som eit bilete på to ulike konkurrerande miljø som utøvde reell innflytelse på korleis sjukepleievitenskap vart utforma som høgare utdanning – og forskingsfelt gjennom den første periode, og som la tradisjonar som vart borne vidare i det akademiske sjukepleiemiljøet i Bergen. Den pasientvitenskaplege/akademiske retninga kan omtalast som å ynskje utvikle kompetanse og teori som bidrag til vitenskapen, med medisin og eit objektivistisk vitenskapssyn som sentralt. Den profesjonelle/sjukepleievitenskaplege retninga kan omtalast som å ynskje utvikle særeigen kunnskap retta mot å styrke sjølvstende og handlingsgrunnlaget for yrkesutøvarane, noko som har klare parallellar til den kamp sentrale organ som NSF og NSH har ført gjennom historia (Juvkam 1985).

Sjukepleievitenskap ved UiB har gjennomgått ei rekkje strukturelle endringar sidan start – frå grunnfag til innlemming av mellomfag i 1982, hovudfag i 1985 og doktorgradsstudie i 1987. Frå 2003 erstatta nemninga mastergrad tidlegare hovudfag, og det er frå denne kontekst artikkelen har sitt utspring.

Å gjere sin praksis til arena for vitenskap

34 av dei 42 masterarbeida (81%) i undersøkte periode bruker eigen praksis som grunnlag for tema og problemstilling. Det er ein klar tendens til at kunnskapen som kjem fram skal bidra til å gjere praksis betre, teori *for* praksis er det sentrale i 36 arbeid (85,7%). Utover dette talet innlemmast eit kapittel om praktiske implikasjonar også i studiar der fokuset er av filosofisk karakter på teoretisk refleksjonsnivå. Løysing av praktiske problemstillingar innan sjukepleiepraksis, er eit prioritert fokus. Korleis kan det ha seg at sjukepleiaren i eit så stort

omfang vel å gjere eigen praksis til gjenstand for fokus i sitt akademiske arbeid, i staden for å utforske nye terreng og søkje kunnskap om nye område? På mange vis er sjukepleiaren val på dette området slett ikkje overraskande. Sett i lys av at den tidlegare skisserte historie, ser vi ein aksept og *premiss* innan fagmiljøet om at sjukepleie har eit sosialt mandat; sjukepleievitskapens legitimitet vert knytt til den legitimitet sjukepleie har som praksisfag (Kirkevold 1996, 2002). Det er altså ikkje disiplinens kunnskap *om* bestemte praktiske forhold som gjev den legitimitet. Sjukepleievitskap legitimerast via det sjukepleiaren gjer i eigen praksis og ved utvikling av kunnskap *for* sjukepleias kliniske praksis. Dette skal danne grunnlag for vitskapelege arbeid. Sjukepleias praksis skal vere forskingsbasert og profesjonell og praksis skal byggast på vitskapens grunn. Dersom vi trekker parallellar til den skisserte historie, er dette på mange vis i tråd med den kamp NSF har kjempa for ein profesjonsmodell og yrkesretta profil som rammer for sjukepleievitskap. Klinisk sjukepleie jamstillast med klinisk medisin. For eit fag som sjukepleie, praktisk i sin natur, kan dette sjåast på som naturleg, der den vitskapelege disiplin er administrert fram av yrkesutøvarar frå det praktiske sjukepleiefelt og fagorganisasjonen i eit kampfelt med den medisinske profesjon – ikkje som eit erkjenningfag i ein meir klassisk universitetstradisjon (Callewaert 1998).

Diskusjonen om eit praktisk fag som sjukepleie *kan* definere eit gjenstandsområde på lik line med klassiske erkjenningfag, må ligge i denne omgang. Ein kan likevel spørje om vitskapsgriering av eigen praksis er noko som kan skje utan vidare problematisering? På den eine sida kan det kanskje hevdast at dette *ikkje* er ei utfordring, då det finnast måtar å handtere forskning i eige fag på. Men, utfordringar på eit prinsipielt plan kan likevel viast rom for refleksjon. Sjukepleiaren forskar altså *i* sjukepleie gjennom si praktiske verksemd *som* sjukepleiar. Praktikarens kunnskap vert med dette det epistemologiske grunnlag for den vitskapelege kunnskap innan feltet. Eit spørsmål vert om sjukepleiaren som akademisk aktør er i stand til å vere sine haldningar og handlingar medvitne og erkjent, i høve ein praksis som ein sjølv er ein del av? Det er interessant å merke seg at berre eit fåtal av arbeida, 7 av 42 oppgåver (16,6%), set eigen praksis i kritisk lys, eller utfordrar den, ut frå kva som ligg i føreforståinga av denne. Dei omgrepssett som gjeld innan det aktuelle praktiske felt, vert overført utan at det stillast kritisk spørsmål ved kva desse bygger på, eller på kva grunnlag desse eksisterer. Det kan altså sporast liten grad av ambisjon til å stille grunnvitskapelege spørsmål som vedkjem korleis dette kan forståast, kvar har dette sitt opphav og korleis fungerer det? Sjukepleias grunnlagstenking var over eit langt tidsrom styrt av medisinen som overordna referanseramme. På den eine sida kan ein stille spørsmål til om dette er så integrert i praksis at det er vanskeleg å utfordre? På den andre sida kan det undrast over om *nettopp* utfordringa av medisinen har medført at det vert nytta eit omgrepssett som blir gitt ei motsett tyding av det som assosierast med ei medisinsk grunnlagsforståing, men at det likevel ikkje skjær ei utfordring av dei grunnleggande rammer for desse oppfatningane?

Å nytte praksis som grunnlag for vitskapsgriering er likevel ikkje noko som vedkjem sjukepleie spesielt, men også andre praktiske fag. På mange måtar er dette ein gamal tematikk, der trådar kan trekkast heilt attende til Aristoteles (384-322 f.krf) og diskusjonen kring praktisk kunnskap og episteme (Aristoteles 1973). Aristoteles *skilde* mellom formene teoretisk kunnskap (episteme), handverkskunnskap (techne) og klokskap (phronesis). Desse var likeverdige, men *ulike* former for kunnskap. Ut frå dette perspektiv, må sjukepleias praksis sjåast på som gyldig i sin eigen rett, som ei eiga form for kunnskap. Kvifor ynskjer vi så å gjere den til vitskapeleg praksis for å få full legitimitet? Som Karin Anna Petersen, professor i sjukepleievitskap og leiar av forskingsgruppa praxeologi, påpeiker (1996), vil ei samanføyning av den moralske praksis og vitskapens eigenlogikk bli problematisk dersom ein anerkjenner at det finnast *ulike former for kunnskap* som eksisterer ut frå sin eigen logikk.

Samstundes kan sjukepleia på dette området samanliknast med det både medisin og andre disiplinær har gjort – å forsøke å vise at den *kliniske praktikk* er fundert i vitskap, men *også* vitskapleg i sin konkrete praktiske gjennomføring (Petersen, Beedholm, Engström, Gunvik-Grönbladh, og Larsen 2006 b). Gjennom dei undersøkte arbeida går omgrepet klinisk igjen i omtalen av sjukepleiehandlingar i praksis, og kan synast å vere av tyding i sambandet mellom praksis og vitskapsgjering (Sortvik 2011). Det kan sjå ut som klinisk vert sett i samband med eit deskriptivt, skildrande, forståande og fortolkande perspektiv, då 37 oppgåver (88,1%) omtaler seg med dette føremål. Samstundes kan det sjå ut for at klinisk har med stipulering av praksis å gjere, då kunnskap *for* praksis gjennom desse arbeida vektleggast.

Men, kva er klinisk sjukepleie?

Klinisk sjukepleie har blitt sidestilt med klinisk medisin, mellom anna i studieplaner. Men – kva er eigentleg sjukepleieklinikk? Kvar stammar omgrepet klinisk i frå, og korleis kan det forståast inn i sjukepleiarens akademiske samanheng?

Ser vi det gjennom professor i tankesystemas historie, Michel Foucault (1926-1984) sitt perspektiv på legevitskapens oppkomst og historie, held Foucault fram at klinikken vert eit grunnlag for ny organisering av kunnskap; ein stad for teoretisk og praktisk opplæring (Foucault 1993/2000). Dette fører med seg ein ny måte å *sjå* og *forstå* sjukdom på – og å samle inn og utvikle kunnskap på. Pasienten vert flytta til det kollektive rom der sjukdomen kan studerast, legen flyttar seg ut i klinikken som lærestad. Klinisk verksemd har altså primært ikkje heling som mål, men observasjon, forskning og læring (Petersen 2010:30). Klinikkk peiker på kunnskap av konstaterande karakter - slik gjerast det – for nye som skal lære praksis. Klinikken organiserer erfaringar; ein stad der ein observerer sjukdom og symptom, med føremål å samle kunnskap og å undervise om dette. Klinikkk kan omtalast som ein særskilt måte å *snakke* om tinga på og ein særskilt måte å *sjå* på. Når det så talast om klinisk verksemd i ulike sjukepleiesamanhengar, kan dette sjåast på som å omhandle ei systematisering av kunnskap, ein særskilt måte å bruke blikket og språket på for å innsirkle kunnskapen ved undersøkingsobjektet. Slik kan det opparbeidast kompetanse ut frå erfaring og observasjon – rasjonelt grunngjeve i vitskap som skal legge grunn for den «riktige» undervisinga vidare om kva sjukdom er.

Analysane av mastergradsoppgåver i sjukepleievitskap ved UiB viser at omgrepet klinisk vert nytta i vid utstrekning (Sortvik 2011). Det talast om klinisk kompetanse i samband med taus kunnskap og erfaringskunnskap, så vel som klinisk i meir medisinsk forstand. Åtskiljing av pleie og behandling skjer likevel i svært liten grad. Vidare er oppgåvenes føremålsfelt hovudsakleg på skildrande og forståande nivå, dimensjonar som forklaring, omgrep, teori og metodeutvikling vert i svært liten grad omhandla. Kan dette forståast som at det er vanskeleg å skilje ut eit område som kan omtalast som sjukepleias eige område, sjukepleia sin substans – som grunnlag for eigen klinikk, og med egne omgrep og teori? Vågast det ikkje å gå inn på ein forklarande dimensjon, på eit område som eigentleg er medisinenens?

Artikkelens intensjon er ikkje å kome med forslag til kva som skal danne grunnlaget for sjukepleias klinikk. Ynskje er meir å appellere til refleksjon kring ein tendens som framkjem som vektlagt frå fagmiljø og gjennom dei akademiske arbeid, og som tydeleg vert markert som eit fokusområde i samband med vitskapsgjering av sjukepleias praksis. Å nytte omgrepet klinisk krev ei definering av kva som meinast med dette i samband med sjukepleiarens verksemd – utover den etymologiske definisjon; å vere ved sjukesenga - både i praktisk og vitskapleg samanheng. Vert klinisk oppfatta som eit synonym til praksis? Kva skal eigentleg

klinisk omhandle, og kan sjukepleie omhandle eit eige, klinisk grunnlag som ikkje er del av medisinen klinikk? Vert det gjort forsøk på å skape ein eigen klinikk på grunnlag av skildring og fortolking av erfaringskunnskap om korleis sjukepleie gjerast? Er dette ein måte å prøve gjere vitskap av til dømes den tause, praktiske kunnskap? Ein kan undrast – er dette forsøket mogleg? Er ikkje dette ein dimensjon av sjukepleia som må sjåast på som nettopp ei eiga form for kunnskap – som ikkje taler same språk som den vitskaplege logikk?

Pasienten som kjernen i sjukepleievitskap

50 % av studiane i undersøkte tidsrom har pasienten som populasjon. I høve til at sjukepleie er eit fag der pasienten står i sentrum, er dette ein forståeleg tendens. Sett i historisk lys, ser vi at vektlegging av pasienten vert meir tydeleg i sjukepleias lærebøker frå slutten av 1960 talet (Lerheim og Norsk Sykepleierforbund 1967). Dette kan sjåast som eit forsøk på å markere eit eige kunnskapsgrunnlag tilknytt sjukepleie, til erstatning frå tidlegare medisinske referanserammer og legen som leverandør til lærebokmaterialet (Bjerkreim, Mathisen og Nord 1996). Pasienten vert vektlagt som fokusområde i begge dei to fyrste forslag til studieplan, men gjennom ulike synspunkt for metodiske og teoretiske rammer. Begge søker ein ekspressiv tilgang til pasientens erfaring, men den eine vektlegg naturvitskapen som eit overordna paradigme med medisinen som referanseramme for pleie og omsorg og eit objektivistisk syn på vitskap. Det opnast vidare for eit mangfald av teoretisk orientering av generell natur – frå både sosiologi, jus, psykologi. Desse synspunkt fekk sterkt fotfeste ved UiB. Livskvalitetsforskning og pasienterfaringar i høve helse og sjukdom har vore eit prioritert område - særskilt fram mot år-tusen skiftet (Kirkevold 1996 ref. i Lerheim 2000:68-69), og har sitt utspring i denne kontekst. Studiens funn viser ein tendens til fokus på livskvalitet, pasientens oppleving og ei kvantitativ tilnærming til dette. Parallellar kan trekkast til eit etablert forskingsmiljø, som også har utløyst økonomiske midlar (Bondevik 2004). Den dominerande tendens er likevel ein annan, der 71,4 % av arbeida er kvalitative og hovudsakleg har fenomenologisk og eller hermeneutisk metodisk tilnærming. Den subjektive oppleving står i sentrum, vert skildra for så å vise til hermeneutikken for å fortolke det ein ser. Teoretiske referanserammer som nyttast er komplekse, og det er tydeleg at ein ventar med teori til ein ser kva retning empirien tek. Det peiker seg likevel ut ein dominerande tendens til å nytte humanvitskap representert ved Kari Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Knud E. Løgstrups nærleiksetikk (1958), åleine eller saman med helsefaglitteratur som vektlegg praktisk kompetanse. Omsorgsdimensjonen vert dermed vektlagt, ut frå eit filosofisk ståstad, men relatert direkte til praksis – i stor grad til pasientens oppleving av sin situasjon som utgangspunkt for sjukepleiehandling. Det er av interesse å trekke parallellar til det opposisjonelle synspunkt på dei fyrste rammer for sjukepleievitskap. Pasientologi vert her helde fram som eit tydeleg fokusområde. Sjukepleie som vitskap skulle byggast på eit paradigme som omhandlar heile mennesket, i motsetjing til det som omtalast som medisinen reduksjonistiske tenking (Juvkam, 1985:119). Det søkjast å bygge ei særeiga erkjening – og eige kunnskapsgrunnlag for faget, der sjukepleie definerast i ein sosialvitskapleg kontekst, og fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar vektleggast. Både sjukepleieteori for praksis, særskilt frå USA, og vitskapsfilosofi får her breiare dekning, og omsorgstenkinga vert omtalt som sjukepleias primære instrument (Juvkam 1985:123). I samband med dette kan ein merke seg at konteksten for sjukepleievitskap ved UiB i tidsromet frå 1990-2000 utviklar seg til å inneha sterke fenomenologiske profilar med fokus på levd kropp, anti-kartesianisme, heilskapssyn i motsetnad til dualisme og det som vert omtalt som medisinen reduksjonistiske og føremålsrasjonelle tenkegrunnlag. Det setjast fokus på subjekt og subjektiv oppleving, noko som vert omtalt som forsømt gjennom medisinen objektivisering og teknifisering. Kari Martinsens omsorgstenking får i dette tidsrom sterkt fotfeste. Studiens dominerande tendensar

på dette området kan altså forståast ut frå ein kontekst der omsorg får eit sterkare fundament i høve til pasienten, og setjast inn i fenomenologiske rammer der heilskapsyn, den levde kropp og subjektiv oppleving vert sett i motsetjing til medisinen redusering av kroppen i delar og den tilhøyrande forskings objektivering som ideal. Både Kari Martinsen og Eva Gjengedal, professorar i sjukepleievitskap og Målfrid Råheim, professor i helsevitskap, kan assosierast med desse synspunkt (Råheim 1997), og er i dette tidsrom sentrale aktørar i denne kontekst; som førelesarar, vegleiarar, forskarar, forfattarar og som pensum-relevante. Sentralt spørsmål vert så om denne sterke tendens antyder eit forsøk på å markere eit eige område utan medisinsk referanseramme som dominans, der pasienten, hans opplevingar og erfaringar står i fokus, noko som skal fangast inn, skildrast og fortolkast gjennom fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming? I den grad det er anløp til kritiske tendensar i arbeida, vedrører dette spennet mellom biomedisin og subjektiv kroppsleg erfaring, og erfaringskunnskap sett opp mot objektiv, kvantitativ kunnskap (Sortvik 2011). Men, når samstundes tendensen om å ha fokus på anten pleie og behandling eller behandling åleine framkjem, og sjukepleia kan ansjåast å vere del av medisinen klinikk, kan ein undre seg om dette forsøket er mogleg? Eit spørsmål blir om sjukepleie kan proklamere eit eige kunnskapsgrunnlag som ikkje inkluderer medisin, og om dette er føremålstenleg for sjukepleie – både som praksis og som vitskap? Funna viser at berre ved eitt tilfelle nyttast kvantitative og kvalitative tilnærmingar kombinert. Ved sjukepleievitskapens 25 årsdag i 2004, gav seksjonsleiar Kjell Kristoffersen uttrykk for at kvantitative og kvalitative tilnærmingar ikkje lenger er konkurrerende, men komplimentære (Bondevik 2004:7). Det kan stillast spørsmål ved om dette faktisk er tilfelle?

I klassisk meining kan vitskapens oppgåve forståast som å forklare korleis det kan vere at ting framstår som dei gjer. Gjennom det undersøkte tidsrom materialiserast ein dominerande tendens av empiriske studiar av pasient og sjukepleiars opplevingar, og i mindre grad objektivering av kva grunnlag desse erfaringar har og kva som skjer med pasient og sjukepleiar i den kliniske praksis. Det kan antydast å mangle eit fokus på ein forklarande dimensjon kring kva sjukepleie og omsorg faktisk er gjennom korleis det materialiserer seg i praktikken.

Subjekt versus objekt

Fenomenologiske og hermeneutiske tradisjonar vert gjennom dei undersøkte arbeida halde fram som ei motsetjing til kvantitativ tilgang, som vert knytt til objektiv og føremålsrasjonell kunnskap (Sortvik 2011:101). Det vert trekt trådar til det filosofiske og meta-teoretiske grunnlag, der metode forankrast i filosofi, men nyttast empirisk for å søkje og fortolke opplevd subjektiv erfaring. Denne tendens kjem ikkje fram i dei arbeida som fylgjer klinisk medisinsk mønster; her vert empirisk metode omtalt, med resultatpresentasjon i form av medisinsk statistikk, utan at det vert forsøkt å forsvare metodiske val. Arbeida som funderast i fenomenologi og hermeneutikk vier rom for vitskapsteoretisk forankring, men ingen *diskusjon* kring vitskapsteoretisk fundament. Fenomenologien vert meir halde fram som tydingsfull for å demme opp for naturvitskapleg objektivisme. Trass i at vitskapsteori gjennom dei siste ti-år i stadig større grad har blitt integrert i undervisningssamanheng (Sortland og Petersen 2014), og er eigen modul ved masterutdanningar innan helsefag, er det interessant at berre eit fåtal artikulterer seg tydeleg kring vitskapsteoretisk ståstad, og tydinga dette har for det aktuelle arbeid. Det vert viktigare å halde fram og forsvare den subjektive oppleving som gyldig kunnskap versus den objektive, reduksjonistiske kunnskap assosiert med naturvitskap og medisin. Dette funderast i filosofi, men vert knytt opp mot metode og omtalt som metodologi. Trådane trekkast attende til Husserl (1936) og Heideggers (1927) filosofiske synspunkt for å

markere ein opposisjon mot naturvitskapens paradigme som ikkje hadde rom for subjektets oppleving.

Gjennom særskilt dei siste tiåra av det 20. århundre har fenomenologi fått stor påverknad i Europa og USA, særskilt innan samfunnsfag, men også innan helsefag. Dette er ei av hovudstrøymingane i vår tids filosofi (Thornquist 2003:83). For å forstå den posisjon fenomenologien har fått, er det av tyding å kjenne til *kva grunnlag* fenomenologien vaks fram på og vise refleksjon kring tilhøyrande vitskapsteoretiske diskusjonar. Åtskiljing av subjekt og objekt har ei lang historie, og må sjåast i lys av ulike tradisjonars grunnleggande perspektiv. Desse er del av vår kunnskapsarv og har sett spor som enno pregar dagens helsevesen i form av åtskiljing av kropp og sjel (Thornquist 2003:11).

Artikkelen tek ikkje sikte på å gå nærare inn på ulike vitskaplege retningar eller diskutere kva fenomenologi og ulike fenomenologiske retningar omhandlar. I denne omgang må vi nøye oss med å fastslå at det herskar ulike perspektiv på om og korleis fenomenologi som filosofi *både* kan danne grunnlag for metodisk tilnærming – og empirisk vitskap. Innan mellom anna helsefag framkjem ein tendens til å nytte fenomenologi som ein freistnad på innleving for å fange det undersøkte si erfaring. Vidare ansjåast den fenomenologiske innsikt som eit grunnlag for agering og direkte praktisk intervensjon. Fenomenologi vert sett på som eit systematisk forsøk på å sameine filosofi, vitskap og liv (Thornquist 2003:86, Fjelland og Gjengedal 1995). Opphavleg kan filosofi skildrast som eit utgangspunkt for refleksjon – å tenke *med* og *om* – ikkje romme løysinga på praktiske problem. Frå kritisk hald vert det hevda at det bør markerast skilje mellom den fenomenologiske filosofi og ein fenomenologisk måte å tenke på (Callewaert 1986).

Den vektlegging fenomenologi har i dei sjukepleievitskaplege arbeid gjennom aktuelle tidsperiode kan sjølvsagt sjåast på som eit legitimt forsøk på å sameine kropp og sjel knytt til dei erfaringar pasienten gjer. Likevel kan fleire spørsmål genererast for vidare ettertanke. 81% av arbeida som nyttar fenomenologi åleine eller saman med hermeneutikk, omtaler dette som å inkludere vitskapsteoretisk posisjon, filosofi, metodisk tilgang, teoretisk referanseramme og som empirisk vitskap (Sortvik 201:101-108). Dette viser ein tendens til *ikkje* å skilje mellom ein fenomenologisk tenkemåte som grunnlag for empirisk vitskap og den fenomenologiske filosofi, noko som altså *kan* sjåast på som ulike diskursar, og å forvandle fenomenologi til ei metode eller teknikk for handtering av empirisk materiale. Eit spørsmål som her ikkje skal svarast på, men løftast fram som interessant for ein meir djuptgåande diskusjon og større grad av medvitsgjering er *korleis* fenomenologi som filosofi kan transformerast til både metodisk tilgang og empirisk vitskap innan sjukepleievitskap?

Vidare kan ein undre seg om denne tydelege tendens til å nytte fenomenologi som forsvar for det subjektive og som motsetnad til det objektive kan leie til nok ei form for *anten eller* posisjon der det enno vert mur mellom subjekt og objekt? Vil dette danne eit godt fundament for sjukepleie som vitskap?

Å fylgje ei oppskrift

Både dei kvalitative og dei kvantitative studiane fylgjer tydeleg ein mal for gjennomføring, med omsyn til innhald og struktur. Dei kvantitative arbeida vektlegg metodisk framgangsmåte og empiriske resultat meir enn teoretiske ramar, som i hovudsak er medisinsk fagterminologi. Vitskapsteoretisk forankring viast ikkje rom i samband med metodeval, og resultat haldast opp mot tidlegare forskning.

Til motsetnad gjev dei kvalitative oppgåvene ei brei omtale av meta-teori/filosofi, knytt opp mot metodeval, i stor grad intervju. Ein interessant tendens er at det hovudsakleg visast til same type referansar for metodisk gjennomføring og analyse. Kjersti Malterud (2003) og Steinar Kvale (1997, Kvale og Brinkmann 2009) vert vist til ved metodisk gjennomføring i over 87% av dei kvalitative arbeida. Vidare viser nærare 65% av desse til Amadeo Giorgis fenomenologiske analysemetode ved analyse, ofte modifisert ved Malteruds systematiske tekstkondensering (2003). Dette viser ein dominerande tendens til å binde seg opp til ein spesiell framgangsmåte og spesielle referansepersonars synspunkt for analyse av datamaterialet (Sortvik 2011:109-112).

Kvifor vel halvparten av arbeida å trekke inn teori *etter* at empiri er samla inn? Veljast teori for å styrke teoretiske antakelser, eller bekrefte aktuelle funns resultat? Eller er dette ein medviten strategi i tråd med eit fenomenologisk perspektiv som tilseier at ein skal nærme seg empiri utan å vere teoristyrte? Vert metoden, her representert ved Kvale sin framgangsmåte (1997, 2009) og Malterud si forståing av Giorgis analysemetode (2003), snarare enn ideal om verdifri tilnærming, ei oppskrift innan det medisinsk-odontologiske fakultet der punktvis framgangsmåte og presentert mal styrer kva som definerer eit arbeid som skal kallast vitskapleg? Å utføre eit forskingsarbeid i tråd med ein dominerande tendens i det etablerte miljøet, kan uttrykkje ein måte å «spele spelet» i tråd med gjeldande spelereglar. I så fall kan ein undre seg over kva som hemmar eller fremmar vitskapens vilkår og konsekvensane dette kan ha for mangfaldet i den kunnskapen som vert produsert gjennom den sjukepleievitskaplege kunnskapsproduksjonen? Artikkelen intensjon er ikkje å legge opp til ei normativ definering av korleis metode eller teori skal nyttast i sjukepleievitskaplege arbeid. Intensjonen er å kaste lys over ein dominerande tendens, og invitere til undring over korleis dette kan ha seg?

Sjukepleias akademiske praksis er prega av sine historiske røter

Artikkelen har påpeikt at sjukepleiaren handlingsrom i det akademiske felt kan vere påverka frå fleire hald, og at historie og sentrale relasjonar innan dette området er orienterande med omsyn til korleis sjukepleievitskap materialiserer seg, kva spelereglar som gjeld og kva val som er mogleg å ta.

Sett i lys av Bourdieus praxeologiske tenking vil dei potensielle moglegheiter for handling ligge dels i individet som kroppsleggjorte strukturar og dels i objektive, sosiale strukturar i dei situasjonar individet handlar innanfor i ulike felt i det sosiale rom (Petersen 1993). Relasjonane mellom desse fenomen påverkar kvarandre og orienterer kva som er strategisk moglege handlingsval. Dette påverkar kva tankar, kjensler og val som *er moglege* for individet, men dette er ikkje naudsyntvist medviten. Dermed er vi ikkje så frie som vi gjerne trur (Bourdieu 1994/1997:11-12, Halskov et. al. 2008: 275-276). Det som skjer i feltet kan samanliknast med eit spel. Feltet er definert ved grunnleggande reglar som spelarane i feltet må akseptere (Wilken 2008: 42-43). Dette kan omtalast som feltets doxa; dei udiskutable premissane som agentane handlar etter og som gjer kampen i feltet meningsfull, det paradigme som herskar og vert teke for gitt (Callewaert 2003). Sett ut frå eit slikt perspektiv, kan ein undrast om dei dominerande tendensane dette empirisk-teoretiske arbeid har kasta lys over er eit resultat av spelereglane i feltet, meir enn medvit i høve erkjeningsteoretisk refleksjon og fridom i handlerom i det akademiske sjukepleiefelt? Orienterande premissar kan sjåast på som å vere lagt ut frå dei relasjonelle handlingsval som er strategisk mogleg – gjennom ytre strukturar som studieplan, pensum og undervising, vegleiarar sine

interesseposisjonar og institusjonelle tradisjonar, og gjennom den historie sjukepleia sjølv bringer med inn i akademia. Ei historie som lenge var forma av medisinsk grunnlagsforståing. Det kan kanskje hevdast, at å stille kritiske spørsmål, grave i historie og undre seg over korleis dette kan forståast, i dag er overflødig. Kanskje kan det også skape harme. Men sjukepleia ber med ei historie som har lagt tradisjonar som er med å forme identiteten som fag. Å kjenne historia er ein føresetnad for ein meir medviten og reflektert praksis, også i det akademiske felt. Kanskje vil det vidare utfordre den tydinga som leggst i etablerte omgrep og sosialt skapte kategoriar? Å stille spørsmål ved kva erkjenning som bringast vidare gjennom sjukepleievitskaplege arbeid, kva kunnskapsformer som leggst til grunn og å skape rom for ein grunnlagsdiskusjon kring kva som skal bere sjukepleie som vitskap, er like dagsaktuelt som då sjukepleievitskap oppstod i Bergen for 37 år sidan. Kanskje *endå meir* i ei tid der det opnast for stadig nye masterprogram, og der universiteta ikkje lenger har monopol på sjukepleias kunnskapsbase. Å grave i dette og å prøve å forstå korleis det kan ha seg at det som framkjem som *enkelt og beintfram, eigentleg er tilslørt og har rom for mange tolkingar.....* (Bourdieu og Waquant 1991/93:11)... har dei beste intensjonar. Ynskje er at dette kan appellere til refleksjon og diskusjon over kva som kan fremje sjukepleie som sjølvstendig praksis - og som vitskap i framtida.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1987/2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. På dansk ved Amnon Lev. København: Hans Reitzel Forlag. Kap 1 – 5
- Aristoteles (1973). *Etikken*. Oslo: Gyldendal.
- Benner, P. (1995). *Frå novise til ekspert. Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Tano Aschehoug
- Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (1996). *Visjon, viten og virke*. Universitetsforlaget UiO
- Bondevik, M. (2004). *Sykepleievitenskap i Bergen gjennom 25 år 1979-2004. Fra den første visjon til dagens virkelighet. Jubileumsskrift*, Universitetet i Bergen
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1991/1993). *Den kritiske ettertanke*. Det Norske Samlaget, 1993, Oslo,
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992/1996). *Refleksiv Sociologi*. Hans Reitzels Forlag. København, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1996). *Symbolisk makt*. Pax Forlag, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1997). *Af praktisk grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen* Hans Reitzel Forlag. Danmark, 1997
- Callewaert, S. (2003). *Fra Bourdieu og Foucaults verden. Pædagogikk og sociologi, diskurser og praktikker efter det moderne*. Akademisk Forlag A/S, 2003. s. 7-197
- Callewaert, S. (1998). The Idea of a University, I. *Society, Education and Curriculum*, Department of Education, Philosophy and Rhetoric, University of Copenhagen, s. 75-93
- Callewaert, S. (1986). Till kritikken av den pædagogiske teorin . I Gustafsson – Ference Marton (red) *Pedagogikens granser og muligheter*, s. 150-170
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over Machine – the power of human intuition and experience in the era of computer*. New York , Free Press, 1986
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Tano Aschehoug
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Ad Notam Gyldedal, Oslo
- Foucault, M. (1975/94). *Overvåking og straff*. Gyldendal, Oslo
- Foucault, M. (1993/2000). *Klinikkens fødsel*. Oversatt av Henning Silberbrandt. København: Hans Reitzels Forlag (2000). s. 7-21.
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). “Homologier”, I *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert.*, Forlaget Hexis, København, s. 273-293: 20 s.
- Heidegger, M. (1927). *Væren og Tid*. Pax Forlag 2007.
- Heyman, I. (1995). ”Gånge hatt till ... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige åren 1974 till 1991”. (1995). Daidalos, Göteborg
- Juvkam, R. A. (1985). *Sykepleie -forskning i Norge. Vitenskapsteori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Ad Notam, Gyldendals Forlag, Oslo, Norge
- Kirkevold, M. (2002) *Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen?* I: Östlinder, G., Söderberg S, Öhlen J. (2009). *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, s. 11-20.
- Kvale, S. & Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Lerheim K, & Norsk sykepleierforbund (1967). *Lærebok for sykepleieskoler*, Bind I: generell sykepleielære. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1967.
- Lerheim, K. (2000). *Sykepleieforskningen i Norge – i fortid og nåtid*. Forlaget Sykepleien
- Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal 1991
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget , Oslo

2. utgave

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk filosofiske essays*. Tano
- Maurice Merleau Ponty (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge
- Melby, K. (1990) *Kall og Kamp*. J. W. Cappelens Forlag A.S
- Petersen, K. A. (1993). ”At konstruere en teori om sygepleje” I *Overvejelser og metoder I sundhedsforskningen, Akademisk Forlag*, pp. 35-55, 20 s
- Petersen, K. A. (1995). ”Hvorfor Bourdieu?” i *Fokus på sygeplejen 1996*, pp. 123-143
- Petersen, K. A. (1996). ”Den situationsbundne kundskab – om praktikernes egenlogik” i Jørgensen, Emmy Brandt (Ed): *Sundhedsvidenskabelige praktikker*. Akademisk forlag, s.321
- Petersen, K. A. (1997/98). *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark*. Center for Videreuddannelse, Viborg Amt
- Petersen, K. A. (2006 a). How to construct nursing theories, concepts and techniques from the empirical nursing practices? I *Proceedings – Interpersonal Relationships in Nursing*, pp. 43-61
- Petersen, K. A., Beedholm, K., Engström, L., Gunvik-Grönbladh, I. & Larsen, L. (2006 b). (eds.): *Objektiveringer. En dansk -svensk-norsk antologi om vård, omvårdnad, sygepleje, omsorg og medicin. At tænke med human- og samfundsmedicin*. ESEP: Ethos in Society, Education and Practices, rapport nr 7, pp. 72-106. Pedagogiske institutionen, Uppsala Universitet, 163, 34 s.
- Petersen, K.A.(2010). Klinisk betyder empirisk I *Gjallerhorn Tidsskrift for professionsuddannelser* Nr.12. 2010. Enhed for Professionsforskning VIA UC, Risskov. www.viauc.dk/udvikling.
- Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer helsefagenes grunnlagsforståelse. I Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E., & Råheim, M. *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Kap. 4, s. 95-123. Oslo: Ad Notam, Gyldendal AS.
- Sortland, O. E & Petersen, K. A. (2014). Oppkomsten av vitenskapsteori og forskningsmetode i norsk sykepleierutdanning. *Klinisk Sygepleje*. 28 årgang. Nr.2. s. 45-58
- Sortvik, W. (2011). *Sjukepleiaren som akademisk aktør – kva er sjukepleievitenskap?* <https://bora.uib.no/handle/1956/5613?show=full> , lastet opp 13.10.2015
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Wilken, L. (2008): *Pierre Bourdieu*. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim