

12

Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med kritiske perspektiver?

Kristian Larsen ^{a)} (1. forfatter), *Truls I. Juritzen* ^{b)},
Ingrid Ruud Knutsen ^{c)} og *Marte Feiring* ^{d)}

What is critique in the health sciences, and why do we need critical perspectives?

In this final summary chapter, we explore some basic arguments for developing critical reflection and in this final summary chapter, we explore some basic arguments for developing critical reflection

-
- a) Institutt for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
 - b) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus/CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services), Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
 - c) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
 - d) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag Høgskolen i Oslo og Akershus

and evaluation in health education, client practices and research. We do not deal with «criticism» in the meaning of faultfinding; but rather with «critique» in the sense of abstract reflection, political commentary, or an in depth discussion of all topics within the health-area. Critique is an exploration into the foundations and limits of scientific and practical knowledge. Our ambition has been to disrupt and challenge attitudes that have been taken for granted, and instead look for what is different, unsettling and thought provoking. In order to manage this we need to embrace criticism at different levels, applying theoretical and historical perspectives on actual empirical issues. This anthology tries to show that critique is a necessary part of all work with health issues, in education, in client work and in scientific activities. For the authors of this book, critique means asking questions about what is taken for granted and what may be understood in a different manner. In all academic, educational and practical reasoning critique is regarded as a necessary tool.

Innledning

Kapitlene i denne antologien har på ulike måter belyst kritiske perspektiver i utdanning, yrkespraksis og forskning i helsefagene. Sentralt står et tekstlig materiale som ved å perspektivere helse i samfunnet, dets institusjoner, profesjoner og arbeid søker å utfordre og oppfordre til kritisk refleksjon. Et trekk ved kritikken er at den ikke har en spesifikk retning eller mål, som for eksempel å komme med direkte anvisninger om hvordan man skal forholde seg til helsespørsmål. Men hva er da kritikk? Og helse er vel ikke så problematisk? Vi vil snu om på dette og si: Det er god grunn til å ha tillit til helsefaglige praksiser og utviklingen av helsetjenester for

befolkningen i de nordiske velferdsstatene. Ikke minst fordi man har kjempet for å utforme rettigheter og plikter når det gjelder sykdom og helse, men også fordi noen iherdig har utarbeidet teorier og modeller om dette temaet, utviklet bygninger og teknologier for helsefaglige praksiser, samt etablert institusjoner, profesjoner, standarder og regler for dette. Dette er goder vi alle forbinder med velferdsstaten. Vi må ha kritikk som en nødvendig forutsetning for fortsatt utvikling av helsefaglig utdanning, yrkespraksis og forskning. I det følgende gir vi eksempler på hva en slik kritikk består av, og hvordan den uttrykker seg.

Kritikk er en sentral del av kunnskapsutviklingen

Forfatterne av denne antologien anvender ulike kritiske perspektiver på helsefaglige praksiser, noe som innebærer en rekke metateoretiske og teoretiske tilnærminger til empiriske områder. Helse som fenomen er et historisk, kulturelt og sosialt produkt som er skapt over tid og av mennesker. Kritikk er en analytisk tilnærming, som ikke primært er opptatt av moralske vurderinger av saksforhold, selv om det også kan være et element. Et sentralt moment ved kritikk, slik vi beskriver det her, er at vi anvender et historisk perspektiv på utviklingen av forståelser og tiltak når det gjelder sykdom og helse. Det gjelder samfunnsmessig i det store bildet, hvor det kan sies at samfunnet ifølge Nepper Larsen (2014, s. 7) er kritikk-trengende fordi et voksende og akselererende samfunn på flere måter driver rovdrift på naturen og tinglyggjør menneskelivet. Det er behov for at det stilles spørsmål om organisasjoners virksomhet og fremgangsmåter, og om de måter det produseres, måles og veies på i helsevesenet.

De helseprofesjonelle må også være kritiske og ettertenksomme når de skal handle i komplekse situasjoner, spunnet inn i nettverk av ofte motstridende kunnskapsformer, idealer og muligheter (Grimen, 2008; Schön, 1991). Pasienten vil én ting, de pårørende noe annet, evidens sier noe tredje, terapeutens erfaringer noe fjerde. Det kan for eksempel være når sykepleiere eller terapeuter skal opptre hensiktsmessig i en kompleks tidsbegrenset og fysisk lokalisert situasjon, overfor en pasient med mange diagnoser som ikke bare handler om kunnskap om sykdom, behandling og pleie, men også om etikk, menneskesyn, samt politiske og økonomiske forhold. Kritikkk er i denne sammenhengen altså ikke det å være kritisk i en hverdagslig og negativ betydning av ordet. I denne boken mener vi med kritikkk en undersøkende, nysgjerrig og spørrende tilnærming, som er en viktig drivende og innovativ faktor i sosiale, institusjonelle og individuelle forandringsprosesser. Samfunnet trenger kritikkk når ambisjonen er utvikling av helsefaglige utdanninger, yrkesutøvelse og forskning.

Kritikk som respekt på forskjellige analytiske nivåer

En dimensjon ved kritikkk innebærer at man kan holde forskjellige analytiske lag atskilt. Dette gjelder i prinsippet alle mennesker, men ikke minst dem som er utøvere i helsefagene. Her tenker vi særlig på viktigheten av å lære forskjellen mellom vitenskapelig kunnskap og praksiskunnskap, men det kan også dreie seg om evidenskunnskap, kunnskap om standarder, profesjonell kunnskap, erfaringskunnskap eller mere intuitive kunnskapsformer. Det ligger også i dette at man skal lære seg å ha respekt for kunnskapsformenes egenart, samt deres styrker og svakheter. Dette handler om vitenskapsteori eller kunnskap om ulike

former for viten, og dette er relevant på mange måter for helsefagene. Her vil vi nevne noen eksempler på analytiske nivåer. Når vi studerer noen trekk ved helsen, omformer forskningen den konkrete virkeligheten til en konstruksjon av denne virkeligheten. Vitenskapelig kunnskap utgjør en abstraksjon over enkelte trekk ved et fenomen, det vil si at teori er en måte å tenke om et område på og et grunnlag for å mestre området symbolsk (i tanken). Det kan være en sosiologisk teori, kulturteori, profesjonsteori, verdighetsteori, aldringsteori, smerteteori, fysiologisk teori osv. – men det stilles skarpt på ett eller noen få dimensjoner av virkeligheten, mens andre legges bort. En annen kunnskapsform er praksiskunnskapen, som er virksom når en pleier eller en terapeut er i samspill med en klient i konkrete samfunnsmessige, fysiske og institusjonelle sammenhenger. Her aktualiseres relasjoner mellom kroppar i alle sine dimensjoner. Det er en situasjon hvor mange kunnskapsformer kan være i spill, men det karakteristiske er at den er kroppslig, unik, irreversibel, og den gjøres i konkrete relasjoner mellom mennesker i bestemte kontekster. Denne kunnskapsformen har en pragmatisk karakter, hvor relasjonen og praksisen involverer en avveining av kunnskapsformer og verdier. Disse er bundet til forholdet mellom personene i tid og sted, samt i institusjonelle sammenhenger og i samfunnet. Vi kan kalle dette for en materialisert praksis, der relasjoner mellom for eksempel sykepleieren og pasienten involverer en rekke kunnskapsformer, krav og interesser mv. Men denne praksisen styres ikke, og den kan ikke styres direkte av deltakernes mentale og tankemessige konstruksjon (som for eksempel sykepleierens eller pasientens forestilling om hva som skal foregå og hvordan). Den materialiserte praksisen kan heller ikke styres direkte av en entydig vitenskapelig teori, manual eller modell (som for eksempel standardisering eller skriftlige manualer for pasientbehandling).

Dette betyr at man ikke direkte kan oversette mellom kroppslig utførte praksiser (materialiserte praksiser), nedskrevne praksiser (tekstlig-diskursive praksiser) og mentale praksiser (tankemessige praksiser). Man kan i denne forbindelsen heller ikke snakke om «sammenhenger mellom abstrakt teori og praksis» eller at det skal bygges bro mellom teori og praksis. Vitenskapelig teori i den betydningen vi her snakker om, utgjør tankeredsaker som kan anvendes til å tenke omkring deler av en empirisk virkelighet. Man kan ikke implementere en vitenskapelig teori i praksis. Men en teoretisk overveielse kan gi den profesjonelle helsearbeideren en ekstra innsikt til å forstå og forklare situasjoner som han/hun står i, og slik gi innspill til den materialiserte praksisen.

Det kritiske momentet er her at man har oppmerksomheten rettet mot hvilket lag av virkeligheten man er fokusert på. De tre lagene av kunnskap kan stimulere og motivere hverandre, eller de kan være hverandres motsetninger. Og det er fruktbart at man i det konkrete kliniske arbeidet eller i undervisningen innen helsefagene har en bevissthet om at det står noe annet og mer på spill i en konkret relasjon mellom en helseprofesjonell og en pasient enn det som helseutøveren og pasienten har tenkt på i utgangspunktet. Det kan være det som teorien kan si noe om, eller det som er beskrevet i verdigrunnet eller standarden for et pasientforløp.

Kritikk i et historisk perspektiv: Kunnskapsutvikling skjer i form av brudd

I en klinisk og utdanningsmessig hverdag opplever man ofte at kunnskap, og særlig vitenskapelig kunnskap eller evidens, har en særstatus, det vil si at den erfarer som opphøyet, urørlig og med nesten ontologisk status – som en absolutt viten.

Vi vil med dette avsnittet gi eksempler på at vitenskapelig og evidensbasert kunnskap er skapt i en sosial og historisk sammenheng, og at statusen som «sann» som regel er midlertidig. Dessuten beskrives det hvordan ny viten erobres gjennom brudd med etablerte sannheter.

Vi vil derfor reflektere over at samfunnet, dets institusjoner og profesjoner vokser frem og utvikler seg gjennom kritikk i betydningen av at man stiller spørsmål ved det som *er* – det bestående. Det betyr at vår kunnskap om samfunnet, institusjonene, profesjonene, kroppene, cellene og genene løpende har endret seg fordi vi har stilt spørsmål om hvordan sykdom og helse kan beskrives og forklares i forhold til ulike «nivåer». Vi vet altså mer om helse og sykdom, livsstil og levevilkår fordi mennesker og institusjoner har ansett det som viktig å sette spørsmålsteget ved grunnleggende antakelser i befolkningen, i klinikken og i vitenskapen. Det er derfor vi i dag vet mer om hva kroppen inneholder, om anatomi, om vev, celler, molekyler, genomer. Vi vet også mer om hvordan kroppen virker, om dens fysiologi og om hvordan blod- og nervebaner fungerer. Dessuten har vi større kunnskaper om hvordan sykdom og behandling virker – om sykdomslæren og om samspillet mellom bakterier og penicillin – enn man gjorde på Hippokrates tid. Dette kan man finne ut mer om ved å studere tidlige arbeider av George Canguilhem (1988, 1989) om sykdom og helse. Vi vil samtidig legge til at i denne tradisjonen, som også var sentral for Michel Foucault (1991, 2002) og Pierre Bourdieu (1977, 2006, 2010), utgjør vitenskapelig kunnskap en løpende dialog mellom tenkning og eksperiment, mellom å mestre saksforhold i tanken (teori) og i konkrete studier (empiri). I denne tradisjonen som Canguilhem og Gaston Bachelard har vært fedre til, tenkes vitenskap som et løpende vekselspill mellom teoretisk og empirisk arbeide. I forhold til oppdagelsen av

det «positive elektron» sa Bachelard (1976 [1940], s. 62) poetisk:

«Det var, som ofte er tilfellet, snakk om en tilfeldig syntese av den teoretiske og den eksperimentelle oppdagelse. Men allikevel var sengen rett og passet på mål til det nye fenomen, som skulle komme og strekke seg der. Der var en teoretisk forutsigelse, som avventet kjensgjerningen.» (egen oversettelse)

Her formidles også at forskning ikke utelukkende skal være abstraksjoner og tenkning over helsefenomener, og det skal heller ikke bare være måling og veiing av hvordan helsefenomener spontant fremtrer. Noe lignende er formulert på følgende måte av Bourdieu (1988, s. 774–775) med referanse til Kant: «Teori uten empiri er tom – empiri uten teori er blind.»

Det er viktig å forstå at når man ser tilbake på den vitenskapelige erkjennelsens historie (vitenskapshistorien), har forskerne hatt ulike utfordringer ved ikke å ha den nødvendige teknologien, for eksempel mikroskop for å kunne se bakterier, eller de har hatt sparsomme økonomiske ressurser for å kunne gjennomføre undersøkelser. Men en oversett og samtidig sentral utfordring har vært at det selvsagte har stått som hindring for å kunne se og forstå det nye. «Fremfor alt må vi erkjenne at de nye erfaringer benekter tidligere erfaringer; ellers har vi innlysende nok ikke å gjøre med nye erfaringer» Bachelard (1976 [1940], s. 34–35, egen oversettelse). Alle forskere vil sikkert gjerne knekke koden eller løse gåten med ny erkjennelse. Men vi har jo svært vanskelig for å tenke på tvers, på tross eller motsatt av hva man ellers vet om kroppen, sunnheten, helsen osv. Det vil si at det er vanskelig for forskere å godta «brudd» fordi, når alt og alle vet at for eksempel blodet blir dannet, pumpet rundt av hjertemuskelen og «brukt opp» – så er det nesten umulig å tenke at det kan sirkulere slik som William Harvey fant ut i 1628. Men vitenskapelig kunnskap, klinisk kunnskap og pasientopplevelser

bekreftet den hevdvunne teori (Larsen & Esmark, 2013, s. 6). Roy Porter (2003, s. 216) sier det slik: «Hva skulle det bli av alle de gamle regler om de rette steder for årelatning hvis blodet ikke strømmet rundt i legemet?»

I tråd med Bachelard (1940) kan vi si at sosialhistorisk sett opprettholdes gitte vitenskapelige sannheter eller epistemologiske hindringer, samtidig som de kontinuerlig må utfordres gjennom kritikk, for til slutt å forkastes eller å bli modifisert av den nye erkjennelsen. Et eksempel på et slikt brudd er miasmeforklaringer i medisinen. Den ble forkastet til fordel for den moderne biomedisin med støtte i den nye lære om bakteriologien. Dette synet på at vitenskapelig utvikling innen helsefagene favnes av Kuhns (1970) begrep om «paradigmatiske revolusjoner» og Bourdieus teori om diskurser mellom den rette og den nye lære (ortodoksi og heterodoksi). Disse begrepene peker på mer eller mindre ubeviste strukturer som ligger til grunn for vitenskapelig kunnskapsproduksjon i en bestemt tid og på et gitt sted. Kunnskapsregimer bryter sammen ved det Bachelard kaller brudd, og sett i bakspeilet skjer det mange brudd i erkjennelser som går på tvers av det forskerne visste eller forventet –snarere enn at de hadde det som intensjon eller forskningsstrategi. Man kan likevel ha en slags vitenskapelig mistenksomhet, som for eksempel gjør at man vil undersøke et fenomen som alle mener er viktig og udiskutabelt. Et eksempel på dette er kritiske refleksjoner over ulike former for brukervedvirkning i forskning, som er problematisert av Feiring, Heiaas og Solvang i kapittel 11. Ideologien om brukervedvirkning som et positivt fenomen gjør at dette i utgangspunktet ikke utgjør et forskningsobjekt, men gjennom teoretiske analyser kan disse forskerne vise ikke bare til enighet og konsensus, men også til de utfordringene som er knyttet til brukervedvirkning.

Overordnet sett trenger forskeren teoretiske perspektiver, forskningsstrategier og arbeidsantakelser. I tillegg kreves det en deduktiv, det vil si en testende tilnærming, hvor man undersøker om man har rett i sine antakelser og forventninger. Dessuten må forskeren og forskningen være søkende og eksplorativ og kunne gå på oppdagelsesferd i de «rare funn», «det upåaktede», eller det som går på tvers, og det som stritter imot. Avhengig av studieobjektet og dets beskaffenhet kan man si at forskningen må bevege seg mellom deduktive og induktive fremgangsmåter, noe man kan beskrive som en abduktiv tilnærming. Innen helsefaglige praksiser vil vi si at det rådende paradigmet fortsatt er det biomedisinske, men at kritiske pedagogiske, psykologiske og sosiologiske perspektiver i over hundre år kontinuerlig har utfordret denne posisjonen.

Det ligger for øvrig som en sentral innsikt at vitenskap til enhver tid vil være i et visst samspill med hva kunnskapen og samtiden kan akseptere. Det er på en måte vitenskapen som er subjektet, og her er tidsdimensjonen sentral. Det er en egen treghet og en tilfeldighet i utviklingen av erkjennelsen innen et område. Man kan så å si gjøre det riktige på det gale tidspunkt, eller man kan oppdage det riktige ved en feil eller ved en tilfeldighet i vitenskapens utvikling (Larsen, 2007). Gregor Mendel hadde rett da han på midten av 1800-tallet og fremover foretok arvelighetsstudier og utviklet arvelovene, men i samtiden var de innsiktene ikke-eksisterende i det vitenskapelige univers. Man kunne først være mendelianer mange år etter Mendels død; først da var man mottakelig for disse innsiktene, og først da ble de kjent og anerkjent. Mendels lover har siden forrige århundre påvirket medisinsk vitenskap, sosialhygienisk vitenskap, sosial vitenskap og den alminnelige forståelse av genetikken og miljøets betydning. Samtidig ledet denne kunnskapen til nye sosiale teknologier, for eksempel intelligenstester som

i eugenikkens tjeneste ble brukt til utvikling av problematiske kategoriseringer av verdig og uverdigg trengende basert på et standardisert tall utledet fra en normalfordelingskurve av befolkningen (Feiring, 2016). Forskerne var og er på en måte hele tiden i dialog med noe større enn dem selv, dels det vitenskapelige samfunn, som er den autoriserte konvensjonen (organisert som fagfellellevurderinger og bedømmelseskommisjoner mv.) og dels sivilsamfunnet, som innbefatter det samtiden til enhver tid kan akseptere og forstå.

Eksempel på kritiske perspektiver på fenomener i helsevesenet

Hvis vi ser på et konkret eksempel, er det tydelig at den offentlige helsesektoren i de nordiske land, har gjennomgått betydelige forandringer de siste 20–30 årene. Men hvordan kan man kritisk analysere dette, og hva vil det si å bryte med eller gå bak-enfor det umiddelbare? Det er mange synsvinkler og tilnærmelser som er mulige, og som en case kan man se på hvordan privatiseringstendenser eller nye styrings- og organisasjonsformer iverksettes, for eksempel fenomener som New Public Management (NPM). Det har sine effekter på godt og vondt, slik Brænd og Larsen (kapittel 7) i denne boken har vist. Sykepleieren kan for eksempel oppleve at de får særlig faglig stolthet knyttet til NPM, eller de kan oppleve at de nye styringsformer gir knapphet på tid til arbeidet med pasientene, men poenget er at legens, sykepleierens, prestens eller fysioterapeutens umiddelbare analyser av fenomenet ikke er tilstrekkelige.

Når vi prøver å analysere fenomenet på et annet abstraksjonsnivå, vil vi se noe som ikke umiddelbart erfares av de helseprofesjonelle. Analysen her er at staten abstraheres og betraktes som et byråkratisk felt, som er et oppsplittet rom av krefter som

kjemper om retten til å definere og fordele offentlige goder (Wacquant, 2014), Med Bourdieu (2010) kan man si at statens høyre hånd (finans, politi, rettsvesen, økonomi) i stadig større grad dominerer over statens venstre hånd (sosiale, pedagogiske og helsemessige område) med sine profesjoner og institusjoner. Når man ser slik på staten, kan man med Bourdieu (2010) si at helsesektoren, samt andre sektorer som utdanning eller vitenskap, har fått redusert sin autonomi på grunn av påvirkninger fra en økonomisk-byråkratisk logikk. Hvis vi for eksempel ser på fremherskende nye styreformer formidlet som ny offentlig styring (NPM) eller standardiseringer eller nye bestrebelser om privatiseringer, angår disse forhold ikke bare en ytre organisering av helsearbeidet, men også dets indre måte å virke på. Dette skyldes ikke minst at denne logikken virker som en indre mental struktur som både pasienter, helseprofesjoner og institusjoner har fått internalisert gjennom de dominerende begrepene klassifikasjoner og rasjonaliteter. Bestemte terminologier, med referanse til høyrehåndstaten, kan eksemplifiseres med begreper som benchmark, cost-benefit analyse, effektmåling, standardisering og evidensbasering. I to kapitler i denne boken diskuteres evidensbasertkunnskap i utdanning og i forskningen. Egede-Nissen og Knutsen (kapittel 2) skriver om kravene knyttet evidensbaserte praksiser og sjekklisters innflytelse på studentens bacheloroppgaver i sykepleierutdanningen, mens Brottveit og Femdal (kapittel 10) problematiserer hvordan det økende kravet om evidens kan forenes med helse- og sosialfagernes kunnskapsbehov.

Det betyr at det skjer en stor og omfattende transformasjon innen helsevesenet, og den kan bare forstås som en del av noen bredere og samtidige større forandringsprosesser som involverer dels nye organisasjonsformer, nye kunnskapsregimer (krav om evidens fremfor erfaring), nye standardiseringsregimer

(krav om standarder knyttet til intervensjoner), samt sikkert også nye former for individualiseringsprosesser og utvikling av nye sosiale teknologier. Disse faktorene bidrar med en grunnleggende omkalfatring av relasjoner mellom samfunn og institusjoner, mellom ledelse, klinikere og klienter, samt forskyvninger innenfor faggruppene og pasientgruppene. Det nye styringsregimet (endringer av organisasjonsform, kunnskapsform og standardisering mv.) bidrar til nye identitetsmuligheter for aktører i feltet, nye og endrede krav profesjonelle, pasienter og pårørende, nye etiske utfordringer og endringer av prioriteringer av praksisområder.

Å være kritisk og undersøkende – uten å foreslå løsninger

I det foregående avsnittet viste vi et eksempel på Bourdieus (2010) og Wacquants analyser av staten anvendt på helsesektoren. I det følgende vil vi løfte frem andre sentrale innsikter omkring de kritiske perspektivenes muligheter og utfordringer. Foucault argumenterte for at man må kunne reise en kritikk uten samtidig å være forpliktet til å finne løsninger eller svar på det som er kritisert. Hans forpliktelse var rettet mot å skape uro, stille spørsmålene der hvor spørsmål var blitt overflødige, hvor det var selvvinnlysende hva (de rette) svarene var, eller der hvor tanker og praksiser løp lett, ubesværet, selvfølgelig og friksjonsfritt (Foucault, 2002). Foucaults kritiske blikk er rettet seg mot å «avsløre» det selvfølgelig, det som vi ikke ser eller oppdager fordi vi ikke tenker at ting kan være annerledes enn de er (Foucault, 1985). Med Foucaults forståelse av makt og kunnskap som noe sammenvevet vil det være et vedvarende behov for kritiske undersøkelser av stadig nye «sannheter». Kritikk er i dette perspektivet ikke noe som erstatter en sannhet med en annen,

men en innstilling og en modus av vedvarende kritisk arbeid som er uløselig knyttet til all akademisk virksomhet.

Potensialet i Foucaults teorier, som muliggjør en kritisk utfordring av kunnskapssposisjoner og nyervervede «sannheter», tas i bruk når Juritzen (kapittel 5) i denne boken undersøker det som fremstår som demokratiserende dialogprosesser i NAVs sykefraværsoppfølging, og helsefremmende idealer ved behandling av sykelig overvekt i Knutsens kapittel (4) og i Hindhedes bidrag om forebyggingsstrategier (kapittel 10). Dette er perspektiver som åpner for å «uroe» også velmenende og antatt myndiggjørende praksiser.

Norman Fairclough (2003) bygger videre på Foucaults perspektiver om sammenhengen mellom kunnskap og makt i samfunnet. Han anser at diskursen står i et dialektisk forhold til andre aspekter ved sosiale forhold. Fairclough forklarer at kritikk bringer et normativt element inn i analysen, og kritikken fokuserer på på hvordan ting er, hvordan det kunne være og hvordan det burde være, basert på et sett av verdier. Slik sett understreker kritikken gapet mellom hvordan forhold i samfunnet beskrives (som for eksempel «demokratisk» eller «rettferdig»), og hvordan det faktisk er. Undersøkelser av prosessuelle forandringer er sentralt hos Fairclough (1995, 2003), og hvordan man trekker videre på etablert språkbruk i nye prosesser. Det er særlig effekten av makt- eller dominansforhold ideologisk skapt i sosiale og kulturelle strukturer som er viet stor interesse i Faircloughs analyser.

Gytz Olesen og Feirings bidrag (kapittel 8) i denne boken er et eksempel på en diskursanalytisk studie av helseprofesjonelles tidsskrifter. De identifiserer både en normaliseringsdiskurs og en integreringsdiskurs over en tidsperiode fra 1960 og frem til i dag. Egede-Nissen og Knutsen (kapittel 2) analyserer på sin side diskursive strømninger i sykepleierutdanningen

gjennom bruk av Faircloughs tekstkritiske tilnærming av bacheloroppgaver.

Det kan i noen sammenhenger virke negativt og ufruktbart å stille seg kritisk, men vi søker i denne antologien å beskrive det fremadrettede, dynamiske og fruktbare ved kritikk. Kritikk har et annet innhold og andre implikasjoner dersom det er relatert til helsefaglige utdanninger, yrkespraksis og forskning, men poenget med en spørrende og undersøkende tilnærming er den samme: Det bidrar til den pågjeldende praksis at man vet «hvordan», men også at noen spør «hvorfor», «hvordan kan det være» eller «kan det gjøres eller tenkes på andre måter».

Kritikk er en løpende prosess i helsevitenskap

Kritikk reises ikke én gang for alle, fordi enhver kunnskap uansett om den er allmenn, profesjonell eller vitenskapelig, har karakter av midlertidighet. Den er riktig i en viss periode og i forhold til noen gitte premisser. Det vil si at hva vi visste med sikkerhet på et tidspunkt i historien, kan stå for fall. Det kan vise seg å være unøyaktig, galt eller kanskje noe helt annet enn det man ellers har kunnskap om. En helseprofesjonell skal ikke ha arbeidet lenge i helsevesenet for å oppdage, at det som var «sant» og en universell basiskunnskap på et tidspunkt, kanskje er avleggs bare noen få år eller måneder senere. Tenk bare på hvordan magesår har skiftet fra å handle om stress, psyke og kirurgi til å være et produkt av en bakterieinfeksjon. Ingen med litt historie og erfaring på dette feltet tør helt tro på at denne bakteriekonstruksjonen som forklaring er den siste, universelle og gyldige for all tid! Og samtidig må klinisk praksis fungere og være virksom ved at noe gjøres til en vesentlig og avgjørende forklaring. Her lyder svaret til

pasienten slik: «Den typen magesår skyldes en bakterie, og den behandles deretter.»

Slik ligger det også et krav om at vi ved å være studenter, pasienter, klinikere, undervisere eller forskere må akseptere at mye viten er sosiale og historiske produkter som kan opptre som substansielle og universelle sannheter. Men vi skal samtidig være i stand til å forstå at «det kan være annerledes». Dyktige helseprofesjonelle skal kunne utøve en form for tvisyn som beveger seg mellom absolutte sannheter (slik er det med kroppens anatomi, fysiologi og sykdommer) og samtidig leve med en reservasjon som sier «så vidt vi vet, inntil videre». Dette er sagt med respekt for at helsearbeid innebærer verdikonflikter, et sett av kompleksiteter, handlingstvang mv. (Schön, 1983), og som sådan avkrettes en annen type refleksjon enn den vi tillegger den vitenskapelige refleksjon. Kritik for de helseprofesjonelle involverer således både en respekt for og tro på hevdvunnen kunnskap, for eksempel slik den kommer til uttrykk i vitenskapelig kunnskap, evidenskunnskap, profesjonskunnskap eller pasientenes erfaringer, men samtidig er det hensiktsmessig at de også har en slags metabevissthet og refleksivitet som også ytrer seg som en spørrende, nysgjerrig og søkende holdning. Kanskje må vi i større grad skolere fremtidens helsearbeidere, ikke til å søke skråsikkerhet som de formidler gjennom modeller, standarder eller evidenser, men heller å tolerere og dyrke tvilen som følger av kritisk refleksjon og faren for at man ikke får klare svar. Vi bør heller *kvalifisere* til å utvikle evnen til å handle under usikkerhet og tvil heller enn å *disiplinere* til å følge manualer, standarder og retningslinjer.

I forhold til det enkelte menneske, som administrator, helseprofesjonell, student eller pasient, dreier det seg mer og mer om et normativt imperativ, som tilsier at det moderne mennesket er, og skal være, kritisk og refleksivt når man skal stille spørsmål til seg selv og til tingene i sine omgivelser. Dette er vel å merke

innenfor noen ganske bestemte sosiale betingelser og konvensjoner. Det er ikke alt som det kan eller skal stilles spørsmål ved. Noen maktrelasjoner er blant annet virksomme ved at vi har lært oss at man ikke stiller spørsmål om slike forhold. For eksempel vet enhver helsefaglig student at det forventes i klinikken og på skolen at man bare skal spørre, og at man lærer gjennom å være spørrende og undersøkende. Samtidig tilegner studentene seg raskt en forståelse av hvor grensene går for når noe er passende å spørre om (hvor det også er et svar), mens andre temaer er devaluerende og ufint å spørre om (for eksempel når det berører særlige maktrelasjoner, eller hvor det ikke er noe svar).

Kritiske institusjoner og portvakter i forhold til sannhet

Hvis vi ser ut over det individuelle nivå, er det mange institusjoner i samfunnet som forventes å ha et kritisk potensial og fungere som portvakter i forhold til «sannhet» og konvensjoner i politikk, journalistikk, litteratur og helse mv. Helt overordnet på helseområdet har vi institusjoner som er satt til å vurdere hva som kan ansees som en sykdom, og hva som ikke er det, se for eksempel på de løpende WHO-oppdateringer av *International Classification of Diseases (ICD)*; *Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* eller *Classification of Health Interventions (ICHI)*.³³ Noe som en gang var en sykdom i ICD, er det ikke lenger, mens andre er kommet inn som nye og medisinsk-sosialt akseptable sykdommer. Et eksempel på nye sykdommer er alkoholisme (fra 1970-årene), et annet er sykkelig overvekt (etter år 2010). Innenfor psykiatrifeltet utvikles stadig nye diagnostiske manualer, og fra USA kommer DSM-5

33 <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

(*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) som altså er den femte utgaven av dette klassifikasjonssystemet. Ekeland (2017) minner oss om at den første utgaven, som kom i 1952, opererte med 145 diagnoser, mens den kommende versjon fem vil ha om lag 355. Vi kan spørre oss om vi er blitt så mye sykere at stadig flere av menneskelivets utfordringer og lidelser bør inkluderes i det som kvalifiserer for helsevesenets oppmerksomhet og behandlingsbestrebelse. ICF er et nyere klassifikasjonssystem av funksjon og helse som vokste frem som en kritikk av en ensidig fokusering på medisinsk diagnose. Det skal samtidig skape et globalt enhetlig grunnlag og språk for å bedømme helse og helserelevante forhold både i klientarbeid, undervisning og vitenskapelige undersøkelser. Mange forskere vil med støtte i sosiokulturelle perspektiv stille seg skeptisk til slike globale consensus-systemer (Hammell, 2006).

På denne måten er kritiske tilnærminger ikke reservert til vitenskapene generelt og samfunnsvitenskapen spesielt. Tvert imot kan man kanskje si at samfunnsvitenskapen er blitt stadig mer defensiv når det gjelder å bidra med kritiske innsikter. Det kan skyldes at for eksempel sosiologien har vanskelig for å komme til orde i en kritisk offentlighet; at den på en måte har stukket av og for lengst har mistet sitt monopol på kritikk. Ingen tror lenger på at vitenskapen har en privilegert posisjon (Beck, 1992), eller som La Cour (2014, s. 4) foreslår: at sosiologien selv har begynt å bli usikker på hva som skiller vitenskapelig kritikk fra annen kritikk. På en mer idealistisk måte sier Giddens (1990, 1991) for eksempel at moderniteten nødvendiggjør både selvrefleksivitet og institusjonell refleksivitet fordi individer og institusjoner er innvevet i globale relasjoner, hvor tid og sted er under oppløsning på stadig nye måter. Kunnskap om helse og nye behandlingsformer, eller utbrudd av fugleinfluensa eller parvovirus (B 19) i et land kommuniseres raskt via moderne kommunikasjonsteknologi, og

det får umiddelbart implikasjoner i en rekke nasjonale og institusjonelle sammenhenger over hele verden. I det perspektivet som Giddens legger frem, er vi i dagens moderne samfunn ikke lenger underlagt tradisjonelle vaner og skikker. Han betrakter identitet som en løpende og foranderlig prosess, og individer og institusjoner må konstant revidere sine selvfortellinger og biografier.

På et mer praksisrelatert nivå har vi styrer, råd og utvalg, som de danske Sundhedstyrelsene eller det norske Kunnskapscenteret for helsetjenesten (som nå er del av Folkehelseinstituttet) som er satt til å overvåke hva som kan oppfattes som «sann» eller «falsk» kunnskap på helseområdet. Dette handler også om hvem som besitter legitim eller gyldig kunnskap som en forutsetning for å kunne bli tildelt eller fratatt statlig autorisasjon på helseområdet, eller vurderinger om hvor og når det skal iverksettes landsdekkende vaksinasjonsprogrammer. Noen individer og institusjoner er på denne måten satt til og har som profesjonelt metier å bedømme hvorvidt tingene er som de forventes å være, herunder å sanksjonere i forhold til dette.

Den kritiske forskerens viktigste grep

Hensikten med kritikk slik vi forstår det i denne antologien, er å problematisere og bringe til torgs nye perspektiver på de hverdagspraksiser vi har tatt for gitt, eller «to make harder those acts which are now too easy» (Foucault, 2002, s. 456). Tilsvarende er det viktigste analytiske grep som vi kan lære av Bourdieu og Foucault med flere, at man må bryte med den spontane og umiddelbare måten å tenke om det sosiale på. Den umiddelbare analysen sier for eksempel at dårlig livsstil skyldes «feil» valg, som skyldes mangelfull oppdragelse hos moralsk svake eller lavt utdannede sosiale grupper, og den fortrenger at det er noen som definerer hva som er dårlig livsstil, valg osv. – og at helse snarere kan henføres til vilkår

enn til valg (Larsen og Hansen, 2014). Det betyr at når vi går vitenskapelig til verks og prøver å beskrive og forklare menneskers praksis – så er det ikke tilstrekkelig bare å fortolke det umiddelbart erfarte. Som for eksempel når en konsulentvirksomhet skal analysere hvilke behov samfunnet har for helsekompetanse hos velferdsprofesjonene om 20 år, og da ikke vektlegger at sykepleiere, fysioterapeuter, biokjemikere og ergoterapeuter vil bli mer «vitenskapelige», kritiske og proaktive, eller fremmer vitenskapsteori, helsevitenskap og pedagogikk som sentrale kunnskapskilder (*New Insight*).³⁴ Det vil, som tilfellet er i Danmark, prioritere generiske kompetanser som det å kunne «kommunisere situasjonsbestemt tilpasset den enkelte borger eller pasientens behov, forutsetninger og ressurser», og kunne «agere profesjonelt på tvers av organisatoriske, strukturelle og faglige siloer i helsesystemet og i spesialiserte og tverrfaglige team», og kunne «oppnå en profesjonell helhetsforståelse av den enkelte pasients sykdomssammenheng og helseutfordringer», samt fokusere på evidensbaserte verktøy eller teknologistøttet veiledning mv. (*New Insight*, s. 11–13, egen oversettelse). Se mer om dette temaet i kapittel 1, skrevet av Larsen og Højbjerg, i denne antologien.

I samfunnsdebatten fremstår ofte forskning innenfor helse og medisin som en høyteknologisk naturvitenskap som frembringer revolusjonerende resultater. Det blir da innlysende i politikken og i befolkningens oppfattelse at helsevitenskap skal utvikles gjennom legers og biologers forskning på genomer, celler og proteiner. Et annet eksempel på hverdagslige måter å tenke på er at når man i Norge mangler leger, betegnes det som «hoder», mens når de etterspør sykepleiere, kalles det «hender». Leger er noen som tenker, mens sykepleiere er noen som bruker hendene.

34 <http://www.ft.dk/samling/20141/almindel/fiv/bilag/61/1426084.pdf> (lest november 2016)

Studier viser at begge grupper bruker og integrerer hode og hender i det faglige arbeidet. Men mediernes konstruksjon vitner om en sterk, naturlig og ofte ubemerket og subtil organisering av dikotomier, som lege/sykepleier, høyere utdanning/kortere utdanning, evidens/erfaring, tenke/handle samt hode/hender.

Det å bryte med hverdagsforestillinger, som også er virkelige i politikken, er sentralt i kritisk forskning. Man prøver å avnaturalisere våre faste måter å tenke og forstå tingene på. Poenget er at det som virker naturlig og selvinnslysende, er kulturelt betinget og dermed også et sosialt og historisk produkt. Maktbegreper eller begreper om dominansrelasjoner er viktige her. For man kan si at makten til å definere hva som er kunnskap, hvem som skal utvikle og anvende kunnskap, er historiske og sosiale produkter. Sagt med andre ord: Det er mennesker som over tid og i strid med hverandre har bygget velferdsstaten med dets goder (helserettigheter og plikter, adgang til helseytelser, helseprofesjoner, institusjoner og forskningsinstitusjoner), men det er ofte tilfeldig hvem som erobrer retten til å definere og utvikle nye institusjonelle løsninger. Med tilfeldig menes det her at det hersker en form for vilkårlighet, og at det kunne ha blitt annerledes under andre betingelser, men at dagens maktfordeling nettopp er et produkt av en lang historisk sosial prosess. Man kan heller ikke forstå ulikhet i helse, ulikhet i lønnsforhold, pasienters ulike ressurser eller arbeid på helseområdet uten å gå bakenfor faste mønstre og forståelser. Det er dette vi mener med å bryte med hverdagslige måter å tenke på.

Avslutning

Antologiens forfattere representerer et bredt spekter av perspektiver og teorier, og de omfatter bidrag fra filosofi og pedagogikk formulert av Dewey, Mead og Bakhtin; perspektiver fra

vitenskapsteoretikere/historikere som Bachelard, Canguilhem og Kuhn og sosiologiske tekster ført i pennen av Bourdieu, Foucault, Giddens, Latour og Nowotny. Felles for bokens forfattere er at de representerer teoretiske bidrag med et kritisk potensial. Her oppsummeres noen punkter om hvorfor vi mener at kritikk og kritiske perspektiver er så viktige for helsefagene:

- Kritikk er en nødvendig forutsetning for utvikling av helseforskning, helseutdanning og helsearbeid;
- kritikk er en sentral del av kunnskapsutviklingen og både samfunn, institusjoner og profesjoner er kritikktrangende;
- kritikk er ikke å være kritisk i hverdagslig mening, det er snarere en undersøkende og spørrende tilnærming som er drivende i sosiale, institusjonelle og individuelle forandringsprosesser;
- kritikk involverer respekt for og ønske om å kunne holde forskjellige analytiske nivåer fra hverandre;
- kritikk har relevans for alle parter i helsevesenet, for eksempel pasienter, profesjoner og ledelser, men også for institusjoner og samfunn;
- historisk utvikling av at vitenskap har skjedd gjennom brudd og en kritisk tilnærming til enhver konsensus og etablerte sannheter;
- kritiske tilnærminger innebærer ikke nødvendigvis å kunne foreslå løsninger – en del av løsningen er også å vise sammenhenger og kompleksitet;
- kritisk erkjennelse sanksjoneres av institusjoner og legitimeres for en tid – og står også for fall når nye innsikter vinner frem.
- kritikk innebærer at man ønsker utvikling, at man vet at vitenskap, utdanning og klinisk arbeid utvikles gjennom kritikk.

Vi betrakter altså slike perspektiver som redskaper i en helsevitenskapelig verktøykasse som brukes for å belyse, analysere,

utfordre og dermed bidra til utvikling av samfunnets politiske og helsefaglige praksiser.

I denne antologien har vi gjort rede for noen sentrale poenger som grunnlag for dels å verne om og dels å pleie kritikken som del av utviklingen av helseutdanning, yrkespraksis og forskning. Kritikkk er også å stille seg utenfor og mene at man bidrar til utvikling gjennom å stille spørsmål: «Kan det også tenkes på denne måten?» «Kan vi zoome inn eller ut på en annen måte?» «Finnes det andre og utfordrende beskrivelser og forklaringer?» Kritikkk er ikke en lammende refleksjon, men en helsefaglig praksis ledsaget av en sunn spørrende ettertenksomhet med bakgrunn i forskjellige kunnskapsformer, fra vitenskap og erfaringer til standarder, tommelfingerregler og intuitive tilnærminger.

Gjennom 12 ulike kapitler har vi valgt å vise en rekke eksempler på at kritikkk er et nødvendig og uomgjengelig krav i utviklingen av helsefaglige praksiser. Kritikkk er dessuten alltid rettet mot å utfordre enhver konsensus på de respektive områder, kritikkk er spørrende, søkende og undrende på samme måte som når man snakker om begrepet *re-search* dvs. å gjen-kikke, eller å re-flektere re-sonnere og re-undersøke på et gitt område. Samfunnet trenger kritikkk på alle nivåer. Med denne antologien ønsker vi å oppfordre til en kritisk, grunnleggende og drøftende tilnærming til det som står sentralt i utdanning, klientarbeid og vitenskap. Vi håper at de presenterte tekstene i denne boken bidrar til utvikling av helsefagene som en del av et samfunn som tilskynder og hyller vitenskap, erkjennelse og praktisk helsearbeid.

Referanser

- Bachelard, G. (1976 [1940]). *Nejets filosofi*. København: Vinten.
 Beck, U. (1992). *Risk Society - Towards a New Modernity*. London: Sage.

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1988). Vive la crise! For heterodoxy in social science. *Theory and Society*, 17(5), s 773–787. <http://links.jstor.org/sici?sici=0304-2421%28198809%2917%3A5%3C773%3AVLCFHI%3E2.0.CO%3B2-6>
- Bourdieu, P. (2006). *Reproduktionen. Bidrag til en teori om undervisningssystemet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2010). Modstridende interesser i staten. *Praktiske Grunde* (1–2), s. 121–134. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2010-bourdieu.pdf>
- Canguilhem, G. (1988). *Ideology and rationality in the history of the life sciences (Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie)*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Canguilhem, G. (1989). *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books.
- Ekeland, T.-J. (2017). Psykiatridiagnosar - til pasientens beste? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(01), s. 43–53. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-05>
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis papers in the critical study of language*. London: Longman.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Feiring, M. (2016). Science of Selection: Social Technologies in the Norwegian Educational and Vocational Fields 1910–1940: Science of Selection. *Journal of Historical Sociology*, 29(3). <https://doi.org/10.1111/johs.12131>
- Foucault, M. (1985). *The History of Sexuality* (R. Hurley, Overs., 1990. utg.). New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1991). *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2002). *Power. Essential works of Foucault 1954–1984* (Bind 3). London: Penguin books.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions (International Encyclopedia of Unified Science)*. Chicago: University of Chicago Press.
- La Cour, A. (2014). Leder - Kritik. *Social Kritikk. Tidsskrift for social analyse & debat*, (26)140, s. 4–5.
- Larsen, K. (2007). Videnskab mellem kontinuitet og brud - hvad siger den historiske epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den. *Praktiske Grunde* (2), s. 5–19. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde2-2007-larsen.pdf>
- Larsen, K. & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: Norske og danske studier. *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfunnsvidenskab*, s. 5–13.
- Nepper Larsen, S. (2014). Kritik – et essay. *Social Kritikk. Tidsskrift for social analyse & debat*, 140(december).
- Porter, R. (2003). *Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante & Co.
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury.
- Wacquant, L. (2014). Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra. *Praktiske Grunde* (1–2), s. 103–110. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2014-wacquant-foucault.pdf>

Øvrige referanser

- <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Lest april 2017.
- <http://www.ft.dk/samling/20141/almdel/fiv/bilag/61/1426084.pdf>. Lest april 2017.