

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

de muligheder og betingelser, som for øjeblikket gør sig gældende. Ad den vej kan de unge få forståelse for de problemer, de helt åbenbart bokser med. Det er denne nytilegnede forståelse, der må være udgangspunktet for udvikling i handlekompetence.

Herhjemme er kun sparsom viden fra kvalitativ forskning, hvor unges rygning og sundhedsopfattelser sættes i direkte forbindelse med deres hverdagsliv. *Jensen* [1] viste, at rygningen var nært knyttet til konkrete handlesammenhænge og havde særlige betydninger her. *Tulinius* [4] viste, at rygning blandt voksne i børnefamilier var mere end bare en vane. Rygning havde indre værdi og knyttedes til mange ofte modsatte følelser. Efterskoleundersøgelsen er et bidrag. Man skal naturligvis være varsom med at generalisere ud fra et så lille materiale, og interview med andre unge ville have tegnet anderledes fortællinger med dertil knyttede problemstillinger. Sundhedsforskning må netop anerkende og inkludere disse variationer. Ved at bringe denne efterskoleundersøgelses resultater ind i nye ungdomssammenhænge kan gyldigheden afprøves. Eksempelvis understøttes denne undersøgelse af et opfølgende arbejde med en senere årgang på samme efterskole [16]. Her fandtes en ny – men alligevel parallel – variation af, hvordan skolen betinger et fællesskab, som beforder rygning. Det er en opmærksomhed på disse konkrete, men tilmed ofte almene betydninger, der må være udgangspunktet for sundhedsindsatsen generelt.

Korrespondance: *Liselotte Ingholt*, Malmlosevej 89, DK-2830 Virum.
E-mail: liselotte.ingholt@psy.ku.dk

Antaget: 5. november 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Jensen TB. Fra viden til handlingsændring – en undersøgelse af unge, tobak og sundhedsoplysning [ph.d.-afhandling]. København: Institut for Psykologi, Københavns Universitet, 2000.
- Jensen B, Jensen BB. Adolescents' views on health, inequality in health and action for health. Copenhagen: The Ministry of the Interior and Health, 2002.
- Jensen B. Sundhed og sårbarhed – store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
- Tulinius C. Vi bliver ved med at ryge – hvorfor? Om rygningens mange betydninger i hverdagslivet – belyst især ved deltagerobservation og interview i danske børnefamilier [ph.d.-afhandling]. Månedsskr Prakt Lægegern 2000.
- Holz kamp K. Daglig livsførelse som subjektivtvidenskabeligt grundkoncept. Nordiske Udkast 1998;2:3-31.
- Dreier O. Psykosocial behandling – En teori om et praksisområde. København: Dansk psykologisk Forlag, 1993.
- Mørck LL. Practice Research and Learning Resources. Outlines 2000;2:61-84.
- Højholt C. Skolelivets Socialpsykologi. I: Højholt C & Witt G. Skolelivets Socialpsykologi. Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver. København: Unge Pædagoger, 1996:39-80.
- Jensen UJ. Humanistisk sundhedsforskning. I: Jensen UJ, Qvesel J, Andersen PF. Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Århus: Forlaget Philosophia, 1996:9-23.
- Otto L. Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 1998.
- Nissen M. Forebyggelse, oplysning, misbrug – og det levende gode. Nordiske Udkast 2000;28:61-85.
- Jensen UJ. Sundhed, liv og filosofi. I: Jensen UJ, Andersen PF. Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 2000:9-41.
- Forchhammer H, Nissen M. Psykologiske sundhedsbegreber i et subjektivtvidenskabeligt perspektiv. I: Jensen UJ, Andersen PF. Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 2000:139-79.
- Jensen BB. Udvikling af handlekompetence. I: Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. Sundhed på vippen. København: Hans Reitzels Forlag 2001:159-79.
- Dreier O. Sundhedsbegreber i psykosocial praksis. I: Jensen UJ, Andersen PF. Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 2000:181-208.
- Ingholt L. Vaner i udvikling – udvikling i fællesskab og udvikling i begreber. Nordiske Udkast 2004;1:45-60.

Aksjonsforskning på egen praksis

Metodologiske utfordringer – sekundærpublikation

Kommunelege Per S. Stensland

Universitetet i Bergen, Seksjon for allmennmedisin

Resume

Er det mulig å forske på seg selv? Som allmennpraktiker ønsket jeg å undersøke effekten av å innføre helsedagbok som kommunikasjons hjelpemiddel i min egen praksis i et aksjonsforskningsdesign. Helsedagbokstudien ble gjennomført som en kvalitativ undersøkelse i egen praksis. I denne artikkelen bruker jeg helsedagbokstudien som eksempel for å diskutere metodologiske utfordringer jeg møtte da jeg skulle overføre erfaringer fra praksis til kvalitativ forskning – forske på en interaksjon der jeg både var deltaker (lege) og observatør (forsker). Jeg startet med å identifisere

metodeutfordringer som kunne belyse forskningsprosessen. Materialet ble analysert med kvalitativ metode. Analyse av erfaringene fra forskningsprosessen ga fire kategorier systematisk etablering av perspektivskifter – metaposisjoner. Metaposisjonene ga mulighet for å gi nye beskrivelser av og resonnering over forskningsprosessen. Etableringen av metaposisjoner er illustrert ved vendepunkthistorier. Aksjonsforskning på egen praksis var både gjennomførbart og klinisk relevant. Artikkelen argumenterer for at vitenskapelig standard ikke brytes ned av reflektert subjektivitet. Forskning i form av perspektivbundne reflekterende samtaler viste seg å kunne åpne for klargjørende resonnering. Samtidig er dette utgangspunktet for forskning vitenskapsteoretisk utfordrende.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

Aksjonsforskning er studiet av sosiale prosesser som utsettes for forandring [1-4]. Forskningsdesignet blir brukt på områder der forskerne arbeider sammen med de undersøkte mer enn de gjør studier på dem. Aksjonsforskning spenner fra systematisk refleksjon over praksis til deltakende aksjonsforskning, der undersøkeren og de undersøkte samarbeider i alle deler av forskningsprosessen [1-6]. Fokus på prosess fram mot resultat kan forklare at kvalitative metoder ofte er benyttet i dette feltet [6].

Som allmennpraktiker ønsket jeg å undersøke effekten av å innføre helsedagbok som kommunikasjonshjelpemiddel i min egen praksis i et aksjonsforskningsdesign [7-9].

Men er det mulig å forske på seg selv? I denne artikkelen bruker jeg helsedagbokstudien som eksempel for å diskutere metodologiske utfordringer jeg møtte da jeg skulle overføre erfaringer fra egen praksis til kvalitativ forskning – forske på en interaksjon der jeg både var deltaker (lege) og observatør (forsker).

Materiale og metoder

Helsedagbokstudien

Studien kom i gang som respons på min egen frustrasjon over vanskelige møter med pasienter med fastlåste kroppslige plager der jeg ikke gjorde kliniske funn. Jeg oppfattet de vanskelige konsultasjonene som fastlåste samtaler og studien tok sikte på å endre disse samtaler. Prosjektet baserte seg på mine tidligere erfaringer og på en klargjøring av mine personlige forutsetninger, for forståelse og mitt valg av teoretisk ståsted. Kvalitativ prosessevaluering ble valgt for å organisere og analysere materialet (utskrifter, helsedagbøker, feltnotater) med sikte på å identifisere kommunikasjonsmønstre som fulgte bruken av helsedagbokmetoden [10]. Pasienter ble invitert til evalueringsmøter med legeforskeren (meg selv) og en klinisk veileder. Disse møtene ga informasjon til å triangulere evalueringen [10, 11]. Erfaringene med bruk av helsedagboka i klinisk praksis førte til en modifisert metodebeskrivelse og en beskrivelse av klinisk nyttepotensiale [9, 12].

Studiet av forskning på egen praksis

Jeg så helsedagbokprosjektet som produkt av sosial interaksjon der deltakerne i fellesskap utviklet kunnskap. Ut fra dette relasjonelle utgangspunktet, startet jeg å identifisere metodeutfordringer som kunne belyse forskningsprosessen [2, 11]. Materialet ble analysert med en modifisert fenomenologisk metode [9, 13]. Ut fra kvalitativ analyse kunne jeg beskrive erfaringene fra forskningsprosessen som systematiske perspektivskifter i samhandling – som etablering av metaposisjoner.

Notater fra egensamtaler, introspeksjon, ga ett perspektiv. Dokumenterte nedtegnelser fra pasienters og veilederes utsagn ga alternative perspektiv på prosessen fra andre posisjoner. For validering av resultatene ble de brukt som et rammeverk ved gjennomgang av hele materialet med sikte på å se hvordan kategoriene fanget opp utfordringene i forskningsprosessen.

I følge den norske filosofen *Hans Skjerveheim*, kan en forsker bare få tilgang til sosiale fenomen ved å forstå seg selv som en deltakende observatør, ved å la den andre stå fram som en meningssøkende og handlende person [14]. En utfordring i kvalitativ forskning er å unngå en objektivisering av den andre som underminerer studiens intersubjektive aspekter. Å etablere metaposisjoner representerer en søken etter en refleksiv balanse mellom nærhet og distanse. Denne artikkelen handler om utfordringene ved å befinne seg i dette skjæringsfeltet.

Resultater

Analyse av erfaringene fra forskningsprosessen ga fire kategorier systematisk etablering av perspektivskifter – metaposisjoner. Metaposisjonene ga mulighet for å gi nye beskrivelser av og resonnement over forskningsprosessen. Etableringen av metaposisjoner kunne illustreres ved vendepunkthistorier.

Dialogene med meg selv og forforståelsen av den andre

Min egen forforståelse av pasienten kom i søkelyset, hvordan jeg oppfattet at han egentlig var. Det handlet om å tydeliggjøre hvordan jeg snakket med meg selv om andre og å klargjøre min egen indre samtale om den jeg samtalte med.

Vendepunkthistorien viste hvordan jeg i en pasientsamtale var konsentrert om det jeg mente var pasientens manglende sosiale kontakt, mens pasienten prøvde å fortelle om hvordan han la opp sitt sosiale liv i forhold til hvilken kontakt han kunne klare. Han opplevde plagene sine som en kroppslig usikkerhet som gradvis ga etter for en følelse av mening i livet.

Som pasientens lege fikk jeg ideen at jeg selv trengte hjelp til å klarlegge min tidligere indre samtale slik at jeg friere kunne søke etter en måte å forstå pasientens plager på en måte som han kunne kjenne seg igjen i.

Som forsker noterte jeg meg hvordan trang interaksjon med pasienter kunne begrense refleksjon om interaksjon som var nødvendig for at samhandlingen skulle gi materiale for forskning.

Dialogene med pasienten og musikken i samtalen

Ikke bare innholdet i samtalen kom i søkelyset, men også de lett overhørte og oversette nyansene, musikken i samtalen.

Vendepunkthistorien var en evalueringssamtale med en pasient som fortalte om tidligere samtaler med legen. Ordene hadde vært få, men det emosjonelle innholdet kom tilbake i evalueringssamtalen og kunne leses ikke så mye i ordene hun brukte, som i tonefall, rytme og pauser hun tok når hun snakket.

Lydbåndene og utskriftene fra dialogene med pasienter ga anledning til gjentatte ganger å låne deres ører og øyne som grunnlag for å tegne alternative bilder av samhandlingen. Gjennomhøringene tydeliggjorde metadialogen mellom pasient og lege, og ga tilfeng på forskningsrelevant informasjon ved å bekrefter eller avkrefter verbale utsagn. Det dreide seg om å høre med »det andre øret«. Dette demonstrerte et behov for å ha en datamengde som er nedskrevet eller tatt opp på lydbånd.

- *Ikke klargjøre egen forforståelse*
Du er deltaker og observatør – søk balanse mellom nærhet og nødvendig avstand
Klargjør din egen indre samtale om pasienten – let etter en forståelse pasienten kan kjenne seg igjen i
- *Miste musikken i samtalen*
Det trange interaksjonsrommet og den kombinerte lege-forskerrollen utfordrer din evne til å høre nyansene i kommunikasjonen
Vær oppmerksom på skjulte konflikter mellom lege og pasient
Materialiser data – nedtegn ditt utgangspunkt og dine prosjekterfaringer for å korrigere egen introspeksjon
Vær lydhør for pasientens urørlighetssone også i forskning
- *Undervurder behovet for profesjonell assistanse*
Ensom arbeidssituasjon kan kompenseres ved klinisk veileder
Fantasifulle samtaler kan redusere slitasje og tretthet
- *Undervurder behov for forskningsassistanse*
Du trenger klargjørende samtaler om passende studiestørrelse, prosjektdesign, datamengde og evaluering
Forskningsamtale har både likhet og ulikhet med terapeutisk samtale

Figur 1. Fallgrøfter i forskning på egen praksis.

Dialogene med klinisk veileder og reflekterende nysgjerrighet

Samtaleformen vi prøvde ut i utforskning av den andre representerte et vitebegjær satt i et system.

Vendepunkthistorien var en veiledningssamtale med klinisk veileder som viste min tretthet i forhold til å gå videre i en pasientsamtale, og hvordan denne trettheten kunne vike for reflekterende nysgjerrighet. Mens vi resonerte sammen over en utfordrende pasientsamtale, introduserte veilederen et nytt utgangspunkt for å fortsette en slitt interaksjon – å utforske pasientens indre egensamtale. Ved dette skiftet i perspektiv, etablering av en metaposisjon, fikk jeg et nytt rom for refleksjon og ble i stand til å se nye og alternative veier for videre samtale.

Dialogene med forskningsveileder og leting etter evalueringsmetode

Hvordan skulle jeg forholde meg til krav om kredibilitet i et prosjekt der jeg selv hadde deltatt i innsamling av data? Jeg fikk mange og ulike råd.

Vendepunkthistorien var en samtale med forskningsveileder der ideen om å evaluere ved å beskrive, kom opp. Endringen fra endepunkt- til prosessevaluering representerte et skille i min forståelse av hva som kunne gjøres. Formativ evaluering [10] ville bringe forskningsprosessen inn i konsultasjonsrommet – beskrivelsen av det klinisk arbeidet var en prosessevaluering i seg selv. Forskningsprosessen endret fokus i retning den kliniske dialogen slik den utfolder seg og slik den kan leses av utskrifter og feltnotat. Dette gjorde neppe forskningsoppgaven enklere, men introduserte et forhold til forskning som reflekterende steg-for-steg beskrivelse av en klinisk samtale.

Diskusjon

Den subjektive forsker

Å forske på egen praksis utfordrer konvensjonell vitenskapeelig standard. I dette arbeidet blir reflektert subjektivitet [15]

vurdert mer som en ressurs enn som feilkilde. Når forskeren undersøker egen praksis er det både en medisinsk oppgave å løse, en interaksjon å vurdere og et forsknings spørsmål å studere. Heller enn å søke å kompensere for en ikke-ideell undersøkelsessituasjon, bør disse kontekstuelle elementene løftes fram og åpent reflekteres over.

Det kan oppstå motsetninger mellom hvordan forskeren tolker en uttalelse og hva pasienten mener han har sagt, likt som i den første vendepunkthistorien, der pasienten søkte etter mening i livet [16].

En nøkkel til å få adgang til pasienters erfaringer er en åpenhet til å delta i deres tolkninger og refleksjoner samtidig som en er oppmerksom på egen forforståelse og grensene for evne til å identifisere seg med den andre [14]. Pasienten har rett på integritet og forskeren må være lydhør for deres «urørlighetssone» [17].

Å etablere metaposisjoner

Det fins ingen privilegert posisjon hvorfra en kan vurdere menneskelig interaksjon. I hermeneutisk forskning må derfor undersøkeren inkluderes i den hermeneutiske sirkelen. Begrepet metaposisjon kan her oppfattes som en introduksjon av en ny type privilegert posisjon. Å etablere metaposisjon presenteres her som å skape perspektivskifter som kan brukes til å endre lyssetting på de som blir undersøkt med sikte på å gi et nytt rom for refleksjon.

Perspektivskiftene i denne undersøkelsen ble beskrevet som relasjonelle bånd mellom meg selv, mine pasienter og mine utvalgte samtalepartnere i forskningsprosessen, som et firkløver-nett av potensielt klargjørende reflekterende dialoger.

Etableringen av metaposisjoner belyser en forskningstilnærming basert på refleksivitet – på refleksjon over forskerens tatt-for-gitte antakelser samtidig som ny kunnskap ble produsert [18, 19].

Introspeksjon støttet av materialiserte data

Bevisst subjektiv introspeksjon ble i dette prosjektet vurdert som verdifull kilde til kunnskap. Det er likevel metodologiske utfordringer knyttet til bruk av hukommelse og introspeksjon i forskning på seg selv.

Heller enn å drøfte lege-forskerens introspeksjon i detalj, presenterte studien mitt utgangspunkt i en grundig prosjektbeskrivelse som siden lå åpen for sammenlikning med prosjektets skrittvis utvikling. Presentasjonen av resultater inkluderte refleksjoner, relasjoner og kontekstuelle elementer fra situasjoner der materialet ble produsert. Introspeksjon og inntrykk ble modifisert av notater fra situasjoner, om handlinger og følelser som oppstod i ulike deler av forskningsprosessen [19]. Utskriftene fra samtale med pasienter og veiledere bidro med materiale som supplerte legens hukommelse. Forskning på egen praksis var således særlig avhengig av rutiner for å materialisere data.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Hva gjorde forskning på egen praksis med praktikerer?

Jeg erfarte at entusiasme fra forskningsarbeid som lå nær praksis også smittet over på klinisk arbeid, slik at kjente problemstillinger fikk ny interesse. Å arbeide med utskrifter av egne konsultasjoner demonstrerte ufullkommenheter i praktisk patientsamtale, til tider på en særs tydelig måte. Denne øvelsen, som kunne være ubehagelig, var likevel også en stimulus til å øke kompetanse i praktisk samtalarbeid.

Forskning på egen praksis – muligheter og fallgrøfter

Aksjonsforskning på egen praksis var både gjennomførbart og klinisk relevant. Artikkelen argumenterer for at vitenskapelig standard ikke brytes ned av reflektert subjektivitet. Forskning i form av perspektivbundne reflekterende samtaler kan åpne for klargjørende resonnement. Samtidig er forskningsfeltet vitenskapsteoretisk utfordrende.

Basert på erfaringene fra dette arbeidet er det mulig å formulere fallgrøfter som bør unngås (**Figur 1**). Den kombinerte rollen som lege og forsker åpner et rom for forskning som ikke er åpent for noen andre enn praktikerer selv. Informasjonen som samles fra reflekterende dialoger kan representere en kilde til verdifull kunnskap om personlige og eksistensielle aspekter ved praktisk klinisk medisin.

Korrespondance: Per Stensland, Boks 224, N-6852 Sogndal.
E-mail: Per.Stensland@isf.uib.no

Antaget: 17. februar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Arbeidet er finansiert av Den norske lægeforenings kvalitets sikringsfond. *Kirsti Malterud* har gitt verdifulle kommentarer til artikkelen.

This article is based on a study first published in the *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003;21:77-82.

Litteratur

- Lewin K. Field theory in social science. New York: Harper, 1951.
- Whyte WF, ed. Participatory action research. Newbury Park: Sage, 1991.
- Hart E, Bond M. Action research for health and social care. Buckingham: Open University Press, 1995.
- Mays N, Pope C. Qualitative research: observational methods in health care settings. *BMJ* 1995;311:182-4.
- Thesen J, Kuzel AJ. Participatory inquiry. I: Crabtree BF, Miller WL, eds. Doing qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.
- Meyer J. Qualitative research in health care: using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000;320:178-81.
- Malterud K. Action research – a strategy for evaluation of medical interventions. *Fam Pract* 1995;12:476-81.
- Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:175-9.
- Stensland P, Malterud K. Approaching the locked dialogues of the body. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:75-80.
- Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage, 1990.
- Andersen T. Reflecting processes; acts of informing and forming. I: Friedman S, ed. The reflecting team in action. New York: Guilford, 1995.
- Stensland P, Malterud K. Unravelling empowering internal voices – a case study on the interactive use of illness diaries. *Fam Pract* 2001;18:425-9.
- Giorgi A, ed. Phenomenology and psychological research. Pittsburg: Duquesne Univ Press, 1985.
- Skjervheim H. Objectivism and the study of man. Oslo: Universitetsforlaget, 1959.
- Kvale S. The psychoanalytic interview as qualitative research. *Qual Inq* 1999;5:87-113.
- Fog J. Om forskningsinterview og den terapeutiske samtale. I: Fog J et al, eds. Interviewet som forskningsmetode. Psykologisk skriftserie nr. 1/1987. Århus: Psykologisk Institut, 1987.
- Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1997.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
- Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pract* 2000;17:430-4.

Patientgrundlag og evaluering af undersøgelser i en neuromuskulær klinik gennem tre år

Reservelæge Mikkel Anthonisen, stud.med. Rikke Toft, afdelingslæge Jesper Rønager & overlæge John Vissing

H:S Rigshospitalet, Neurologisk Klinik 2082

Resume

Introduktion: Undersøgelsen havde til formål at opgøre patientgrundlag og evaluere resursekrævende undersøgelser i en neuromuskulær klinik (NMK) gennem tre år.

Materiale og metode: Gennem journalopslag blev antallet af patienter, typen og antallet af kontakter, samt fordelingen af diagnoser opgjort. Muskelbiopsi var informativ, hvis den bidrog til eller entydigt stillede diagnosen. Genanalyse var positiv, hvis henvis-

ningsdiagnosen blev bekræftet. Patienter med informativ muskelbiopsi eller positiv genanalyse, som før henvisning til NMK havde fået foretaget elektromyografisk måling (EMG) på trods af oplagt mistanke om muskelsygdom, blev opgjort.

Resultater: I alt 879 patienter blev forundersøgt og fulgt op ved 999 kontrolbesøg. To tredjedele af patienterne fik tildelt en neuromuskulær diagnose fordelt på 40 patienter med motorneuronsygdomme, 290 patienter med neuropati og 206 patienter med muskelsygdomme. I alt 194 patienter fik foretaget muskelbiopsi, 90% af biopsierne var informative, og af disse gav en tredjedel en entydig diagnose. Af i alt 88 genanalyser var 90% positive. I alt 34 patienter havde fået foretaget EMG inden henvisning til NMK, trods mistanke om muskelsygdom.