

Levende kunnskap – mellom fakta og fantasi¹

Michael 2010; suppl 9: 88–93.

Allmennlegen vet at sykdom og helse er dynamiske prosesser som får sin spesifikke utforming i den levende menneskekroppen hos det individuelle mennesket i sin sosiokulturelle ramme og livserfaring. Allmennmedisinsk kunnskap må derfor være levende for å være brukbar og bærekraftig. Kunnskap kan temmes eller dø når den settes i bur eller låses inne i rom som er avgrenset fra verden for øvrig. I dette essayet drøfter jeg betydningen av sammenhenger, endringskraft, ettertanke og fakta som kunnskapsgrunnlag for historier som kan gjøre en forskjell for legen og pasienten.

Sammenhenger

Jeg er. Jeg kan. Jeg gjør. Jeg kjenner.

Jeg utvikler og bruker mange slags kunnskapsformer i samvær med andre og meg selv, på legekantoret i møte med pasienter og kolleger, og som forsker og deltaker i vitenskapssamfunnet. For meg er det viktig at disse kunnskapsarenaene henger godt sammen – at jeg ikke må skifte identitet for å bevege meg mellom de forskjellige rollene. Samtidig er det mange forskjeller mellom hverdagskunnskap, klinisk kunnskap og vitenskapelig kunnskap som det i gitte situasjoner er nyttig å ha oppmerksomhet på (2, 3). Det er en utfordring å sørge for at slike sammenhenger og forskjeller ikke skaper motsigelser, men bidrar til kraft og liv i kunnskapsfeltet (4). Noe kunnskap ligger under huden, uten ord eller tanker. Jeg gjenkjenner mønstre, handler uten å tenke meg om, vet akkurat hva jeg skal gjøre i en gitt situasjon. Den tause kunnskapen (5), som Schön kalte 'reflection in action' (6) danner grunn-

1 Tilegnet bestevennen Per Fugelli, som i 1972 for første gang viste meg betydningen av levende kunnskap i allmennmedisinsk praksis og forskning og siden har vedlikeholdt min appetitt med stadig nye fristelser og utfordringer (1)

muren for den artikulerede kunnskapen. Jeg tolker tegn som kan ha ulik mening avhengig av konteksten. Min egen kroppslige kunnskap kan danne refleksjonsrom for innsikt i den andres sykdom og lidelse (7), forutsatt at jeg vet nok om hva i dette rommet som er personlig (8). Leder kritiserer medisinen for mangel på refleksiv selvforståelse, og påpeker at vi mangler gode modeller for tolkning av pasientens 'tekster', dvs kliniske tegn og symptomer (9). Særlig gjelder dette for kroppslige fenomener, ikke minst de som regnes som medisinsk uforklarte. Men subjektivt og objektivt er ikke så forskjellig som mange hevder, og et humanistisk ståsted utelukker ikke en biomedisinsk tankegang. Det må være mulig – også i vitenskapelig sammenheng – å ha flere tanker i hodet på en gang. Også intuitiv evidens kan håndteres med forpliktende strategier (10). Allmennt medisinsk forskning må bidra til kunnskapsutvikling der forbindelseslinjene til det levende livet er intakte.

Endringskraft

Aha. Nå forstår jeg. Det som gjør en forskjell.

Ny kunnskap kan lede til læring og endring. Kvale skriver om 'pragmatisk validitet' som handler om kunnskapens brukbarhet (11). Som forsker ønsker jeg at andre skal dra lærdom av det jeg har funnet ut. Den endelige fasiten får jeg først når prosjektet er ferdig og studien er publisert. Da vil jeg se om andre kan bruke min innsikt til noe nyttig eller viktig. Kunnskap kan ha betydning ved å gjenta og dermed styrke noe vi allerede vet – et bekræftelsesoppdrag. Kvalitative metoder har derimot et oppdagelsesoppdrag – å kaste lys over noe vi kanskje ikke engang visste at vi lurte på. I denne tradisjonen vil nye spørsmål være viktigere resultater enn gamle svar, med hypotesegenerering i stedet for hypotesetesting (12). Derfor er nysgjerrighet og fantasi nødvendige egenskaper hvis forskeren vil bidra med original kunnskap. Men like nødvendig er den forankringen til virkeligheten som kan sikre relevans i forskningsspørsmål og tolkningsramme (13). Mange av oss driver forskning fordi det er noe vi gjerne vil gjøre bedre eller annerledes, og som vi håper at våre kolleger kan lære noe av (14-18). Kreative forskningsspørsmål og nyskapende tilnærminger kan åpne uventede dører (19-23). Allmennt medisinsk forskning har en særlig forpliktelse til å sette relevans høyt, slik at kunnskapen kan gjøre en forskjell for pasienter og for leger.

Ettertanke

Ikke nødvendigvis. Kanskje alternativer. Hvorfor absolutt slik.

Vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk, kritisk refleksjon, til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander. Som forsker

skal jeg gå med et åpent sinn gjennom alle ledd i forskningsprosessen, forberedt på å lete aktivt etter data som kan rokke ved meninger og erfaringer som jeg hadde med meg på forhånd (3). Jeg kan ikke ta for gitt at min første og beste tolkning er den mest relevante i forhold til forskningsspørsmålet. Det er slett ikke sikkert at min første formulering av forskningsspørsmålet fokuserer tilstrekkelig på det jeg vil undersøke. Ny kunnskap kan vokse fram når vi klarer å stille spørsmål ved tatt-for-gitt-heter og tilsynelatende sannheter. Respekt for mangfold og sårbarhet er avgjørende vilkår i mitt eget liv, og dette blir også en forutsetning for kunnskap som jeg skal kunne ha tillit til (24). Som lesere av vitenskapelige artikler forutsetter vi *refleksivitet*, som blant annet innebærer at forskeren gir oss innsikt i forutsetninger i forskningsprosessen som har hatt betydning for tolkninger og konklusjoner. Å dele veien fram til forskningsresultatene, herunder tro og tvil – er en særlig viktig dimensjon i kvalitative studier, der kunnskapsutviklingen skal være interaktiv med forskeren selv som deltaker (25). Betydningen av at forforståelse og teoretisk perspektiv bevisstgjøres og formidles kan ikke undervurderes, og åpner for en ny forståelse av objektivitet i forhold til den vi kjenner fra biomedisinsk forskning (26). Allmennmedisinsk forskning kan vise hvordan ettertanke kan føre til mer nyansert kunnskap enn skråsikkerhet.

Fakta

Helt sant. Uavhengig konsensus. Objektivitet.

Virkeligheten har mange farger og versjoner, og min oppfatning av verden forandrer seg etter hvor jeg står og hva jeg er opptatt av (25). En sak blir ikke mer sann av at mange er enige om at det er slik – det kan like gjerne være tegn på at man deler en utbredt fordom. På legekontoret opplever jeg daglig betydningen av å vite hva jeg ikke vet. Dette handler ikke bare om å kunne slå opp i oppslagsverk, men enda mer om å erkjenne det foreløpige og ufullstendige i kunnskapsfeltet, som Haraway kaller *situated knowledge* (26). Pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer minner oss om at det er mye vi ennå ikke vet nok om (27). Jeg blir skeptisk når noen snakker om fakta eller sannhet – selv om ett og annet i praksis kan fortone seg som ganske sikkert. Vitenskapelighet kan ikke sjekkes med enkle prosedyrer eller regnestykker. Det dreier seg snarere om en holdning til håndtering av kunnskap. I kvalitative studier må vi ikke forveksle de systematiske tolkningsprosessene i analysefasen med instrumentalistiske prosedyrer som kan regnskapsfestes. Stringens må sikres på en annen måte enn ved ambisjoner om å gjengi Det Hele og Sanne Bildet av Virkeligheten. Allmennmedisinsk forskning må bygge en kunnskapstradisjon som ikke definerer seg som evig og fullstendig, men som tåler endring og utvikling.

Historier som gjør en forskjell

British Medical Journal ber alle sine forfattere besvare spørsmålene «What is known from before? What does this study add?». Det siste spørsmålet er som regel det vanskeligste. Her konfronteres forskeren med balansen mellom form og innhold. Uten innhold med en viss nyhetsverdi for leseren er artikkelen lite verdt, uansett om form og fremgangsmåte er upåklagelig. Jeg har tidligere presentert det jeg oppfatter som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap i tre punkter, nemlig relevans, validitet og refleksivitet (3, 12). *Relevans* handler om hva kunnskapen kan brukes til. *Validitet* handler om gyldighet – hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Dette er krav som vi finner igjen i alle former for vitenskapelig aktivitet, uansett forskningsmetode. *Refleksivitet* handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner. I den kvalitative metodelitteraturen beskrives spenninger og motsetninger mellom fortolkningstradisjonen og positivisttradisjonen, med det som kalles realisme-tradisjonen i midten (28). Min vurdering er at medisinske tidsskrifter i økende grad støtter seg til reviewere som ønsker kvalitative studier med mange N, uavhengig konsensus og angst for bias. Vi kan gjerne tro at det er mulig å fange virkeligheten under det vitenskapelige mikroskopet. Men de kvalitative forskningsmetodene må ta mål av seg til å kaste nytt lys over utvalgte sider av virkeligheten, gjennom troverdige historier som kan gjøre en forskjell (13). Teksten du nå har lest, er ment som en alvorlig advarsel mot å gi prosedyrer og struktur forkjørsrett i forhold til nytenkning og oppdagelser i kvalitative studier.

Litteratur

1. Malterud K. Å lede på vei hva er god forskningsveiledning? Balladen om «Petter» og «Kristine». Bjørndal A, Nylenna M, red. *Med makten i sitt ord : festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen*. Oslo: Unipub; 2003. p. 93-101.
2. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theor Med* 1995;16:183-98.
3. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.; 2003.
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*. 2001 4;358:397-400.
5. Polanyi M. *The tacit dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith, 1983.
6. Schön DA. *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Aldershot: Avebury, 1991.
7. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. *Scand J Prim Health Care* 2000 Mar;18(1):4-8.
8. Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:69-74.

9. Leder D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med* 1990;11:9-24.
10. Malterud K. Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *J Eval Clin Pract* 2002;8:121-6.
11. Kvale S. *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1996.
12. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
13. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qual Health Res* 1, 2009;19:1504-16.
14. Malterud K. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo, Tano : 1990.
15. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 2003; 57:1409-19.
16. Aase M, Nordrehaug JE, Malterud K. «If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician»: a qualitative study about existential experiences among physicians. *J Med Ethics* 2008 1, 2008;34:767-71.
17. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient. A qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health* 2008;36:92-8.
18. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2009;27:238-43.
19. Malterud K, Hollnagel H. Women's self-assessed personal health resources. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:163-8.
20. Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice. Development of an illness diary to expand communication. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:175-9.
21. Nessa J, Malterud K. Tell me what's wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy. *J Med Ethics* 1998;24:394-400.
22. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:249-54.
23. Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: a synthesis of qualitative studies. *Patient education and counseling* 2007;69:20-8.
24. Malterud K, Solvang P. Vulnerability as a strength: why, when, and how? *Scand J Publ Health* 2005;66:3-6.
25. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 1993;10:201-6.
26. Haraway D. Situated Knowledges; *The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. In: Haraway D, editor. *Simians, Cyborgs, and Women The Reinvention of Nature*. New York: Routledge; 1991: 183-201.
27. Malterud K. Understanding the patient with medically unexplained disorders – a patient-centred approach. *New Zealand Fam Pract*. 2002;29:374-9.

28. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med* 2008;6:331-9.

*Kirsti Malterud
Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen
Uni helse
Kalfarveien 31
5018 Bergen
og
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kirsti.malterud@isf.uib.no*