

Anne-Sofie Egset

## **Om å finne tonen**

Eit hermeneutisk perspektiv på forteljingar i  
pasientopplæringa



**HØGSKULEN I VOLDA**



**MØREFORSKING  
VOLDA**

<b>Forfatter</b>	Anne-Sofie Egset
<b>Ansvarleg utgjevar</b>	Høgskulen i Volda
<b>ISSN</b>	0805-8075
<b>Sats</b>	Anne-Sofie Egset
<b>Distribusjon</b>	<a href="http://www.hivolda.no/fou">http://www.hivolda.no/fou</a>

Vitskapsteoretisk essay hausten 2006. Vestnorsk Nettverk, Forskarutdanninga.

*Anne-Sofie Egset* er rådgjevar ved Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopp-læring i Helse Midt-Norge (KPI). Ho er master i samfunnsplanlegging og har skrive master-oppgåve om nære pårørande sine opplevingar når demens rammar. I tillegg har ho brei helsefagleg kompetanse innan førebygging, klinisk helsearbeid og undervisning.

© Forfatter/Høgskulen i Volda

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfatter/Høgskulen i Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

**Notatserien** er for ulike slag publikasjonar av mindre omfang, t.d. forprosjektnotat, foredrag, artikkelutkast o.a. Eit hovudføremål med serien er å stimulere til publisering og fagleg debatt i miljøet. Spreinga går i hovudsak til fagmiljøet i Volda, til eksterne fagmiljø og personar som forfatter(ar) ønskjer kommentarar frå. Kvar forfatter er ansvarleg for sitt arbeid.

## **Innleiing og problemstilling**

Ein viktig del av jobben til helsepersonell er å informere pasienten om behandlingstiltak ved sjukdom og helsesvikt. Siste åra har det vore ei bevisst satsing på pasientane sine rettar. Frå 1999 vart opplæring av pasientar og pårørande lovfesta. Når Stortinget har sett det som nødvendig å lovfeste denne tenesta er det fordi ein ser at medisinsk behandling åleine ikkje løyser alle helseproblema. I dette essayet vil eg rette fokus på den pedagogiske oppgåva som helsepersonellet er pålagt. Eg vil diskutere verdien av pasient og pårørande sine forteljingar i pasientopplæringa og reflektere over korleis hermeneutikken kan hjelpe oss til å analysere slike forteljingar. Problemstillinga er:

### **Korleis kan eit hermeneutisk perspektiv på pasient- og pårørandeforteljingar føre til større innsikt og forståing i pasientopplæringa?**

#### **Presisering av problemstilling og oppbygging av essayet**

I samspel med andre menneske vil måten ein blir møtt på vere viktig for å kjenne seg verdsett. Korleis ein blir sett og høyrte har samanheng med kjensla av å bli teken på alvor.

Pasientforteljingar byggjer på kunnskap som kan hjelpe oss til å forstå meir om korleis det er å leve med sjukdom og helsesvikt. Pasientar og pårørande sine erfaringar kan opne opp for ei anna innsikt enn det medisinske perspektivet på sjukdom og kan vere eit viktig supplement i det helsepedagogiske feltet. Eg trur slik kunnskap vil vere viktig dersom ein skal nå intensjonane som ligg i det nye lovverket om myndiggjorte pasientar som tek eit ansvar for eiga helse og som stiller krav til helsetenesta.

Det eg ønskjer å rette søkelyset på i dette essayet, er korleis hermeneutisk tenking kan hjelpe oss til å forstå forteljingar om sjukdom og sjukdomsoppleving. Både for den som fortel historia og for den eller dei som lyttar, inneber dette ein dialog der ein kjem fram til ei djupare forståing av kva som er konsekvensane av sjukdom og helsesvikt. Med utgangspunkt i rettane til pasient og pårørande, vil eg reflektere over rammevilkåra som ligg til grunn for pasientopplæringa. Korleis møtet mellom aktørane vert, og relasjonen som blir utvikla, vil ha konsekvensar for samspelet. Respekt og likeverd vil legge grunnlaget for eit tillitsforhold. Dersom helsepersonellet har ei haldning som vitnar om at pasienten har lite eller ingenting å bidra med, vil mistillit lett kunne oppstå. Relasjonen vil utvikle seg i asymmetrisk retning. I denne diskusjonen vil eg vise til Kari Martinsen (2005) som er inspirert av Knud E. Løgstrup.

I tillegg blir Hans Skjervheim (2002) nytta når eg argumenterer for kor avgjerande relasjonen mellom menneske er for at ein skal forstå kvarandre.

Eg har god tru på at forteljingar som bygger på pasientar og pårørande sine erfaringar kan vere med å bygge bru mellom tradisjonell fagkunnskap og kunnskap om livsverda til dei som opplever sjukdom og helsesvikt. Kunnskap som kjem fram i slike møte kan vere nyttig både for den som fortel og den eller dei som lyttar til forteljinga. Eg vil difor at pasientar og pårørande sjølve skal kome til orde, dei vil gi oss ei påminning om kor viktig det er at nokon lyttar til forteljingane. Det er ikkje berre pasientar og pårørande som kan ha nytte av å høyre forteljingane. Dette er også kunnskap som helsepersonell treng for å kunne møte pasientar og pårørande på ein slik måte at dei blir høyrd og sett som dei personane dei er, ikkje berre som eit kasus med ein diagnose.

Fortolking og forståing er avgjerande både i munnleg og skriftleg formidling. Hermeneutisk filosofi byggjer på tolkingsteori eller tolkingslære. I tolkingprosessen tek ein sikte på å oppnå forståing. Den hermeneutiske sirkelen, som også vert kalla ”forståelsens sirkel” handlar om at dersom ein skal forstå eit fenomen, må ein setje det inn i ein samanheng. Erfaringane vi gjer oss i livet er sentrale for å forstå og bli forstått, seier Hans-Georg Gadamer (1997) som i den filosofiske hermeneutikken gjer krav på universalitet for all forståing. Det er likevel den munnlege samtalen som er det erfaringsfeltet som blir privilegert og ofte appellert til i Gadamer sin teori og omgrepsutvikling (Gadamer 1998:369). Han presiserer at førforståinga eller fordommane alltid vil vere tilstades, at det er oppfatningar og haldningar som utgjer *forståingshorisonten* vår. I kraft av førforståinga kan vi sjå og forstå. Gadamer (1999) skil mellom dei sanne fordommane som gjer at vi forstår og dei falske som gjer at vi misforstår. Charles Taylor (1998) hevdar at vitenskapar som vert kalla hermeneutiske må forholde seg til ulike former for meining og at meining berre kan bli skapt i ein samanheng. Fortolking eller sjølvtolking er å søkje ei klarare meining på noko som i utgangspunktet er uklart. Med hjelp av Gadamer og Taylor, men også med støtte frå anna relevant teori, vil eg drøfte korleis pasientforteljingar kan bli erfaringar som er meiningsberande og korleis hermeneutikken kan klarlegge generelle vilkår for å tolke og forstå fenomenet pasientforteljingar. Horisontsamansmelting er omgrepet Gadamer nyttar for å forklare kva som kan skje når ulike forståingshorisontar møtes. Mellom anna Clark og Mishler (1992) sin studie vil bidra til å kaste lys over korleis narrative grep har blitt nytta i medisinen.

## Bakgrunn

Opplæring av pasientar og pårørande har vore eit sentralt tema i samfunnsdebatten dei siste åra. Helsepersonell har fått kritikk for at dei ikkje har vore flinke nok på dette området. Dei fleste klagesakene i helsevesenet handlar om for dårleg og tilfeldig informasjon, ofte som eit resultat av mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell på den eine sida og pasientar og pårørande på den andre. Relasjonen mellom behandlar og pasient har vore prega av asymmetri der legen/helsearbeidaren er eksperten som sit med kunnskapen, medan pasienten har vore ein meir eller mindre passiv deltakar. Tid og interesse som den einskilde helsearbeidar har til å drive med opplæring, har vore avgjerande for korleis dette arbeidet har blitt prioritert. Kven den aktuelle pasienten er, har nok også verka inn i positiv eller negativ retning.

Helsepersonellet har i det nye lovverket fått ei pedagogisk oppgåve i tillegg til behandling, pleie og omsorg. Helsepedagogisk kompetanse og kunnskap om relasjonsbygging og samhandling vil vere avgjerande om ein skal lukkast i arbeidet med opplæring av pasientar og pårørande. På mange måtar kan ein seie at den pedagogiske oppgåva til sjukehusa er i støypeskeia (jf. Handlingsprogram 2004). Det er viktig å lytte til stemmene til alle involverte når nye løyper skal trakkast opp.

Kva er så helsepedagogisk kompetanse? I følgje Christensen og Huus Jensen (2003) er det sentrale i helsepedagogikken dialog og personleg kontakt, der helsepersonellet kjem tettare på einskildmennesket og deira problem. Korleis vi skal forstå helse og sjukdom og kva konsekvensar sjukdom har for personane som er ramma og deira handlingar er også ein viktig del av denne kompetansen. Målgruppa for helsepedagogikken kan vere menneske i alle aldrar og ulike livssituasjonar der ein ønskjer å halde vedlike helsa og førebygge sjukdom. Målet med den pedagogiske innsatsen er å stimulere pasienten til å forandre sitt forhold til eiga helse, det gjeld tankar, haldning og handling (Christensen og Huus Jensen 2003). Dette handlar i stor grad om meistring, at pasientar og også pårørande skal oppleve at dei har krefter og innsikt til å møte utfordringane dei står overfor. Læring som fører til endra haldning handlar om mykje meir enn kunnskap om sjukdom. Innsikt som fører til å ta kontroll over eige liv er vesentleg. Eit viktig utgangspunkt for pasient- og pårørandeopplæringa er den myndiggjorte pasienten. I det omgrepet ligg at pasienten ikkje skal vere ein passiv deltakar, men ein aktiv medspelar i prosessen. På Nasjonalt kompetansesenter for læring og meistring, uttrykkjer dei det slik: "Hvis opplæringa blir en fortsettelse av behandlingsmønsteret med en

som har kunnskapen og en som ikke har den, kan opplæringa bidra til å øke avhengigheten til helsevesenet og ikke gi ønsket mestringseffekt” (Vifladt og Hopen 2002:7). Dersom ein ønskjer at pasient og pårørande skal vere aktive medspelarar, må dei få kome fram med forteljingane sine. Bruk av slike forteljingar kan bidra til at ein tek erfaringane til pasientar og pårørande på alvor. Det kan vere med å styrke relasjonen mellom helsearbeidarar og pasient og pårørande.

Taylor (1998) seier at å tolke seg sjølv, er ein viktig identitetsskapande prosess. Vidare seier han at mennesket er eit sjølvtolkande vesen. Det inneber at vi er avhengige av ein lyttar som kan gi oss respons. Forteljingar kan difor hermeneutisk sett vere naudsynte for forteljaren si sjølvforståing. Det er gjennom sjølvtolking vi har tilgang til oss sjølve. Det betyr at mennesket i stor grad *er* det som det fortolkar at det er. Taylor peikar på at dette kan ha samfunnsmessige konsekvensar. Slik mennesket oppfattar seg sjølv og oppfatninga det har om samfunnet, vil vere medbestemmande for korleis mennesket er og korleis samfunnet er. Dersom sjølvoppfatninga og oppfatninga om samfunnet forandrar seg, så kan også mennesket og samfunnet forandre seg. Dette vil eg utdjupe når eg diskuterer korleis mennesket skaper seg sjølv gjennom sjølvtolking.

Ved hjelp av hermeneutikken kan ein analysere pasientforteljingane. Sjølve grunnlaget i hermeneutikken er at vi alltid forstår noko på bakgrunn av bestemte føresetnader, seier Gadamer (1998). Han hevdar at all forståing inneber tolking då all forståing eksplisitt eller implisitt går føre seg i eit språkleg medium. Du-et er eit moralsk fenomen som (implisitt eller eksplisitt) set fram krav om anerkjening. Eit slikt krav er utgangspunktet for ein moralsk adekvat respons eller tilsvar frå Eg-et (Gadamer (1998: 358). Alt ettersom korleis kravet blir møtt kan relasjonen utvikle seg i symmetrisk eller asymmetrisk retning. Forståing for korleis det utlagde kravet blir reist og teke imot vil vere sentralt. Her vil det vere avgjerande korleis kravet vert funne gyldig. Forståinga eller tolkinga av historiene vil kome fram som eit resultat av ein forteljar og ein eller fleire tilhøyrarar. Dette er resultatet av prosessen som skjer når ulike forståingshorisontar møtes.

## Juss og hermeneutikk

Den nye helselovgivinga har pålagt helsepersonellet klare plikter som skal sikre pasient og pårørende rettar i samband med informasjon og opplæring. *Lov om pasientrettigheter* (1999) seier at pasientane *skal ha nødvendig* informasjon og har rett til informasjon om *innhaldet* i helsehjelpa. Med innhaldet i helsehjelpa forstår ein informasjon om behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkingar som blir tilbode. Denne informasjonen skal gjevast uoppfordra. Også pårørende er sikra retten til informasjon etter lova. Vilåret for at pårørende skal ha rett til informasjon er at pasienten samtykkjer eller at tilhøva tilseier det. Gjennom lovverket ønskjer ein også å sikre at informasjon og opplæring blir tilpassa individuelle føresetnader. Det er ikkje nok å skrive i journalen at informasjon er gitt, i rettsregelen står det også at helsepersonellet skal sikre at informasjonen er forstått Som vi ser er mange av reglane grunnlag for skjønn (Molven 2002). I *Lov om pasientrettigheter* blir det også presisert at helsepersonell skal sørge for at informasjon blir gitt på ein *omsynsfull* måte. Kva den einskilde helsearbeidar legg i dette uttrykket vil det nok vere ulike oppfatningar om. Dette byr på store utfordringar for helsepersonellet.

Tolking av lovene handlar om å forstå ei tekst, ein må analysere og tolke for å kome fram til ei rimeleg løysing. Slik er den juridiske hermeneutikken ikkje ulik den filosofiske (jf. Gadamer 2004:311). For at pasienten sin rett til informasjon skal bli reell, må helsearbeidarane anerkjenne eit krav om ein slik rett frå pasient og pårørende. Ei tilsvarande plikt til å gi informasjon blir forankra i dialogen som finn stad mellom partane. I denne dialogen vil rettar og plikter bli moralsk forankra gjennom ei gjensidig anerkjening mellom partane. Helsearbeidaren vil bringe med seg tidlegare erfaringar som kan bidra til forståing for ei ny situasjon. Dette er kjernen i den hermeneutiske tenkinga, at ein tolkar einskildsaker i lys av ein større samanheng. Og at det er den samanhengen eller konteksten som gir mening til einskildsakene. Kva slags erfaringar helsearbeidaren vil bringe med seg inn i samtalen, kva slags førforståing som ligg til grunn, vil prege den nye relasjonen. Haldningar som helsearbeidarne har til informasjon og opplæring, vil vere avgjerande for korleis ein prioriterer slike oppgåver. Gode rammer som legg til rette for at pasient og pårørende kan bli sett som dei personane dei er, vil vere med å leggje grunnlaget for eit tillitsforhold mellom partane. Det er stor skilnad på informasjon som blir gjeve i forbifarta i ein korridor og informasjon som er planlagt og som finn stad til dømes i eit samtalerom.

## Om å finne tonen

Vi er heilt avhengig av tillit i møte med andre. Tillit er ikkje noko vi kan be om, det er noko vi må gjere oss fortent til. Løgstrup (1991) seier at tillit er eit interaktivt og etisk omgrep, ein grunnleggjande verdi som han kallar ei av dei suverene livsytringane. Vi treng ikkje forklare tillit, det er først når det har oppstått mistillit ein må til med grunning. Løgstrup seier vidare at vi er fødde i tillitsrelasjonar, mistillit kjem først når ein blir skuffa i relasjonar. Den grunnleggjande tilliten er verken rasjonell eller irrasjonell. Omtrent alt anna i livet er avhengig av tillit; sosialisering, språklæring, tenking og handling (Nordtvedt og Grimen 2004). Som pasient og pårørande er ein sårbar, og såleis prigsitt dei menneska ein møter. Det er ein møysommeleg prosess å bygge tillit og det skal lite til å bryte den ned. Kari Martinsen (2005:143) byggjer på Løgstrup si tenking når ho seier:

Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg fram for å bli imøtekommet. Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til den andre. I samtalen utleverer man seg. Det er en bestemt tone som den som samtaler viser, i forhold til den andre.

Når Martinsen snakkar om ein bestemt tone kan vi få tankar om å vere ”stemt” eller ”samstemt”. I møte med andre blir vi raskt merksame på nettopp dette, korleis tonen mellom oss er. Denne kjensla som handlar om korleis ein blir møtt, og om ein blir sett, vil ha konsekvensar for korleis relasjonen utviklar seg. Det er såleis ikkje berre innhaldet i ytringa som er gjenstand for tolking, men like mykje måten ytringa fell på. Difor kan vi seie at også tonen har krav og tilbod om anerkjenning.

Skjervheim (2002) var oppteken av relasjonar mellom menneska. Han seier at det er språket som gjer at vi har ei sams verd, og dersom vi ikkje forstår språket til kvarandre så lever vi i kvar vår verd. Om vi forstår kvarandre er avhengig av korleis vi kommuniserer. Vi kan lytte til kva som er den andre sin bodskap, skilje sak frå person og på den måten få ein treledda relasjon; Den andre, meg og sakstilhøvet. Då er vi eit subjekt som blir møtt av eit anna subjekt som lar seg engasjere av eit sakstilhøve. Dersom eg ikkje lar meg engasjere av den andre og ikkje klarer å skilje sak frå person, blir det ein toledda relasjon. Den andre blir gjort til eit objekt. Når vi blir møtt gjennom det vi oppfattar som ei objektivering, vil vi føle at dei implisitte eller eksplisitte krava våre vert ignorerte.



Det har vore eit ankepunkt mot helsevesenet at ein har objektivert pasienten, gjort menneske om til kasus. Det kan lett skje når ein er meir oppteken av diagnosen enn av personen. ”Dersom vi objektiviserer den andre, er det ikkje så lett på same tid å ta *han og det han seier* alvorleg,” skriv Skjervheim (2002:23) og han legg til at det å ta den andre på alvor er det same som å vere villig til å ta meiningane som kjem fram til ettertanke og eventuelt diskusjon. I dette ligg det ein bodskap om kor viktig det er å lytte ope og fordomsfritt. I helsevesenet har den naturvitskapelege tradisjonen med vekt på instrumentell tenking vore rådande. Eit av kjenneteikna ved denne tradisjonen er at ein ser på menneska som rasjonelle aktørar og forklarar åtferd utifrå rasjonelle val som ein gjer. Ein konsekvens av ei slik tenking er at mennesket kan brukast som eit middel for å nå eit mål. Weber kallar dette formålsrasjonelle handlingar og han definerer det som handlingar som er:

betemte av aktørens forventningar om atferden til objekter i omgivelsene og om andre mennesker; disse forventningene blir brukt som ”vilkår” eller ”midler” for å oppnå aktørens egne rasjonelt forfulgte og kalkulererte mål. (Gilje og Grimen 1993: 208)

Vitskapssynet vil sjølvsgatt vere med på å prege menneskesyn og haldningar i stor grad. Ekeland (2004) hevdar at den instrumentelle kunnskapen kan bli kontrollerande og manipulerande og føre til at det potensielt myndige subjektet blir verande umyndig. Han er oppteken av at ei overdriven instrumentalisering av skjønnet trugar med å invadere den kliniske logikken og problematiserer kva det kan gjere med tilliten til dei ulike profesjonane i helsevesenet. ”Dei ulike logikkane kan støyte på kvarandre, og den eine kan ete opp den andre,” seier Ekeland (2004:27). Kva kan det føre til? Perspektivet kan bli for snevert om ein berre baserer seg på den naturvitskapelege logikken. Dersom manualar og skjema overtek for skjønnet, er det god grunn til å rope eit varsku. I helsevesenet generelt og i pasient- og pårørandeopplæringa spesielt vil den naturvitskapelege og den humanistiske tenkemåten kunne utfylle kvarandre når ein skal forstå korleis sjukdom og helsesvikt kan opplevast.

I møte mellom menneske, som er fundamentet i klinisk praksis, blir det avgjerande at ein ser på mennesket som eit subjekt og ein aktiv deltakar. Martinsen (2005) hevdar at det ikkje er vitskap som kritisk granskar praksis, som er problemet. Det som gjer denne debatten vanskeleg, er tanken om ein vitskapeleg klinisk praksis, der vitskapen konstruerer og absolutterer kva slags praksis som skal gjelde. Ein kan ikkje forholde seg til sjukdom og helsesvikt utifrå manualar og standardiserte prosedyrar. Subjektivitet, klinisk skjønn og forteljingar blir då marginaliserte, seier Martinsen (2005:92).

Helsepersonellet møter ofte pasientar og pårørande i sårbare og vanskelege situasjonar. Korleis desse møta vert, er avhengig av korleis ein kommuniserer. Tenking, refleksjon og tolking er nær knytt saman i ein kommunikasjonssamanheng, seier Martinsen (2005). Ho rosar Skjervheim for å gjere filosofisk arbeid tilgjengeleg for mennesket sitt eksistensielle liv. Samstundes hevdar ho at han legg for lite vekt på kjensler og spontanitet. Martinsen viser til Løgstrup som seier: "(...) uden følelse, ingen forståelse. Al forståelse, al tænkning er anvist på følelsen" (Løgstrup 1976, s. 93 her i Martinsen 2005:71). I opplæring av pasientar og pårørande vil innsikt i kvifor menneska handlar som dei gjer og kunnskap som prøver å forstå åtfærd, vere avgjerande. Det er viktig at stemmene til dei som til dagleg kjenner helseproblema på kroppen eller deira talspersonar får kome fram.

### **Om å fortelja historia si**

"Å fortelle om sitt liv er å *skape seg selv*," skriv Thorsen (1996) og hevdar at dette er ei handling som ein skaper utifrå situasjonen, kven lyttaren er, samtalen sin dialog, spørsmåla ein får, assosiasjonar som kjem og erindringar som vert kalla fram. Ho formulerer det slik: "Livshistoriene gir nøkler til individets selv, *utviklet fremover, sett bakover, og oppfattet her og nå*" (Thorsen 1996). Bruken av livshistorier eller narrativ har vakse fram innanfor mange ulike fagfelt. Dei humanistiske faga har lange tradisjonar på området, og innan samfunnsfaga finn vi eksempel på bruk av livshistorier allereie frå 1920-talet (jf. Bertaux 1981). Litteraturvitskapleg metodikk er utsett for eit *begjær* frå andre fagfelt, skriv Aaslestad (1997) i boka *Pasienten som tekst* der han er oppteken av korleis legevitenskapen gjer seg nytte av moderne narratologi. Når pasient og pårørande fortel om erfaringane sine, vil det kunne gi viktige innspel til helsearbeidarane som vil kunne sjå sjukdom og helsesvikt i nytt perspektiv (jf. Austrem 2006; Bakke 1997; Egset 2005). Kvar av oss er ei unik forteljing som kjem fram i samtalan mellom oss, seier Oliver Sacks (her i Solbakk 1995:207):

Dersom vi ønsker å bli kjent med et menneske, spør vi "what is his history", dvs. hva er hans egentlige, innerste historie eller beretning. Hver av oss er en unik fortelling, som kontinuerlig og ubevisst skrives, av oss, gjennom oss og i oss – ved hjelp av våre sanser, våre følelser, våre tanker, våre handlingar, og sist, men ikkje minst, gjennom våre samtaler – de fortellinger vi beretter. Biologisk og fysiologisk er vi ikke så forskjellige fra hverandre. Som fortellinger derimot er hver og en av oss unike.

Opphavleg var forteljinga ein munnleg sjanger og sytte for overlevering av kunnskap, tradisjonar og verdier i munnlege kulturar. Dialogen var sentral. Synnes mfl. (2003) held fram at forteljinga er ei subjektiv, opa og mangetydig form, som inviterer til ulike former for tolking. I dag ser vi at pasient- og pårørandehistorier vert brukte i ulike samanhengar. I boka

”Hør jeg har noe å fortelle” (Austrem 2006) fortel 26 pårørende historiene sine under overskriftene: ”Kampen for hjelp”, ”Tap og sorg” og ”Håpet er viktigst”. Her deler dei erfaringar om korleis det er å vere pårørende til personar med psykiske lidingar, ei sårbar pasientgruppe som ofte slit med kjensler som skuld og skam i samband med sjukdom. Det er sterke opplevingar som kjem fram. Det handlar om sorg og avmakt, men også om nye erkjenningar, forsoningar og glede. Austreim skriv at pårørende sine historier i stor grad har vore fråverande i det offentlege romet og at dei har følt seg neglisjert og oversett. Pårørende sit med mykje kunnskap om sjukdom og sjukdomsutvikling og ikkje minst med erfaringar om korleis ein kan meistre å leve med sjukdom og helsesvikt.

Det betyr veldig mye for meg å få fortelle min historie. Jeg har rett og slett noe viktig på hjertet. Men jeg kan ikke si det med store overskrifter. For å forstå hva jeg vil si, må du høre historien min. Ensomheten og sorgen slipper meg aldri, men ordene mine, så mangelfulle de er, vil jeg gjerne prøve å bruke. (”Eva forteller” i Austrem 2006: 35)

Etter denne innleiinga fortel ei mor (Eva) om oppveksten til guten sin og korleis familien opplevde åra før han fekk diagnosen schizofreni. Vi får ei levande skildring om barndomen til ein oppvakt, glad gut. Det at mora føler behov for å dele erfaringane sine heilt i frå sonen sin tidlege barndom, kan vere uttrykk for at ho ønskjer å setje det heile inn i ein samanheng. Når ho gjer det, er det nok eit ønske om å forsøke å forstå kva som skjedde. Forteljinga tek såleis ikkje til når sjukdomen startar, men den startar når guten er liten, mange år før han blir sjuk. I forteljinga kjem det også fram behovet for å reflektere over når dei første teikna var der, ho held fram episodar som ho i ettertid set i samanheng med sjukdomen, men som familien den gongen kanskje ikkje forstod. Det kjem også fram at ho er bitter når ho tenkjer tilbake på ting som kunne vore gjort annleis. Møte med menneske i ulike situasjonar som avviste dei eller ikkje tok dei på alvor har ein sentral plass i forteljinga. Likevel klarer ho også å leite fram til positive ting:

Jeg er takknemlig for alle de gode hjelperne han har hatt. Men iblant er jeg bitter fordi det måtte gå så lang tid før han fikk god hjelp. Mye vondt kunne vært unngått om ikke hjelpeapparatet hadde vist så stor uforstand om og om igjen de første årene. Og vår store sorg og ensomhet kunne vært mindre om ikke helsevesenet hadde avvist oss så brutalt den gangen. (”Eva forteller” i Austrem 2006:43)

Noko av det vanskelegaste eit menneske kan oppleve, er å føle seg avvist når ein forsøker å få hjelp i samband med alvorleg sjukdom hos ein av sine næraste. Når dette gjeld eigne barn er det ekstra sårt. Behovet for å forstå og forklare det som har hendt, kan vere med på å få ein slags kontroll over ein vanskeleg situasjon. Å plassere ansvaret for det som har hendt, kan

vere med på å bevare eiga sjølvkjensle i ein situasjon der skuldkjensle og skam ofte kan true med å få overtaket. Korleis ein tolkar situasjonen vil vere med på å bidra til identitetsskaping (jf. Taylor 1998). Dette vil vere med å skape ei mening i ein situasjon som i utgangspunktet kjennes meningslaus.

Ikkje alle pasientar er i stand til å fortelje historia si. Personar som får kognitiv svikt eller av andre grunnar har problem med å formidle tankar og opplevingar må ha hjelp av andre til å kommunisere. Når vi ikkje lenger kan formidle viktige hendingar om oss sjølve og livet vårt, kan det føre til isolasjon og einsemd. Historia vår representerer viktige hendingar og kjenslgjeringar og gir eit bilete av kva vi har vore opptekne av gjennom livet. Forteljinga vil i tillegg presentere viktige sider av den sosiale og personlege identiteten vår. Dette blir gjerne ekstra viktig når ein skal forsøke å teikne eit bilete av ein person som blir ramma av sjukdom som påverkar sjølve personlegdomen. Ektefelle som deltek med forteljing på vegne av personar som er ramma av hjerneslag, er utgangspunktet for ein studie som Manzo mfl.(1995) har gjort.

Kvifor er det viktig å få fortelje historia si? ”Det skjer noko når nokon fortel,” seier Martinsen (2005). Med forteljinga kastar forteljaren nytt lys over det som har hendt tidlegare. Forteljinga kan gi rom for å gå fram og tilbake ut i frå den hendinga som ein fortel om. Slik vil ein kunne få distanse og refleksjon. Sjølve framstillinga vil skape kreativitet. Forteljinga er til for å bli fortalt vidare. Den er ikkje gitt ein gong for alle, men vil bli til på nytt og på nytt. Det er empirisk belegg for å hevde at å fortelje meningsfulle historier kan vere lækjande, hevdar Hafting (2005) og viser m.a. til Pennebaker (2000) sin studie der studentar som skriv ned skræmmande opplevingar oppsøker helsevesenet sjeldnare enn studentar som under same vilkår får beskjed om å beskrive romet dei sit i. Hafting er oppteken av at historiene er viktige for å forstå kvarandre, men at ein føresetnad for å dele dei med andre er at der er ei grunnstemning av likeverd og at dei blir teke i mot med verdigheit og respekt.

## Om å skape seg sjølv

Taylor (1998) seier at vi blir konstituert som sosiale og personlege *sjølv* gjennom sjølvtolking. Ei artikulering/utlegging av erfaring eller handling gjennom pasientforteljing, vil bidra til identitetsskaping, då sjølvtolking gjennom språket er ein aktivt formande eller dannande prosess. Språklege ytringar generelt og pasientforteljingar spesielt vil såleis sjeldan ha ein reint beskrivande funksjon. For pasientar som har alvorleg sjukdom kan det gje meining å fortelje historia til andre. Pårørande som opplever at livet blir dramatisk endra på grunn av alvorleg sjukdom, kan bearbeide sorga ved å fortelje historia si. Eva (i Austrem 2006:43) understrekar dette: ”Jeg vet ikke om du skjønner hvorfor det var så viktig for meg at du lyttet til min fortelling.” Ved å setje ord på det som er vanskeleg, kan ein setje egne opplevingar inn i ein større samanheng. Det kan vere det som ligg til grunn når ho seier at vi må lytte til historia dersom vi skal forstå. Når ein deler erfaringane med andre får ein artikulert og utlagt erfaringane sine språkleg. Samstundes kan ein få prøvd ut gyldigheita av eiga sjølvtolking utifrå andre sin respons. Dette kan vere eit kritisk punkt, men veldig relevant i pasientopplæringa. I praksis vil det innebere at den eller dei som lyttar kan stille spørsmål for å få utdjupa forteljinga. Kanskje kan det også vere relevant å trekke inn andre forteljingar eller fagkunnskap som kan utvide perspektivet. Språket og ikkje minst tonen i denne dialogen vil vere viktig for å få fram ny erkjenning og ny forståing i tråd med hermeneutisk tenking.

Forteljingane søkjer heller etter samanhengar enn sikre svar, skriv Synnes mfl.(2003). Vi lagar slike samanhengar når vi skriv eller fortel. Inntrykk og opplevingar som kan verke kaotiske i samband med sjukdom og helsesvikt kan bli systematiserte og forteljinga kan gi ei form for oversikt. Ein er på leit etter ei meining med det som skjer. Forteljinga kan ikkje gje direkte forklaringar, men ein kan ordne elementa i ei rekkjefølgje som ikkje nødvendigvis er logisk, men som inneheld ei implisitt tolking. Taylor (1998) held dette fram som eit av vilkåra for bruk av termen ”tolking ” i vitskapleg samanheng; å utlegge eit objektfelt si koherente meining. Eg oppfattar at det er slike samanhengar Eva (i Austrem 2006) er ute etter når ho fortel om sonen sitt liv. Forteljinga er ordna i kronologisk rekkefølge, og historia er krydra med kvardagsepisodar frå tidlege barneår. Sjølv seier ho at ho ”endevender livet” for å finne ut om der er spor eller teikn som kan peike framover mot det som skjer seinare.

Gjennom eit språkleg medium generelt og forteljinga spesielt kan pasienten på nytt tolke seg sjølv og historia si. Ofte er det slik at tankar vil verte klarare og meir forpliktande når ein deler dei med andre. Forteljingane kan såleis bidra til at pasientar og pårørande kan nyskrive si eiga historie. Eit viktig poeng er at ein sjølv kan velje kva ein vil rette merksemda mot. Fokus på det som har gått bra kan bli elska fram i slike dialogar. Dette kjem også fram i Eva si historie der ho, trass i alt det vonde ho har opplevd, framhevar alle dei som har bidratt positivt (Austrem 2006). I dialog med andre kan ein også finne argument for at det faktisk kunne vore verre. For andre pasientar kan slike forteljingar bidra til at ein ser situasjonen i eit nytt perspektiv. Slike erfaringar kan vere ei hjelp til eigen meistring og føre til at ein klarer å gå vidare i livet.

Taylor (1998) hevdar at mennesket i stor grad er det som det fortolkar at det er. Uttrykket ”mennesket er eit sjølvfortolkande dyr” bruker han for å understreke dette poenget, at der er ingen meningsstruktur uavhengig av mennesket sine sjølvtolkingar. I innleiinga skreiv eg om samanhengen mellom korleis mennesket oppfattar seg sjølv og korleis det oppfattar omverda; at dersom sjølvoppfatninga og oppfatninga av samfunnet forandrar seg, så kan også mennesket og samfunnet forandre seg. Dette kan ha med at tolkingsrammene eller horisontane vert endra som ein konsekvens av at tolking (sjølvtolking) vert akseptert innafor samhandlingskontekstar. Det kan føre til at vilkåra for sosial handling blir endra. Eit døme kan vere nettopp synet på opplæring av pasientar og pårørande. Denne opplæringa har i stor grad vore prega av den logikken som har vore rådande i helsevesenet. Ved å sleppe til pasientforteljingane og få innblikk i livsverda til pasient og pårørande, kan ein vere med å skape nye fortolkingsrammer, nye måtar å sjå ting på og såleis få inn nye perspektiv i pasientopplæringa. Hermeneutisk tenking og kunnskap om tolking og sjølvtolking vil kunne gi oss ei djupare forståing av forteljingane. Marit Kirkevold (1993) seier at forteljinga gir høve til nytolking og nyorientering og kan bidra til å formidle erfaring. Med det meiner ho at ei erfaring ikkje berre inneheld ei konkret hending i ein bestemt situasjon, men at den også inneheld meininga som personen set i samband med hendinga. Det er erfaringar ein gjer seg som kan føre til ny innsikt. Dette uttrykkjer ho ved å seie at ”erfaringar er opplevingar som er meningsberande” (Kirkevold 1993:60). Dersom vi blir bedne om å rettferdiggjere kva meining vi legg i ei utsegn, kan vi gjere det ved å vise til ein større meningsgjevande samheng. Vi kan t.d. nytte tidlegare deler av samtalen eller vi kan nytte andre føresetnader som omgrep eller bakgrunnsoppfatningar som ligg til grunn for utsegna si meining og

eventuelt gyldighet. Slik eg oppfattar det er det denne sirkelrørsla Gadamer kallar forståingshorisonten vår.

## Horisontsamansmelting

Førforståinga vår er ein viktig del av forståinga. Gadamer (1999) er oppteken av at vi kan sjå og forstå i kraft av forståingshorisonten vår. "En horisont er det synsfelt, der omfatter og omslutter alt det, som er synlig fra ett bestemt punkt" (Gadamer 1998:288). Forståing og fortolking skjer innafor ein horisont, og forståingshorisonten vil stadig endre seg etter som den smeltar saman med nye forståingshorisontar. Når menneske forstår kvarandre, har horisontane deira smelta saman. Dette kallar Gadamer for horisontsamansmelting (Føllesdal 2000). Gadamer (1999) er oppteken av at forståing ikkje er noko vi skaper, men noko som skjer.

Fordom betyr for Gadamer ikkje ein gal dom, slik det vanlegvis vert nytta i daglegtalet vår. Han meiner at det kan ligge både positive og negative haldningar bak dette omgrepet. Gadamer meiner at fordommane er alle oppfatningane og haldningane som utgjør forståingshorisonten vår. Vi kan betrakte dei som forventningar som vi har med inn i situasjonen, seier Eilertsen (2000). Av og til gir desse forventningane gjenklang i ein situasjon, medan dei andre gonger ikkje gjer det. Denne korrigeringa av eigne fordommar slik at dei gradvis samsvarar med det vi ønskjer å forstå, er hovudnøkkelen for å oppnå forståing.

Working out this force-projection, which is constantly revised in terms of what emerges as he penetrates into meaning, is understanding what is there (Gadamer 1989:267, i Eilertsen 2000:146).

Korleis kan vi skilje mellom dei sanne fordommane som gjer at vi forstår frå dei falske som gjer at vi misforstår, spør Gadamer (i Lægred mfl.2001:120). Slik eg forstår Gadamer, vert det viktig å kjenne til og setje ord på førforståinga vår. Å vere medviten om eigne fordommar og å stille spørsmål ved dei, kan opne for nye erfaringar. Denne erfaringa kan aldri sameinast med den lærdom som spring ut av teoretisk eller teknisk kunnskap. Den som har erfaring har ikkje blitt erfaren gjennom erfaringar åleine, men fordi han også er *open* for nye erfaringar. Forståing tek til med at "noko talar til oss", seier Gadamer (1997:146) og legg til at dette er den fremste av alle føresetnadene for hermeneutikken. Berre gjennom å spele ut fordommane sine kan ein erfare den andre sitt krav på sanning. Samstundes gjer ein den andre sitt utspel mogleg. Å lytte til andre sine forteljingar krev at ein stiller seg open for andre sine erfaringar.

Dette er eit viktig poeng når vi skal forstå pasient- og pårørandeforteljingar. Vidare at der i forteljinga ligg implisitte krav om å forkaste eller godta det som kjem fram.

Når vi skal forstå ei handling eller ei tekst, må vi som vi har vore inne på, setje det inn i ein samanheng for at det skal gje mening. Slik er det også med pasientforteljingar. Den hermeneutiske sirkelen omhandlar dette, at forteljingar er ein heilskap som integrerer og gjev mening til hendingar og opplevingane som er delane. Når Taylor seier at vi kontinuerlig tolkar oss sjølve, vil det kunne føre til justeringar/endringar eller også av at vi får stadfesta ei oppfatning. Tolkingsrammene vil vere avgjerande for resultatet. Såleis vil språket og institusjonen det skjer innafor vere viktig. Ei vellukka fortolking vil klargjere mening, som opphavleg kunne vere forvirrande og fragmentert, og få fram ny mening. Så kan ein stille spørsmål om fortolkinga er korrekt. Svaret på det kan ein finne i ei forståing av heilskapen. Her er kjernen i hermeneutisk tenking. Skal ein få fram mening, som også kan bety å skape fornuft, må ein sjå delane i lys av heilskapen. Taylor (Gilje og Grimen 1993) seier at det som blir fortolka er sjølv ei tolking, at det eine er vevd inn i det andre. Fortolking er å forsøke å gjere klart, eller gje mening til noko som i utgangspunktet kan framstå som uklart, kaotisk, uforståeleg eller sjølvmotsigande. Å fortolke er eit forsøk på å finne fram til ei underliggjande mening, eller å søke ei klarare mening på noko som verkar uklart. I kraft av språket kan vi artikulere og utlegge den meininga erfaringa har for oss. Denne prosessen der vi må forholde oss til oss sjølve gjennom tolking (både implisitt og eksplisitt) blir den dynamiske prosessen som Taylor kallar sjølvtolking.

Forteljingane kjem fram i dialog om det mest personlege tema ein kan tenkje seg, individet sitt eige liv. I møtet mellom ein som fortel og ein tilhøyrar er det å forstå kvarandre heilt sentralt. I den filosofiske hermeneutikken søkjer ein å undersøke og klargjere kva som gjer erkjenning og forståing mogleg. Gadamer (1998) hevdar at dette er viktig for å klarlegge generelle vilkår for å forstå. I eit intervju seier han at i all erfaring ligg det forståing og å leve er for Gadamer å forstå sine omgjevnadar (Kiljan 1999). Han er oppteken av hermeneutikken si oppgave for å klargjere vilkåra for korleis mening blir til. Han seier at all tileigning av erfaring krev eit språk, og at det innlemmar det einskilde *Eg* i ein språkfellesskap. Gjennom erfaring får vi stadfesta noko som vi har hatt forventningar om, samstundes som det er noko vi *gjer*. Vi kan berre gjere ei bestemt erfaring ein gong, men erfaringa gjer oss opne for nye erfaringar. Gadamer (1997:163) viser til Hegel som seier at mennesket i sitt medvit vil



forsikre seg om seg sjølv og gjere sine erfaringar: ”Den som erfar har blitt medviten om sin erfarenhet – han er blitt erfaren. På så sett har han tillånat sig en ny horisont, innoom vilken han kan erfare”. Denne horisonten kallar han forståingshorisont. Forståinga eller tolkinga av historiene vil kome fram som eit resultat av ein forteljar og ein eller fleire tilhøyrarar. Dette er resultatet av prosessen som skjer når fleire forståingshorisontar møtes. Gadamer (1997) peikar på at den hermeneutiske erfaringa har med språk og tradisjon å gjere. Språket er viktig, det er eit Eg som møter eit Du og der Du-et ikkje er eit føremål, men inngår i ein relasjon med Eg-et. Kva slags kognitive og moralske krav som ligg (implisitt eller eksplisitt) vil vere avgjerande for relasjonen eller møtet. Avgjerande vert det også korleis desse krava blir tolka/utlagde og om dei vert anerkjent.

### **Om å formidle erfaring**

Kva vil ein oppnå med å lytte til pasientar og pårørande sine historier? Forteljingane kan skape situasjonar der det vert formidla erfaring. Erfaringane kan vere både direkte og indirekte. Direkte erfaringar er opplevingar vi gjer sjølve og læring av denne typen er like mykje kjensler som kunnskap, seier Martinsen (2005). Det er ei grense for kor mykje direkte erfaring vi kan gjere i løpet av eit liv, difor er vi heilt avhengig av andre sine erfaringar og opplevingar. Indirekte erfaringar blir også kalla representative erfaringar. I følgje Dewey (1916, her i Kirkevold 1993) er alt språk og alle symbol reiskap for indirekte erfaring. Dewey var oppteken av korleis ein kan formidle erfaringar på ein slik måte at dei kan vere til nytte for andre enn dei som har opplevd dei i første hand. Ein måte som dette har blitt prøvd ut på, er gjennom paradigme kasus. Det er historier henta frå eksemplariske situasjonar i praksis, eller som Martinsen kallar det: ”forbilledlige historier”. Kirkevold (1993) viser til Benner og Wrubel (1989) når ho beskriv situasjonar som har ført til at praksis har blitt endra då hendingane har ført til ny innsikt og læring. Dette samsvarar med Gadamer sin hermeneutikk (1998) når han hevdar at all forståing inneber anvending (applikasjon). Ein må prøve ut gyldigheita til eiga forståing eller fortolking i aktuelle praktiske situasjonar. Kirkevold (1993) peikar på at pasientforteljingar både kan vere konstituerande og korrigerande. Konstituerande forteljingar gir til kjenne ei forståing for kva det inneber å vere ein bestemt type praktisk. Det er her snakk om ideelle situasjonar som formidlar eksemplariske sjukepleiar/pasienttilhøve. Korrigerande forteljingar er forteljingar om læring. Dei formidlar situasjonar som gjer det tydeleg kor viktig det er å vere open for nye erfaringar og lære av feil. Denne type forteljing bidrar til å integrere kjensler, tankar, perseptuell gjenkjenning og minne. Historia kan bidra til å oppdage seg sjølv og lære å oppføre seg på ein bestemt måte, seier Kirkevold og viser til

Benner (1991). Dette oppfattar eg også som Taylor sitt poeng, at å tolke seg sjølv er identitetsskaping (Taylor 1998).

Clark og Mishler (1992) har gjort ein studie om korleis narrative grep har blitt brukt i medisinen. Pasienten si forteljing representerer livsverda si stemme i det kliniske møtet. I studien møter vi to ulike tilnæringsmåtar innafor medisinen. Ein lege som legg vekt på å sleppe pasienten til med historia si, og ein annan som ikkje gir rom for dette, men har sin eigen agenda for kva slags spørsmål som skal stillast og kva han som lege ønskjer svar på. Desse to ulike møta får store konsekvensar for korleis dialogen vert, men har også konsekvensar for den medisinske behandlinga. I forteljinga om sjukdomsopplevinga seier pasienten direkte eller indirekte noko om kven han eller ho er som person. Vi får såleis innblikk i livsverda til denne personen (familierelasjonar, arbeidssituasjon) og pasienten plasserer sjukdomsopplevinga innafor ein bestemt forståingshorisont (jf. Gadamer 1997). Samstundes seier pasienten noko om korleis han har meistra eller vil meistre situasjonen vidare. Her kjem ein inn på sosiale og moralske sider der pasienten er ein del av ein større samanheng. Både nettverket og forholdet til legen vil vere avgjerande. Når pasientane fortel historia si, ligg der implisitte krav om kven dei er som person, krav som den som lyttar må ta stilling til og eventuelt anerkjenne. Utfallet av denne hermeneutiske prosessen vil forme relasjonen mellom helsearbeidar og pasient. Clark og Mishler (1992) konkluderer med at når legen utvidar referanseramma og tar med pasienten sine egne erfaringar inn i vurderingane, så blir det gevinst for begge partar. Pasienten blir meir tilfreds og den medisinske behandlinga blir betre. Når pasienten blir sett og høyrtd som person og blir oppfordra til å fortelje historia si, kan det bidra til at han i dialog med legen tolkar hendingar som kan føre til forståing og sjølvinnsikt (jf. Taylor 1998 om sjølvtolking). Men også for legen vil det vere nyttig når han skal forstå heile sjukdomsbiletet og hjelpe pasienten til å ta viktige val.

Når ein skal planlegge og gjennomføre opplæringstiltak vil ein spegle både menneskesyn, syn på danning, kunnskap og læring. Det er ikkje gitt at undervisning fører til læring. Synet på undervisning og læring har endra seg. I dag er ein oppteken av at læring også må sjåast utifrå eit sosiokulturelt perspektiv (jf. Dysthe 2001). Viktige kjenneteikn på eit slikt perspektiv er mellom anna at samhandling står sentralt. For helsepersonell er det ikkje nok å vere ein dyktig fagperson. Kunnskap om korleis ein lærer vil vere like viktig dersom ein skal lukkast i det helsepedagogiske arbeidet. Innsikt i korleis menneska samhandlar vert difor avgjerande

nettopp fordi læring skjer innafør rammene av sosial interaksjon og samhandling. Å vite kven pasienten er som person, har mykje å bety for kva slags relasjon det blir mellom pasient og helsepersonell. Det vil igjen verke inn på kommunikasjon og samhandling. Her er ei ytring frå ein pasient, Agnar Bakke, som skreiv ned forteljinga si etter eit langt sjukeleie på ei intensiv avdeling:

Både for legar og sjukepleiarar er det viktig å finne ut kva informasjon pasienten er interessert i og kva grunnlag pasienten har for å forstå og gjere seg nytte av dei opplysningane han får. Det er viktig å kartlegge pasienten sin bakgrunn både når det gjeld utdanning, yrke og interesser elles, ikkje minst fritidsinteresser for å få god kontakt til felles beste. Samtalar om slike ting kan ofte vere med på å opne eit godt forhold mellom personell og pasient. For meg personleg var informasjon veldig sentralt i sjukdomshistoria (...) Det eg har sagt om informasjon gjeld også i store trekk for pårørande. Det er ikkje minst viktig at ein prøver å lodde seg fram til passende nivå også for dei. (Bakke 1997:6).

Denne pasienten, som var tannlege av yrke og eit utprega friluftsmenneske gjennom eit langt liv, er oppteken av at kjennskap og interesse for pasienten som *person*, kan vere viktig for å skape tillit. Når helsepersonell får innblikk i livsverda til den einskilde pasienten, vil det føre til at ein ser personen og ikkje berre pasienten. Dette vil få konsekvensar for relasjonen som oppstår og vil verke inn på tillitsforholdet mellom helsepersonellet og pasienten. "When both doctor and patient engaged with the lifeworld, more of the agenda was voiced" seier Barry mfl.(2001). Forskarane tek til orde for å hente fram stemmene frå livsverda til pasientane. Dei peikar på at legane vil kunne ta seg av pasientane på ein betre måte dersom dei er sensitiv for å dele bekymringar frå dagleglivet. I pasienthistoriene er det plass til meir enn sjølve sjukehistoria. Pasienten si forteljing representerer ikkje berre hendingar og kjensgjerningar, men gjennom forteljinga presenterer pasienten erfaringar. Erfaringar som er med på å skape personleg og sosial identitet.

## Avsluttande kommentar

Pasientforteljingar kan vere eit viktig supplement til meir tradisjonell pasient- og pårørandeopplæring i helsevesenet. Hermeneutisk tenking kan hjelpe oss til å analysere pasientforteljingane slik at ein kan ta i bruk nye erfaringar i det helsepedagogiske feltet. Den tradisjonelle opplæringa har gjerne hatt hovudfokus på kunnskap om sjukdom og sjukdomsutvikling og om aktuelle behandlingsformer. Opplæring av pasientar og pårørande som lovfesta oppgåve er framleis i støypeskeia. Helseføretaka har synt at dei tek oppgåva på alvor og har lagt til rette for slik opplæring og også for at opplæringa vert systematisert og evaluert. Ein god dialog med pasientar og pårørande er viktig dersom ein skal lukkast i dette arbeidet. Tillit mellom dei ulike aktørane er ein føresetnad. Å bruke pasientforteljingar i pasientopplæringa vil kunne bidra til at både pasientar, pårørande og helsepersonell kan verte klokare. Forteljingane vert framført i ein samanheng som er viktig for at læring kan skje. Å forstå korleis pasientar og pårørande opplever sjukdom og helsesvikt er fundamentalt. Slik kunnskap byggjer på livserfaringar til dei berørte. Ved hjelp av hermeneutisk tenking kan vi få eit nytt perspektiv på forteljingane. Det kan gi oss eit utfyllande bilete og ei djupare forståing på kva sjukdom og helsesvikt kan føre til for pasientar og pårørande. Eg har i dette essayet argumentert for at ein må sjå den medisinske kunnskapen i samanheng med kunnskap om pasient og pårørande si livsverd. Å bygge bru mellom ulike forståingshorisontar vil vere med på å utvide perspektivet i pasientopplæringa og opne opp for nye erfaringar; horisontsamansmeltingar. Dette er erfaringar som andre pasientar, pårørande og helsepersonell kan lære av.

## Kjelder

- Austrem, Liv Marie (red.)(2006). *Hør, jeg har noe å fortelle! Om psykisk helsevern*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aaslestad, Petter (1997). *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890-1990*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Bakke, Agnar (1997). *Frå mørke til lysare dagar. Opplevingar som respiratorpasient*.
- Barry, Christine A. m.fl. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53(4), 487-505.
- Bertaux, Daniel (1981). *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*. London: Sage.
- Christensen, Susan Lejsgaard og Birgit Huus Jensen (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning. Sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribes.
- Clark, Jack A. & Elliot G. Mishler (1992). Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health & Illness*, 14(3), 344-372.
- Dysthe, Olga (red.)(2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Egset, Anne-Sofie (2005). *Om å bera bøkene...– dei næraste pårørande si oppleving av demens i familien og korleis dei meistrar kvardagen*. Masteroppgåve, Høgskulen i Volda.
- Eilertsen, Grethe (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 2(3), 136-159.
- Ekeland, Tor-Johan (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6/2004. Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.
- Føllesdal, Arnfinn & Lars Walløe (2000). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gadamer, Hans-Georg (1997). *Sanning och metod i urval*. Gøteborg: Daidalos.
- Gadamer, Hans-Georg (1998). "The hermeneutic significance of temporal distance", "The principle and history of effect (Wirkungsgeschichte)" og (utdrag frå) "The concept of experience (Erfahrung) and the essence of the hermeneutic experience". I H.-G. Gadamer, *Truth and Method*. (291-307, 357-369). New York: Continuum.
- Gadamer, Hans-Georg (2004). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Århus: Systime Academic.
- Gilje, Nils & Harald Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Hafting, Marit (2005). De individuelle historiene og den profesjonelle samtalen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125(24), 3440-3441
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasientrettigheter*. Lov av 2. juli 1999, nr. 63.
- Helse Midt-Noreg (2004). *Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007*.
- Kirkevold, Marit (1993). Fortellingens plass i sykepleiefaget. I Kirkevold, M., F. Nordtvedt & H. Alsvåg (red.), *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Læg Reid, Sissel & Torgeir Skorgen (red.) (2001). *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus forlag.
- Løgstrup, Knud Ejler (1991). *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.
- Maliks, Reidar Kiljan (1999). Det levende ordet. Samtale med Hans-Georg Gadamer. *Samtiden*, 109 (2/3), 49-58. [http://www.samtiden.no/99\\_2-3/art4.html](http://www.samtiden.no/99_2-3/art4.html)
- Manzo, John F., Lee X. Blonder & Allan F. Burns (1995). The social-interactive organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health & Illness*, 17 (3), 307-327.
- Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Bergen: Akribe.
- Molven, Olav (2002). *Helse og juss. En innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordtvedt, Per & Harald Grimen (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skjervheim, Hans (2002). Deltakar og tilskodar. I J. Hellesnes & G. Skirbekk (red.), *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solbakk, Jan Helge (1995). *Medisinen som møtested og markeds plass*. Oslo: Forum.
- Synnes, Oddgeir, Ragna Ådlandsvik & Odd Sætre (2003). *Tonen og glaset. Pedagogisk arbeid med eldre og verbal kreativitet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Taylor, Charles (1998). Interpretation and the Sciences of Man, del I og IV. I E.D. Klemke, R. Holliger & D. Wüß Rudge (eds.), *Introductory Readings in the Philosophy of Science*. (110-127). Amherst, N.Y.: Prometheus Books.
- Thorsen, Kirsten (1996). Livshistorier, livsløp og alderdom. *Ger Art*, (3).
- Vifladt, Egon & Liv Hopen (2002). *Helsepedagogikk – et virkemiddel for læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.